

---

# TERAPIA SISTÉMICA EN ADICCIONES. RE-ESCRIBIR UNA HISTORIA

---

Máster en Psicología General Sanitaria  
Trabajo Fin de Máster



*Facultad de Psicología, Universidad de Almería*

20 DE JUNIO DE 2018

AUTOR: Elena Bragulat Martínez; TUTOR: Serafín Gómez  
UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

## **Agradecimientos**

A todos aquellos que me hablaron de la terapia sistémica y me instruyeron acerca de un enfoque tan diferente. A mi antiguo tutor del Trabajo de Fin de Grado, que me enseñó todo lo que no quería repetir en un documento de este calibre. A mi experiencia en Proyecto Hombre, que me mostró que yo también podía mejorar. A Serafín, por demostrar tanta paciencia. Y al servicio de la Biblioteca de la Universidad, por darme un lugar donde descargar mis triunfos y frustraciones.

# ÍNDICE

<b>PARTE I: BREVE DESCRIPCIÓN DE LAS PRÁCTICAS</b>	3
<b>PARTE II: EL CASO DE UN JOVEN DE VEINTE AÑOS CON UNA DURA HISTORIA FAMILIAR</b>	6
<b>1. RESUMEN</b>	6
<b>2. INTRODUCCIÓN</b>	7
2.1. RELACIÓN ENTRE BUENOS TRATOS Y RESILIENCIA	7
2.2. FUNCIÓN DEL APEGO	9
2.3. TIPOS DE APEGO	12
2.4. RELACIÓN CON DROGODEPENDENCIAS	13
<b>3. HISTORIA</b>	14
3.1. Historia de consumo	14
3.2. Historia de familia	15
3.3. Historia de pareja	17
<b>4. EVALUACIÓN</b>	19
4.1. Resumen de grupo	19
4.2. Revisión de objetivos	19
4.3. Estadillos	20
4.4. Hoja de comunicaciones	20
4.5. EuroApsi	21
4.6. Reflexiones personales	21
4.7. Autoevaluaciones	21
4.8. Coloquios individuales	21
<b>5. INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA</b>	22
5.1. Descripción de las terapias utilizadas	22
5.2. Tratamiento seguido	24
5.3. Limitaciones del tratamiento	29
<b>6. RESULTADOS: CAMBIOS REALIZADOS HASTA EL MOMENTO</b>	32
<b>7. FUTURO TRATAMIENTO</b>	34
<b>8. DISCUSIÓN</b>	36
<b>9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	39
<b>ANEXOS</b>	42
ANEXO 1. El proceso en el caso de A.M.	43
ANEXO 2. El proceso de la familia.	44
ANEXO 3. Evolución de la relación de pareja.	45
ANEXO 4. Plantillas descritas en Evaluación.	46

## PARTE I: BREVE DESCRIPCIÓN DE LAS PRÁCTICAS

La Asociación Proyecto Hombre es una Organización No Gubernamental, aconfesional, apolítica y sin ánimo de lucro, cuyo objetivo es impartir un programa terapéutico educativo de prevención y tratamiento de las adicciones. Se constituye por 28 centros repartidos por toda España, los cuales atienden anualmente a una cantidad superior a 12.000 usuarios. Sus programas son voluntarios y están abiertos a cualquier persona, de manera que nadie sea exclusivo por cuestiones económicas. Su alto índice de resultados (el 80% de las personas que reciben el Alta Terapéutica se rehabilitan) está constatado por el Estudio de Eficacia publicado por la Universidad de Santiago de Compostela, la Universidad de Oviedo y la Universidad de Palma de Mallorca.

La psicoterapia en grupo se considera un elemento fundamental en todas las fases del programa. Los objetivos pueden ser variables de una fase o de un programa a otro, pero todos ellos siguen la estructura de grupos propuesta según las pautas de grupo de Balint. A saber, grupo de participantes homogéneo, toma de conciencia de los conflictos (afectivos y de interrelación) que se tienen con los usuarios, validación consensual en los distintos abordajes de los problemas emocionales, liberación de la tensión emocional que supone el contacto diario con problemas fuertes de personas, etc.

El trabajo de la asociación se centra en tres áreas: prevenir el consumo de drogas, rehabilitar a personas que pasan o han pasado por el consumo de sustancias y la reinserción de dichas personas en la sociedad. Para ello, se realizan diversas labores, a saber, labores de prevención en institutos con carácter psico-educativo, labores jurídicas relacionadas con el asesoramiento, labores relativas al trabajo social y trabajo terapéutico a través de distintos programas adecuados a diversos perfiles.

Aunque es cierto que toda persona que presente un problema relacionado con la dependencia (ya se trate de dependencia a sustancia, objetiva o de dependencia emocional) puede encontrar lo que necesita en Proyecto Hombre, existen distintos programas dentro del centro con metas y características distintas, de manera que los usuarios puedan recibir un tratamiento especializado en función de su edad y situación. Las cualidades de la población destinataria del Programa Apoyo, en el cual nos vamos a centrar puesto que es el programa en el que se han realizado las prácticas y es, además, donde se trabajó y trabaja el caso que nos ocupa en el presente documento, son las siguientes: su nivel de desestructuración no es muy alto, es decir, disponen de vivienda y cierta estabilidad en el ámbito personal; son mayores de 21 años, a pesar de que pueden hacerse excepciones (como es nuestro caso) si la diferencia de edad no es muy grande y se trata de un individuo que por su situación encaja mejor en este grupo que en otros; en caso de que se trate de dependencia a sustancia, la frecuencia del consumo no suele superar una vez por día, o el consumo se encuentra asociado a situaciones específicas; usualmente se encuentran realizando una actividad laboral o estudiantil, estando en el paro en ciertas ocasiones.

Con respecto al programa Apoyo, consta de tres fases: Motivación, Crecimiento y Autonomía. La fase de Motivación tiene una duración de seis meses (este tiempo es aproximado, depende del usuario) y está enfocada a la concienciación del problema, a

la adquisición de responsabilidades, a la estructuración de los distintos ámbitos de la vida y del día a día, al aumento de comunicación con familiares, pareja y amigos, y al mantenimiento de la abstinencia. Dentro de esta fase podemos apreciar tres niveles que persiguen objetivos progresivos: Orientación, Responsabilidad y Acción. Por otra parte, la fase de Crecimiento se centra en profundizar en los sentimientos de la persona, en cómo se ve afectada por los distintos acontecimientos de la vida, en fomentar el autoconocimiento, superación personal, canalizar emociones y crecer como individuo. Esta fase tiene una duración de 5 meses y consta de dos niveles: Autoconocimiento y Maduración. Finalmente, la fase de Autonomía está orientada a la desvinculación progresiva del centro.

Las prácticas se realizaron en la fase Motivación. Las actividades realizadas consistieron en la participación en los grupos de autoayuda (tanto en el grupo de usuarios como en el grupo realizado con familiares), la participación en sesiones individuales, grupos sistémicos y convivencias, y la realización de registros e informes psicológicos. A pesar de que existían diferencias, los distintos tipos de grupos en los que participé seguían una dinámica común. . En dichos grupos, cada integrante salvo la terapeuta llevaba cada día un tema a tratar, acerca de sus preocupaciones, situaciones que no supiese afrontar o resolver, o sobre sus dificultades para mantener abstinencia. Todos los participantes del grupo podían realizar preguntas a quien hablara, devolverle su impresión de lo escuchado sin aconsejar un camino de acción y se consideraba positivo que se realizaran estas intervenciones. Como en todo grupo de autoayuda, el objetivo era que los integrantes puedan ayudarse unos a otros mediante el hecho de compartir experiencias con personas que poseían vivencias parecidas. La terapeuta marcaba la línea a seguir de manera no explícita, realizando preguntas oportunas para dirigir el diálogo hacia donde consideraba más conveniente para la terapia. Antes de cada grupo, ella compartía conmigo las líneas que pretendía marcar para que siguiera las mismas y juntas pudiésemos dirigir el enfoque de la sesión. Sin embargo, no era decisión nuestra qué enfoque seguir, sino que este era elegido en función de lo que los usuarios iban transmitiendo durante sus sesiones. Por ejemplo, si una misma dificultad se repetía en varios campos de la vida de un mismo usuario debido a que éste solía mantener un patrón similar de conducta perjudicial, resultaba conveniente estar atentas a si volvía a repetir este patrón de comportamiento en las nuevas situaciones que contaba. Otro ejemplo sería el constatar dificultades relatadas por familiares y amigos, puesto que éstos realizaban llamadas al centro para informar de eventos estresantes. Son de mencionar en este punto las figuras de seguimiento que solicita el programa, un concepto propio del tratamiento de Proyecto hombre y que consiste en el contacto continuo con figuras de apego del usuario que puedan informar periódicamente de su evolución fuera del centro. Estas figuras aportan información de cómo se desenvuelve el usuario en el hogar, en el entorno social y en la intimidad, suelen ser los padres, pareja y familiares cercanos y su participación en el proceso está autorizada por el usuario implicado. Dicha autorización es importante para que esta labor no sea percibida como espionaje, sino que cuente con la colaboración del usuario mediante la comunicación con estas personas. Esta información es transmitida a la terapeuta mediante llamadas y a través de un determinado instrumento llamado Hoja de Comunicaciones, el cual se

entrega una vez por semana y sirve para relatar por escrito los eventos más relevantes sucedidos en cada una de las áreas vitales.

En cuanto a las diferencias entre los distintos grupos en los que participé, señalaré en primer lugar que los grupos de familia se reunían una vez por semana en lugar de dos, e incluye sesiones de grupo de autoayuda para familias, seminarios psico-educativos y sesiones de comunicaciones acerca de la relación con el usuario por el que acuden. El trabajo con las familias se realiza en paralelo al trabajo realizado con los usuarios. Con respecto a los grupos realizados con el usuario y sus familiares, pareja y amigos, se realizan periódicamente en función del criterio terapéutico. Son utilizados para trabajar dificultades comunicativas, orientarse hacia la solución de problemas usando la mediación y la reflexión, y fomentar el acercamiento y la intimidad.

En lo que respecta a las convivencias, se trata de jornadas completas en las que los usuarios realizan ejercicios de introspección y de conexión consigo mismo, de corte humanista. Las convivencias son temáticas y se explican con más detalle en el apartado correspondiente de este trabajo.

Finalmente, con respecto a la realización de informes y al trabajo de tipo administrativo, se realizaban registros acerca de lo acontecido en los distintos grupos, así como informes sobre los grupos sistémicos y las sesiones privadas, e historias de consumo, familia y pareja.

# PARTE II: EL CASO DE UN JOVEN DE VEINTE AÑOS CON UNA DURA HISTORIA FAMILIAR

## 1. RESUMEN

Las relaciones de apego desarrolladas en la infancia y adolescencia modulan la vida adulta, por lo que aquellos niños que desarrollen trastornos de apego corren un riesgo mayor de presentar desestructuración, soledad o sentimientos de vacío en un futuro. Al mismo tiempo, se ha observado que el consumo continuado de sustancias puede constituir un método de evitación del sufrimiento. En el presente trabajo se desarrolla el caso de un joven de veinte años con apego desorganizado, el cual había abandonado el entorno familiar, había perdido cualquier tipo de estructura en su vida y dedicaba su tiempo por entero al consumo de cocaína. En lugar de realizar una intervención cuyo único objetivo fuera la abstinencia, se optó por solucionar los conflictos que trataba de tapar el consumo. A través de la terapia sistémica y de una perspectiva gestáltica, entre otras técnicas, se busca la reconciliación con su pasado y la reinterpretación que realiza de su historia.

### ABSTRACT

Attachment relationships developed in childhood and adolescence modulate adult life, so that children who develop attachment disorders are at a greater risk of presenting destructuring, loneliness or feelings of emptiness in the future. At the same time, we have observed that the continued consumption of substances can constitute a method of avoiding suffering. In the present work, we present the case of a young man of twenty years with disorganized attachment, which had left the family environment, had lost any kind of structure in his life and spent his time entirely on the use of cocaine. Instead of carrying out an intervention whose only objective was abstinence, it was decided to solve the conflicts that tried to cover the consumption. Through systemic therapy and a Gestalt perspective, among other techniques, we seek reconciliation with his past and the re-interpretation he makes of his history.

## 2. INTRODUCCIÓN

### 2.1. RELACIÓN ENTRE BUENOS TRATOS Y RESILIENCIA

Distintas investigaciones han demostrado cómo los cuidados maternos previenen los efectos mórbidos y potenciales de un gen, de manera que si la crianza de un niño se basa en los buenos tratos es posible prevenir una enfermedad hereditaria (Taylor, 2002). De la misma manera, puede tener lugar el efecto contrario cuando la crianza se rodea de un contexto de malos tratos. El estrés provocado por el miedo y la angustia de no sentirse apoyado y respaldado por las figuras cercanas tiende a potenciar la expresión de enfermedades y problemas subyacentes, al tiempo que fomenta la aparición de nuevos trastornos, esta vez psicológicos. El entorno afectuoso y social sano a una edad temprana moldea las relaciones afectivas futuras, de manera que el hecho de haber sido atendido, protegido y educado en períodos cruciales –como son, especialmente, la infancia y la adolescencia- determina la capacidad de cuidarse a uno mismo y a los demás a través de dinámicas sociales (Barudy y Dantagnan, 2005). También en adultos la atención recíproca entre personas allegadas resulta un importante protector del estrés y la ansiedad. Son mecanismos adaptativos que se utilizan como apoyo cuando las respuestas defensivas del estrés relativas a la inmunidad, el crecimiento, el movimiento muscular y la cognición se encuentran sobrecargadas. Las relaciones humanas basadas en el cuidado mutuo suponen un recurso biológico que influye positivamente en el mantenimiento de la vida y que, al tiempo, son influidos por ella. Por estas razones, puede decirse que determinan la personalidad y la salud del individuo (Barudy et al., 2005).

El instinto del autocuidado es tan importante para la supervivencia como los instintos básicos de alimentación o protección, puesto que resulta clave para sobrevivir. Prueba de ello son algunos estudios que demuestran que los niños se preocupan del cuidado y bienestar de sus padres desde muy pequeños (Stern, 1997; Goleman, 2012).

Con respecto a las bases biológicas de estos mecanismos, hay investigaciones que indican que el cerebro y el sistema nervioso central participan en la producción de cuidados a través de circuitos neurológicos y fisiológicos directivos de procesos conductuales, con los que se piden y aportan cuidados. Las hormonas oxitocina, vasopresina y los péptidos opioides endógenos intervienen en varias conductas sociales y conforman el “circuito neurológico asociativo”. Los “circuitos hormonales asociativos” tienen repercusiones experienciales tales como la sensación de un sentimiento de vinculación emocional intenso, por ejemplo, la amistad significativa, las relaciones de pareja íntimas y de larga duración o el lazo entre una madre y su hijo. Al mismo tiempo, el desarrollo cerebral se ve influenciado por los buenos tratos que el individuo recibe en su niñez, y más tarde es moldeado por los buenos tratos recibidos en etapas posteriores (Taylor, 2002). Existen investigaciones acerca del impacto producido en el cerebro de



bebés y niños que han sufrido malos tratos, en las cuales se muestran los signos de atrofia y daño cerebral que pueden tener lugar (Bonnier, Nassogne y Evrard, 1995).

Por otro lado, varias teorías evolutivas defienden la relevancia del apego social como medio de supervivencia de la especie humana, dado que se relaciona el cociente de encefalización de una especie tanto con su inteligencia como con el número de conductas sociales y con el uso de un lenguaje elaborado que permite la comunicación específica entre miembros de la especie (Maturana, 1990). No entraremos en la explicación de estas teorías en este trabajo, puesto que no es el tema principal que nos ocupa, pero es relevante aclarar que gracias a nuestro alto grado de comportamiento social los humanos disponemos de más recursos que otras especies para la adaptación y la supervivencia. Todas las personas modulamos con nuestras interacciones el apego de aquellos que están a nuestro alrededor, pero sólo los adultos tienen la oportunidad de crear contextos sociales y culturales que fomentan o entorpecen el aprovechamiento correcto de estas ventajas biológicas.

Otros estudios reflejan el papel clave que tienen las familias en el desarrollo de recursos de los niños, ya sean recursos de afrontamiento que les harán más resilientes o recursos para una estabilidad y estructura sana de la vida. Estas herramientas los preparan para defenderse de impactos e inconvenientes y les protegen de las emociones negativas y ansiosas (Manciaux, 2003). La resiliencia es aquella característica de la configuración de la personalidad que permite que algunos individuos resistan mejor que otros los impactos negativos de la vida, la adversidad e incluso la enfermedad. Anteriormente, la creencia generalizada era que dicha característica se debía exclusivamente a un componente biológico y que unos nacían con ella mientras que los menos afortunados no lo hacían. Gracias a diversas investigaciones de origen anglosajón y francófono se ha podido comprobar que esta creencia era un error, puesto que la resiliencia es la consecuencia de la historia de interacciones del individuo, de sus condiciones de vida y de su ambiente (Barudy et al., 2005). Algunos de estos estudios muestran relación directa entre resistencia al trauma y adaptabilidad al medio (Manciaux, 2003). En concreto, uno de estos estudios fue llevado a cabo en 1980 por el Centro Internacional de l'Enfance de Bélgica, donde se comprobó en condiciones socioeconómicas equivalentes y precarias que el desarrollo emocional saludable, el crecimiento y el rendimiento escolar estaban directamente relacionados con la competencia materna y con la resiliencia demostrada por sus madres (citado en: Cyrulnik y Eguibar, 2003).

Se considera un factor de resiliencia la presencia de al menos un progenitor que asegure una paternidad afectuosa, válida, eficiente y apta. Las competencias necesarias para este tipo de relación son el afrontamiento y gestión adecuada de problemas, la expresión de afecto, la flexibilidad, la comunicación estructurada de forma sana y las habilidades para participar en redes sociales de apoyo (Barudy et al., 2005).

En cuanto al papel de los pares, las relaciones de apego con amigos pueden ser un apoyo secundario que suponga un gran valor. A pesar de que el apego que pueden proporcionar en edades tempranas no es suficiente como para suplantar la relación de apego necesaria con adultos de referencia, el apoyo de los iguales sirve de protección psicológica para aquellos hijos de padres con incompetencias parentales transitorias o con incompetencias crónicas. La escuela también supone una fuente de apoyo para los niños en situación de riesgo, especialmente si cuenta con profesores que se preocupen por ellos y que les brinden seguridad (Arón, 2011).

Por último, mencionar el papel del macrosistema que supone la sociedad en la formación de los vínculos de apego, puesto que en el contexto cultural en el que tienen lugar las relaciones humanas es importante para la estructuración de su formación.

El modelo cultural dominante y que determina contextualmente las interacciones entre adultos y niños es denominado “cultura adultista” (Barudy et al., 2005; de Manuel Vicente, 2017; Supa, 2014). Dicta qué comportamientos están socialmente aceptados a la hora de tratar a los niños, como se espera que se eduque a los hijos. Si partimos de una sociedad donde se encuentra acertado, e incluso positivo, que un padre adopte una actitud dictatorial y autoritaria (cerrada al diálogo) con sus hijos, ¿cómo podemos esperar que desarrollen una relación de apego basada en la seguridad, el cariño y la comunicación? En el caso particular que nos ocupa en este trabajo este aspecto debe ser especialmente tenido en cuenta, ya que existe el factor añadido de provenir de una cultura distinta. En estos casos, a menudo los principios culturales subyacentes se vuelven más arraigados e inflexibles con el objetivo defensivo de salvar las propias raíces de la influencia contextual.

## 2.2. FUNCIÓN DEL APEGO

El apego es el vínculo relacional y emocional que se desarrolla entre un niño y sus padres o figuras cuidadoras referentes a lo largo de un proceso de interacción mutua, y que configura el manejo de las relaciones futuras del niño. El primero en definir y teorizar sobre el apego fue Bowlby (1973, 1982, 1988), quien también fue el primero de muchos autores en insistir sobre la protección que un apego seguro brinda sobre las malas experiencias y el maltrato (López, 1993; Barudy, 1998; Cyrulnik, 2013).

Disponer de una figura de apego permite que el niño distinga entre familiares y extraños, que desarrolle representaciones internas de sus personas familiares y que pueda explorar (si la figura de apego es segura y confiable) el mundo que le rodea al disponer de una base segura a la que regresar.

Para satisfacer el aspecto afectivo de un niño, es importante cubrir las siguientes necesidades: necesidad de vínculo, necesidad de aceptación – consistente en recibir signos de validación y acogimiento por lo que hace y dice, sin que se cree una relación fusional- y necesidad de ser importante para otro -tener una función valiosa y

protagonista en la vida de otra persona, la cual debe ser un adulto significativo en el caso de los niños- (Barudy, et al., 2005). No obstante, una paternidad competente requiere la capacidad de satisfacer también las necesidades de otras áreas, es decir, las necesidades cognitivas (necesidad de estimulación, experimentación y refuerzo), sociales (comunicación, consideración y aportación de una estructura social) y la necesidad de valores congruentes que den un sentido ético al comportamiento afectuoso y clarifiquen lo que es importante.

El hecho de que las necesidades de afecto del niño se vean satisfechas abre la puerta para que el niño se vincule con sus padres o figuras de apego cuidadoras y aprenda así a vincularse posteriormente con otras personas significativas, al tiempo que puede desarrollar sentimientos de pertenencia a un colectivo, lo cual le ayudará a desarrollar una identidad propia. Más tarde podrá continuar la cadena, siendo capaz de mantener interacciones positivas y seguras con otras personas y moldeando las relaciones afectivas de otras personas, influyendo en la capacidad ajena de desarrollar un apego seguro. Si además este niño al crecer se convierte en padre o en una figura significativa y referente de algún tipo para otros niños, como puede ser un profesor o un apoyo familiar- un tío, un padrino, un abuelo, etc.-, sus habilidades para desarrollar un apego seguro y su capacidad de aportar afecto a los demás de manera sana le aportarán las competencias necesarias para ser un buen padre, madre o figura referente adecuada, y así convertirse en la clave principal por la que otros niños se conviertan en futuras referentes de apego seguro. Se trata de una cadena social.

Siguiendo este hilo, consideramos importante realizar aquí un inciso para destacar que la importancia de los lazos de apego no tiene actualmente el peso que debería dentro del sistema judicial. En los procesos administrativos y judiciales del momento presente el peso de las decisiones en cuestiones de custodia de niños y tutela la tiene lo que se conoce como “la ideología de los vínculos familiares biológicos” (Berger, 2003 citado por Barudy et al., 2005). A raíz de esto, a menudo ocurre que los niños van de un hogar a otro de manera constante, sin que se tengan en cuenta los lazos afectivos que hayan podido desarrollar en estos hogares, y por tanto sin darles la oportunidad de desarrollar un apego seguro y unas relaciones sanas basadas en la confianza. Se trata de un proceso destructivo y demoledor que fomenta la aparición de trastornos en el apego, en especial de apego desorganizado (este tipo de apego es explicado y desarrollado en el apartado correspondiente del presente trabajo). Este problema es conocido coloquialmente como “síndrome del peloteo”, y no es más que otra manera de perjudicar a los jóvenes por la falta de conciencia de los mayores. Más tarde, los niños con apego desorganizado se convierten en adolescentes de actitud conflictiva que son castigados con mano dura. Resulta muy irresponsable por parte de la sociedad continuar formando parte de la histórica “alienación sacrificial”, en la que se castiga a los niños por las decisiones y comportamientos dañinos de los adultos (Barudy, 2003). Los efectos nocivos de la “alienación sacrificial” pueden observarse a largo plazo, dado que el niño se adapta a la situación y cambia su perspectiva de la situación para empezar a considerarse “culpable” y no “víctima” (Martínez, 1993; Román, Yañez, y

Pérez, 2008). Una vez son diagnosticados como personas con trastorno mental, malos alumnos o adolescentes conflictivos, entre otros, en su mente se confirma la idea de que ellos son el problema.

La consecuencia más relevante de la insatisfacción de las necesidades de apego en niños es el desarrollo de un trastorno psicológico relacionado. En los casos más graves, como aquellos que incluyen malos tratos, las alteraciones que pueden manifestarse son las siguientes (Barudy et al., 2005):

1. Trastornos de procesos del desarrollo infantil con riesgo de retraso en uno o más de los niveles de desarrollo, irreversibles en algunos casos. Gran parte de las defensas y energía corporales son destinadas al manejo del estrés y la ansiedad producidas, por lo que los procesos del crecimiento no cuentan con los recursos necesarios para desarrollarse plenamente. Cuanto más tardía es la intervención en estos casos, menos posibilidades hay de que este tipo de problemas sean reversibles.
2. Trastornos de los procesos de socialización y del aprendizaje infantil. Consisten en el mismo aprendizaje en cadena del comportamiento social que hemos explicado anteriormente, pero con la diferencia de que en este caso el aprendizaje se realizaría de modos de interacción tóxicos y perjudiciales. Si un niño aprende por modelado de sus padres a relacionarse a través de los golpes y los gritos, o del distanciamiento emocional, el maltrato psicológico y la ambivalencia, todas sus futuras interacciones quedarán marcadas por este aprendizaje, será esta la manera en que influya en el apego de otras personas y será así como enseñe a comportarse a sus hijos.
3. Trastornos de los procesos resilientes. La capacidad de resistir de manera equilibrada a los problemas y golpes de la vida se encuentra resentida en el caso de niños que no han visto satisfechas sus demandas de apego. Existen casos en los que los procesos resilientes se mantienen firmes y evolucionan a pesar de esta carencia, pero a menudo los niños a los que esto les ocurre cuentan con al menos un modelo referente seguro.
4. Aparición de traumas infantiles. Para comprender la presencia de traumas provocados por malas relaciones de apego, debemos recordar que hablamos de relaciones tintadas de malos tratos y que estos malos tratos son llevados a cabo por aquellas figuras que el niño entiende que deberían cuidarle y protegerle. Entendemos por trauma infantil a la fuerte sensación de dolor, estrés y sufrimiento provocada por un suceso o conjunto de sucesos que se consideran agresión y que son difíciles de explicar para el niño (encontrar un sentido a lo ocurrido). Se denomina evento traumático a un acontecimiento puntual que produce sufrimiento y que sobrepasa los recursos naturales del individuo, así

como los recursos de apoyo de los que el individuo dispone, para superar dicho sufrimiento. Se denomina proceso traumático a un conjunto de acontecimientos que suponen sufrimiento para el individuo, y que exceden o agotan durante su transcurso los recursos naturales de dicho individuo, así como los recursos de apoyo de los que dispone. Además, los procesos traumáticos van asociados a una serie de sentimientos nocivos que afectan a la autoestima y personalidad: culpa, impotencia, sensación de estigmatización, pérdida, rabia, etc. También desembocan a menudo en trastornos disociativos.

5. Trastornos del apego. Se definen como un daño de las capacidades de relación con uno mismo (carencia en introspección y desconexión con los propios sentimientos) y con los demás.

### 2.3. TIPOS DE APEGO

Mary Ainsworth (1978) realizó una clasificación de los tipos de apego que aún a día de hoy es ampliamente utilizada. Ella establece la distinción entre apego seguro (grupo B), apego inseguro evitativo (grupo A) y apego inseguro ambivalente o resistente (grupo C), y a esta clasificación le fue añadido más tarde por Main y Solomon (1986) el tipo de apego inseguro desorganizado (grupo D). A continuación, expondremos la descripción de los diferentes tipos de manera breve, a pesar de que nuestra hipótesis principal para el caso que nos ocupa es que se trata de un caso de apego desorganizado.

Estilo de apego seguro: apego desarrollado sin trastorno, en el que el individuo ha interiorizado correctamente que es querido y que resulta valioso para sus figuras de apego, por lo que es capaz de alejarse de sus figuras de apego sin temor a perderlas, no teme el contacto afectivo ni siente ansiedad por no encontrarlo, y es capaz de formar nuevas relaciones significativas con otras personas.

Estilo de apego inseguro evitativo: se caracteriza por ser un mecanismo de defensa consistente en la evitación de comportamientos relacionados con la proximidad a las figuras de apego, con la finalidad inconsciente de inhibir estímulos que se ha aprendido que resultan hirientes. Es una respuesta conductual que busca seguridad en un ambiente en el que las interacciones con las figuras de apego no sólo no cubren las necesidades personales de afecto, sino que además resultan generadoras de dolor, ansiedad y estrés.

Estilo de apego inseguro ambivalente: se caracteriza por el aumento de conductas de apego o buscadoras de apego, como estrategia para sentirse seguro y conseguir más afecto en un ambiente en el que los patrones de afecto resultan confusos

y no cubren las necesidades de la persona. El individuo experimenta una gran ansiedad y preocupación por ser amado y por sentirse valioso.

Estilo de apego inseguro desorganizado: a diferencia de los individuos con apego inseguro evitativo o de apego inseguro ambivalente, las personas con apego desorganizado han sufrido experiencias tempranas tan dolorosas que no han sido capaces de desarrollar estrategias adecuadas de evitación o aproximación hacia las figuras de apego. Tal y como su nombre indica, el apego desorganizado se caracteriza por comportamientos contradictorios y sin orden en respuesta a las conductas de apego.

#### 2.4. RELACIÓN CON DROGODEPENDENCIAS

A diferencia de en otros programas de tratamiento psicológico en adicciones, no se considera el consumo como principal problema. Se ha visto en la práctica en Proyecto Hombre que el consumo de sustancias, así como cualquier otra dependencia, cumple la función de tapar agujeros en la vida de la persona. Estos agujeros corresponderían al vacío y al dolor sentidos a raíz de la frustración, soledad, falta de motivación, desestructuración, recuerdos negativos y otros factores que causen sufrimiento. Por tanto, el tratamiento debe tener como objetivo detener el consumo, pero éste no puede ser su objetivo. Todo ser humano tiene necesidades emocionales, sociales y de pertenencia además de las necesidades físicas y de seguridad relativas a la supervivencia. Si estas necesidades no son cubiertas se intentan cubrir de forma incorrecta o se intenta tapar los vacíos para no percibirlos y poder seguir adelante. Sin embargo, no podemos huir de nosotros mismos o de nuestra propia historia.

Además de los grupos familiares, el pilar central del tratamiento consiste en el empleo de los grupos de autoayuda. Su finalidad es que los usuarios se guíen recíprocamente hacia la comprensión de sí mismos, que entiendan la motivación de su comportamiento y que identifiquen los pensamientos distorsionados sin que otros deban señalárselos

### 3. HISTORIA

El caso tratado en el presente trabajo es el de un chico de veinte años, residente en Almería, de origen marroquí y usuario del programa Apoyo en Proyecto Hombre. Para asegurar la confidencialidad de los datos, sustituiremos su nombre por las iniciales anónimas A.M. El núcleo familiar con el que convive está constituido por su madre, a la que denominaremos G.H., y su hermana seis años menor que él, a la que llamaremos S.H. Los padres de este usuario se encuentran legalmente separados en la actualidad, viviendo el padre en Francia. Con respecto a su apariencia, es de destacar que lleva puesta cada día una gorra de la que no se desprende en ninguna circunstancia, ni siquiera para estar en casa, debido a que presenta un complejo con sus orejas a causa de burlas escolares en la niñez. A continuación, se expone la historia de consumo, de familia y se pareja de A. M., tal y como él y las otras personas presentes e implicadas la relataron en el centro.

#### 3.1. Historia de consumo

El primer consumo tuvo lugar con trece años de edad, tras ganar un premio en una competición de skate. Practicaba este deporte a escondidas a causa de la soledad que sentía en casa, de manera que al ganar la competición experimentó un gran sentimiento de unión con aquellos amigos presentes para celebrar la victoria con él. Uno de ellos le ofreció cannabis y él aceptó junto con el resto del grupo. Este suceso lo recuerda muy positivo, el consumo le resultó divertido y parte de la camaradería del grupo. En aquel momento no esperaba desarrollar dependencia, sabía que eran sustancias nocivas para el organismo y consideraba que era una actividad puntual que hacía con sus amigos.

Sin embargo, poco a poco comenzó a comprar cannabis para consumo propio, e incluso lo tomaba estando solo. Comenzó a trabajar en un invernadero y al tener sueldo el consumo se convirtió en una constante. Su cuerpo le pedía ir “colocado” todo el día. La relación con sus padres empeoró significativamente en base a su nuevo comportamiento, pero no le importó. Se estaban separando y además era víctima esporádica de malos tratos, de manera que se sentía apartado e ignorado en su familia. Además de la dependencia desarrollada, uno de los motivos principales de su consumo era evadirse del malestar de su casa, mientras que el segundo motivo de peso era la experiencia compartida con los amigos. Se deduce entonces que el consumo tenía una función doble y complementaria: aumentar su sentimiento de pertenencia a un grupo (amigos) al tiempo que ayudaba a evitar sentimientos dolorosos de no pertenencia al grupo de origen (familia).

A los quince años se marchó definitivamente de su casa. Pasó tres años en un piso como okupa para alejarse de sus padres y de la situación que les rodeaba, presentando una respuesta evitativa (otra además del consumo). Esta situación se alargó

hasta la edad de dieciocho años aproximadamente, aunque las entrevistas realizadas son poco precisas en este aspecto. Entonces, al tener problemas con la policía, decidió irse a Francia con su padre. Esta decisión estuvo motivada por el recuerdo de la relación que tenía con su padre de niño, ya que era la figura de apego más significativa para él a pesar de los episodios violentos. Estuvo dos meses en Francia, durante los cuales intentó realizar un acercamiento a su padre y se sintió feliz por los avances obtenidos, a pesar de que estos no fueron muchos. Desarrolló síndrome de abstinencia debido a que allí no sabía dónde comprar cannabis, y este se caracterizaba por malestar general, dolor fuerte de cabeza y signos de paranoia. Regresó a España y esta vez fue a vivir con su abuela. Su edad en aquel momento era de dieciocho o diecinueve años aproximadamente.

Una vez de vuelta en España, el regreso al consumo fue inmediato. Comenzó a trabajar en un almacén en el que el sueldo era alto. Comenzó a evadirse saliendo de fiesta cada noche y un día probó la cocaína. Le gustó mucho la experiencia, por lo que a partir de ese momento y de forma veloz la mecánica de su vida social cambió. Según sus propias palabras “ya no era salir a beber y acabar consumiendo cocaína, era salir a consumir cocaína y luego acabar bebiendo”. Rápidamente desarrolló dependencia esta sustancia y empezó a comprar para consumo propio, incluso cuando estaba a solas. Mentía a su abuela para que no supiera que realizaba estas actividades, sólo pasaba por su casa para dormir y para comer, y a menudo no comía en compañía de ella. Se esforzó en engañarla para mantenerla al margen y su actitud hacia ella fue de hostilidad e indiferencia, con muchas mentiras.

Sin embargo, un acontecimiento cambió su perspectiva. A pesar de que este dato no fue especificado en las entrevistas realizadas, podemos deducir que su edad en ese momento era de diecinueve o veinte años. Cierta noche de fiesta consumió cristal además de cocaína y a la mañana siguiente se levantó con síntomas que describe como “con depresión y la cabeza rara”. Consumió cannabis para calmarse y le sentó mal, sintió mareos muy fuertes (como si fuera a desmayarse) y paranoia. Tuvo la sensación de haberse “quedado mal de la cabeza”, según cuenta. A causa del miedo acudió a su madre para que le llevara a urgencias, con la mentira de que su consumo se limitaba a la noche anterior. Como consecuencia, su madre le llevó a una cita con un psicólogo y hablaron de un posible ingreso en Proyecto Hombre. Él accedió debido a su temor de que el consumo le haya afectado al funcionamiento cerebral. Este temor persiste a día de hoy.

### 3.2. Historia de familia

#### ➤ *Infancia*

Sus padres describen que era muy tímido de pequeño.

Durante su infancia, su madre ya se mostraba poco cariñosa. No jugaba con él, pasaba el día en el trabajo y el tiempo compartido era viendo la televisión durante las



comidas. El único gesto de cariño que recuerda por parte de la figura materna es un beso antes de dormir, y este gesto fue desapareciendo poco a poco. Se acostumbró a mostrar poco cariño en su ámbito familiar, puesto que su hermana pequeña era bastante tímida y acogió como suyos los comportamientos de su madre. Debido a esto, él tampoco tenía gestos cariñosos hacia ellas. En entrevistas con G.H., la madre de A. M., ella explicó que en su familia nunca tuvieron actitudes cariñosas, no está acostumbrada a esta conducta y por esto ha mostrado siempre un comportamiento que podía considerarse como distante, ya que ella no conoce otra cosa. Consideraba que se llevaba bien con su hijo y no se preocupó durante muchos años en lo serio que se mostraba él con ella.

Con respecto a su padre, presentaba más signos de afecto (o así era percibido por A. M.) dado que jugaban juntos en las ocasiones en que tenía un rato libre, bromeaban y le llevaba a pasear. La relación de apego con su padre se desarrolló de una forma más cercana. No obstante, su padre presentaba comportamientos agresivos cuando se le llevaba la contraria, gritando, insultando e incluso ejerciendo violencia física cuando se enfadaba. Dicha violencia físico incluía empujones, bofetadas en la cara, golpes con el cinturón y puñetazos. En ocasiones la madre le pedía al padre que no le pegara, pero en otras ocasiones ella no hacía nada, y A. M. recuerda haberse preguntado de manera recurrente por qué no actuaba y permitía aquello. Llegó a la conclusión, siendo un niño, de que a su madre le parecían bien aquellos episodios violentos puesto que ella también le pegaba una torta en la cara de forma puntual.

### ➤ *Adolescencia*

Entre los catorce y quince años, tuvo un problema con un profesor, episodio que su madre relaciona con un cambio de carácter posterior en A. M. y con el inicio de sus conductas rebeldes, problemáticas y agresivas. Dicho episodio consistió en lo siguiente: se solicitó una redacción como deberes a todos los alumnos de la clase, A. M. puso esfuerzo en hacerla, pero la olvidó en su casa; sin embargo, cuando explicó esto al profesor este le ridiculizó en clase diciendo que no la había hecho porque era un mal chico. Su reacción fue marcharse de clase para llorar, puesto que era un chico sensible y de buen corazón y a menudo la gente no le veía así. Desde el punto de vista de su madre, a partir de entonces A. M. empezó a juntarse con “malas compañías”, a llegar tarde a casa y a tener un cambio de conducta. Comenzaron entonces los portazos, los golpes en los muebles y las paredes, los gritos y los gestos de mala educación en casa. Con los datos recabados, podemos suponer que este fue el momento en que comenzó a consumir marihuana, la primera sustancia adictiva por la que desarrolló dependencia.

Su madre sospechaba del consumo debido a que algunas de sus pertenencias olían a marihuana, pero el descubrimiento ocurrió cuando encontró marihuana en su mochila. G.H. se enfadó muchísimo, le dijo cosas negativas sin pensar y su hijo calló y aguantó aquella reacción sin decir una palabra. El carácter de él empeoró, se tornó

violento e irascible y se aisló más de su familia, pasando la mayor parte del tiempo fuera de casa acompañado de sus amigos, sin entablar ninguna conversación con su madre o su hermana.

Los acontecimientos posteriores han sido relatados en la Historia de Consumo, pero a continuación se expone un breve análisis de cómo se desarrollaron sus relaciones familiares durante dichos acontecimientos:

Se mudó entonces a Francia con su padre en un intento de conectar con una figura de apego de la que tenía un buen recuerdo. Al hablar de esta época, relata que sentía desconexión con su madre, pensando que a ésta no le importaba lo que le sucediera. Podemos interpretar este acto como una ruptura definitiva con el vínculo que hasta entonces tenía con su madre.

Unos pocos meses más tarde, a causa de las ganas de consumir (ver apartado sobre Historia de Consumo) regresó a España y se mudó con su abuela. No se ha conseguido que A. M. hable mucho de la época que pasó con su padre en Francia. La información al respecto corresponde a una relación ambivalente con su padre. Tenía idealizada la imagen de esta relación antes de ir, recordaba que su padre era una figura cercana que con la que jugaba, se divertía y además le compraba cosas, obviando los episodios violentos y de ausencia.

Una vez instalado en casa de su abuela, no desarrolló una relación con ella, ignorando su presencia y utilizándola para disponer de una vivienda. Le mentía acerca de dónde pasaba los días, acerca de sus intenciones de hablar con su madre y la mayor parte del tiempo la ignoraba. En ocasiones, si se le contrariaba, presentaba comportamiento belicoso, en el que se incluyen gritos y golpes a los muebles. Pasaba jornada tras jornada fuera de casa consumiendo en compañía de sus amigos. No tenía comunicación con su padre, a excepción de llamadas puntuales y escuetas.

Una vez acontecido el episodio de paranoia relatado al final de apartado Historia de Consumo de este trabajo, comenzó a vivir de nuevo con su madre y su hermana.

#### ➤ *Actualidad.*

La relación de A. M. con su familia ha progresado mucho desde su ingreso en Proyecto Hombre, el cual tuvo lugar inmediatamente después del episodio de paranoia que sufrió, tal y como se explica en el apartado de Historia de Consumo. Dichos progresos se exponen a lo largo de los apartados Intervención Psicológica y resultados del presente trabajo.

### 3.3. Historia de pareja

A.M. presenta una relación estable desde hace cinco años. Utilizaremos de aquí en adelante el pseudónimo E.S. para referirnos a la que es su novia, una chica de su edad

(20 años) que actualmente asiste a la Universidad. Ella cuenta con un núcleo familiar estable, con el que convive. Esta historia resulta relevante para el caso porque es parte de la realidad del sujeto, porque el objetivo de este apartado del trabajo es reflejar la historia completa de A.M. tal y como él la narra, y porque E.S. ha participado en la intervención psicológica que se expone más adelante.

Se conocieron a través de unos amigos hace cinco años y medio. A él le pareció preciosa y encantadora desde el principio, mientras que ella no tenía una buena impresión inicial debido a su mala fama. Además, ella mantenía una relación tóxica con un chico autoritario que la controlaba y maltrataba psicológicamente a través de desprecio, insultos y amenazas. A.M. quiso agregarla a las redes sociales pero la pareja de ella borró esta solicitud. Más tarde, esta relación tóxica terminó y ambos comenzaron a mantener contacto a través de redes sociales. Empezaron a verse en compañía de amigos, con lo que surgió interés y emoción entre ambos, y poco después empezaron a verse estando solos. Al comenzar la relación, la actitud de A.M. era bastante atenta y dedicada, le gustaba pasar tiempo con ella y una vez más se refugió en su relación para poder salir de casa y huir de su situación familiar. E.S. consideraba que él era atractivo por su faceta misteriosa, no conocía mucho de su vida y se sentía a salvo después de haber pasado por una relación anterior conflictiva. Sin embargo, pasados pocos meses se presentaron varios problemas. Por un lado, la expareja de ella no quería verla con otra persona, y tuvieron lugar varios episodios de peleas físicas. Por otro lado, A.M. era inaccesible emocionalmente, no compartía sus sentimientos y presentaba una actitud fría e indiferente ante las disputas (esto se verá con más detalle en adelante). Los primeros problemas descritos se solucionaron con el tiempo, pero la actitud de A.M. estancó la relación. No se desarrolló la intimidad deseada ni se alcanzó la satisfacción en el plano sexual debido a dificultades para el acercamiento por parte de A.M., quien no se sentía cómodo con la práctica del sexo a causa de la intimidad que supone (esta situación es descrita con más detalle en próximos apartados de este trabajo).

El propósito de la relación parecía diferir para ambas partes, mientras que ella buscaba desarrollar una proximidad cada vez más profunda él buscaba nuevas maneras de evadirse de la situación que tenía en casa, formas de estar fuera y divertirse sin la necesidad de aumentar la confianza con una nueva persona.

## 4. EVALUACIÓN

En el Programa de Apoyo la formación es participativa y continua, dado que se realiza cuantificando y valorando los logros obtenidos durante el tratamiento. Es realizada por los profesionales que llevan a cabo el programa, así como por los propios usuarios y sus familiares, a través de la información de los logros personales observados. Esto significa atender a los cambios realizados tanto en la actitud del individuo como en los esfuerzos y metas alcanzadas en los distintos ámbitos de su vida (por ejemplo, laboral, familiar, estructuración del día a día, tiempo libre, etc.). Los datos obtenidos son analizados una vez al mes en una reunión integrada por todo el equipo profesional implicado. Más tarde, tanto los datos como las conclusiones a las que se llegaron son llevados al Coordinador Terapéutico del centro en una reunión de coordinación.

La contabilización de estos logros se lleva a cabo mediante diversos instrumentos, los cuales son expuestos a continuación.

### 4.1. Resumen de grupo

El resumen de grupo consiste en un documento en el que se registra un breve resumen de lo acontecido –relativo a un usuario específico- en cada sesión del grupo de autoayuda, donde además se dispone de una columna en la que especificar en cada sesión información relacionada con el cumplimiento de algún objetivo específico. Cada usuario dispone del suyo propio, y a través de él puede estudiarse la evolución del sujeto a través del tiempo y de sus sesiones. También resulta conveniente anotar en este documento un breve resumen de otros acontecimientos relevantes como coloquios, llamadas telefónicas notorias o sesiones individuales o citas con el médico. Toda información recogida sobre el desarrollo de la situación del usuario es apropiada de registrarse aquí.

### 4.2. Revisión de objetivos

El segundo instrumento consiste en un documento en el que se enumeran los objetivos de cada fase, se cuantifica su medida en una columna paralela y se registran las fechas de su cumplimiento en una tercera columna. Cada usuario dispone de los suyos propios, habiendo uno personalizado para cada nivel de cada fase del programa (véase Tabla 1 para observar un ejemplo de su estructura; no ha sido posible conseguir el instrumento real de A.M. debido al acuerdo de confidencialidad).

Ejemplo de las columnas presentes en el instrumento “revisión de objetivos”:

<b><sup>1</sup>OBJETIVOS</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>FECHA</b>
Desarrollar las capacidades personales mediante el aprendizaje de habilidades sociales y conductas adecuadas (toma de decisiones, búsqueda de soluciones, etc.)	Al menos en un 50% de las ocasiones, muestra un comportamiento asertivo (pide lo que necesita, se posiciona...).	

#### 4.3. Estadillos

Al mismo tiempo, se emplea un instrumento denominado estadillos, en el que se apunta a modo de calendario qué usuarios asisten a los grupos y qué actitud general presentan en cada sesión, teniendo en cuenta principalmente si participan o no. Se trata de un modo rápido de crearse una idea global de la implicación de un usuario.

Es cumplimentado por la persona que ha guiado la sesión al finalizar esta, usualmente la terapeuta. Los signos utilizados en este registro son, en cuanto a actitud: I (muestra in comportamiento impulsivo), C (confronta a los compañeros); CP (confronta poco) y NC (no confronta). Si realiza durante el grupo una intervención para explicar alguna situación que tenga y que le cueste afrontar, se registra con una "H". Finalmente, las faltas son apuntadas como: FJ (falta justificada), FI (falta injustificada) y A (abandona el grupo durante la sesión). También se registran otros tipos de información, como que ha tenido un retroceso en su proceso o que ha tenido lugar un coloquio individual.

#### 4.4. Hoja de comunicaciones

Se trata de una hoja que semanalmente es entregada a la terapeuta con información de cómo ha evolucionado la situación en distintos aspectos durante la semana. Esta hoja la rellena toda persona que tenga el papel de figura de seguimiento. Las áreas sobre las que informa son la actitud en casa, el aspecto laboral, el trato con la familia, y datos relacionados con el consumo y el mundo del consumo (si ha tenido contacto con alguna persona relacionada con su época de consumo, si ha tenido una recaída, etc.). En caso de que el usuario tenga una dependencia sin sustancia, el apartado dedicado a la relación con el consumo y su mundo se cumplimentará con información relacionada con contacto con el mundo de su dependencia. El objetivo de este documento informativo no es espiar al usuario y mandar información a escondidas, dado que incluso pueden cumplimentar juntos el documento, sino dar a conocer los detalles de cualquier problema o conflicto que tenga lugar en el ámbito familiar, para saber qué efectos está teniendo la terapia en el contexto familiar y fuera del centro en general, para así poder dar un tratamiento más eficaz.

---

<sup>1</sup> Tabla 1.

#### 4.5. EuroApsi

El Índice Europeo de Severidad de la Adicción (EuropASI) (Kokkevi y Hartgers, 1995; McLellan, et al., 1992) es una adaptación hispanohablante de Bobes, Bousoño, González y Sáiz (1996). Esta herramienta consiste en el registro de una entrevista semiestructurada que tiene como objeto recoger datos sobre aspectos de la vida del individuo que han podido colaborar en la aparición y mantenimiento de la drogodependencia. Los aspectos evaluados son independientes entre sí y se pueden catalogar en: a) salud física (situación médica, 16 ítems); b) empleo/recursos (situación laboral, 26 ítems); c) uso de drogas/alcohol (28 ítems); d) situación legal (problemas legales, 23 ítems); e) historia familiar (rama materna, paterna y hermanos); f) relaciones familiares/ sociales (25 ítems); y g) salud mental (estado psiquiátrico, 22 ítems).

#### 4.6. Reflexiones personales

En Proyecto Hombre se tiene la tarea de realizar reflexiones personales por escrito. Estas reflexiones funcionan como autoevaluaciones (a pesar de que existe otro instrumento con este nombre y función, reflexionar sobre uno mismo es otro modo de autoevaluación) en las que la persona puede meditar acerca de la motivación de su comportamiento, ver su progreso o sus obstáculos reflejados, expresar libremente sentimientos y permitirse explorarlos, etc. Son realizadas de manera periódica, siendo especialmente importante su realización tras haber pasado por un evento impulsivo o problemático. Por ejemplo, se prescribe realizar una reflexión de este tipo tras una recaída, un comportamiento especialmente impulsivo o una discusión relevante. Las reflexiones no están fijadas a reglas acerca de su estructura, sólo se pide que expongan las emociones del usuario, una meditación sobre la motivación de su comportamiento y el reconocimiento de la propia responsabilidad.

#### 4.7. Autoevaluaciones

Este documento se utiliza para recoger información a través de preguntas concretas acerca de cómo el usuario está viviendo la terapia y determinadas experiencias concretas, como puede ser el caso de una autoevaluación sobre una de las convivencias. Se realizan en los cambios de fase del programa (de Motivación a Crecimiento y de Crecimiento a Maduración) para que la persona analice todo lo que ha evolucionado durante su trayectoria, y también después de eventos experienciales realizados por el centro. Las autoevaluaciones están compuestas de preguntas de opciones múltiples y de preguntas de respuesta abierta.

#### 4.8. Coloquios individuales

Este es el nombre que reciben las entrevistas individuales semiestructuradas dentro de la nomenclatura de Proyecto Hombre. En ellos se evalúa la situación y las necesidades del individuo, por lo que se realizan al inicio de cada fase del programa, así como en aquellos momentos en que sea de utilidad tratar con el usuario a solas según criterio terapéutico.

Siguiendo esta estructura, podemos percatarnos de que la evaluación de A. M. es un proceso continuo.

## 5. INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

### 5.1. Descripción de las terapias utilizadas

En este apartado vamos a exponer y a explicar brevemente las distintas terapias y enfoques psicológicos que se han utilizado en este caso, ya sea empleando técnicas específicas o conformando la perspectiva teórica principal del tratamiento. Estas terapias fueron utilizadas en los diferentes procedimientos de intervención de manera ajustada al contexto y al momento. Las definiciones expuestas han sido tomadas en su mayoría del manual de Proyecto Hombre (Proyecto Hombre, Programa de Apoyo, Procedimiento Específico P-03, Edición: 1.).

**Terapia narrativa.** Desarrollada por Michael White y David Epston (1993). Esta terapia se fundamenta en que las personas construimos nuestra identidad dando forma de narraciones e historias al conjunto de eventos que nos suceden. Su objetivo es deconstruir estas historias, desarmarlas, para así poder reescribirlas. Se trabaja en ella a través de conversaciones terapéuticas denominadas “conversaciones de re-autoría”, y su técnica se desarrolla de la siguiente manera: nombrar el problema, exploración de los efectos del problema, deconstruir o poner el problema en contexto, descubrir acontecimientos excepcionales (excepciones) que contradigan la historia dominante y fortalecer estas excepciones en la mente del sujeto, para que se transformen en una historia alternativa fuerte a partir de una historia débil. Las principales herramientas para “engrosar” una historia débil son las conversaciones de “remembranza” (se realizan preguntas acerca de personas que hayan influido en la vida del sujeto, y luego se explora cómo el propio sujeto ha podido influir en sus vidas), el uso de documentos terapéuticos, los rituales y celebraciones y el trabajo con testigos externos.

**Terapia sistémica.** Esta terapia deriva de tres fuentes: La Teoría General de Sistemas (Von Bertalanffy, 1954), la Cibernética (Weiner, 1948) y la Teoría de la Comunicación (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1967). La familia, o el entorno en el que se desenvuelve el sujeto, es vista como un sistema donde la interrelación de las distintas conductas da lugar al problema percibido. La intervención realizada desde esta perspectiva no se limitará al tratamiento del paciente designado o del problema percibido, sino que la intervención abarcará al sistema por completo. El objetivo es introducir cambios o nuevos elementos en el sistema con la finalidad de modificar el sistema y alcanzar la solución del problema.

**Terapia Gestalt.** Las corrientes humanistas y existencialistas de la psicología se encuentran muy presentes en la filosofía de Proyecto Hombre. La actitud del terapeuta es no directiva y la intervención tiene como base la creencia en el potencial del ser humano para crecer y mejorar como individuo, alcanzando de esta manera la autorrealización de la que hablaba Maslow (1991). Los elementos básicos de estas corrientes han sido integrados en las bases del tratamiento, siendo estos: la búsqueda del sentido de la vida, el descubrimiento de unos valores de vida positiva, la ruptura con

el mundo anterior, la toma de decisiones relativas al futuro que supongan crecimiento personal, la aceptación de la responsabilidad sobre la propia vida y el afrontamiento de lo desconocido. A pesar de que el espíritu común de estas corrientes ha conformado en gran medida la filosofía del centro, aquella que más peso ha presentado ha sido la Terapia Gestalt desarrollada por Perls, basada en la premisa de que el individuo debe tomar la responsabilidad y las riendas de su vida. La Terapia Gestalt parte de tres principios fundamentales: el enfoque holístico, la tendencia actualizante y la vivencia del aquí y ahora. El primero hace referencia a que las personas forman un todo con el ambiente o contexto, al tiempo que declara que no es posible hacer una separación entre mente y cuerpo porque en conjunto forman un todo; en ambos sentidos, este término explica la importancia de enfocarse hacia el conjunto. El segundo principio, la tendencia actualizante, se refiere a la homeostasis como parte del comportamiento humano, en el sentido de que los organismos interactúan con el ambiente que les rodea para alcanzar el equilibrio. Con respecto al tercer principio, esta terapia defiende que el enfoque hacia tiempos que son el presente genera malestar, puesto que la ansiedad es fruto de enfocar la atención en el futuro, mientras que la depresión está relacionada con enfocarse en recuerdos de un pasado que no se puede cambiar (Ospina Restrepo, J. N. et al., 2015).

Conviene citar en este punto a uno de los mayores referentes de las corrientes humanistas, C. Rogers (1986) quien declaró que “el mejor punto de vista para comprender la conducta es desde el propio marco de referencia del individuo”.

**Psicodrama.** Es un tipo de psicoterapia grupal ideada por Jacob Levy Moreno, que utiliza la experiencia dramática del individuo para conectarle consigo mismo, aportarle nuevas perspectivas y solucionar conflictos no resueltos. El teatro y el proceso terapéutico comparten una misma función catártica y pedagógica. A partir de este punto, fue natural la utilización del teatro con fines curativos a través de la teoría de la personalidad, del insight provocado por la vivencia de nuevos papeles y situaciones, del potencial del desarrollo humano que simboliza. Presenta importantes puntos en común con el modelo gestáltico, especialmente en lo relativo a explicar el juego como mecanismo de liberación, de ruptura con el pasado y de autoconstrucción del futuro. El psicodrama conserva una identificación con el aquí y ahora, con el ciclo de la experiencia, y con el darse cuenta (Ospina Restrepo y Gil Sánchez, 2015). Presenta numerosas técnicas, entre las que se encuentran la silla vacía, la representación dramática de situaciones vividas, la representación dramática de situaciones ficticias o hipotéticas, el cambio de roles, etc. Estas técnicas actualmente pueden emplearse solas, convirtiendo el psicodrama en el eje de la terapia, o como recurso dentro de otros enfoques. Se ha demostrado su utilidad tanto en el tratamiento de trastornos mentales (Fernández, 2015) como en el mantenimiento de autocuidados para la protección de la salud mental (De la Cruz y González, 2015).

**Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT).** Esta terapia psicológica se encuentra orientada a la aceptación psicológica y a los valores personales (Hayes, Strosahl y Wilson, 2011; Wilson y Luciano, 2002). Su base es la aceptación, entendida como la capacidad humana de experimentar el estar conscientes, en el aquí y el ahora, de las emociones, los pensamientos, los recuerdos, etc. (eventos privados). Dicha

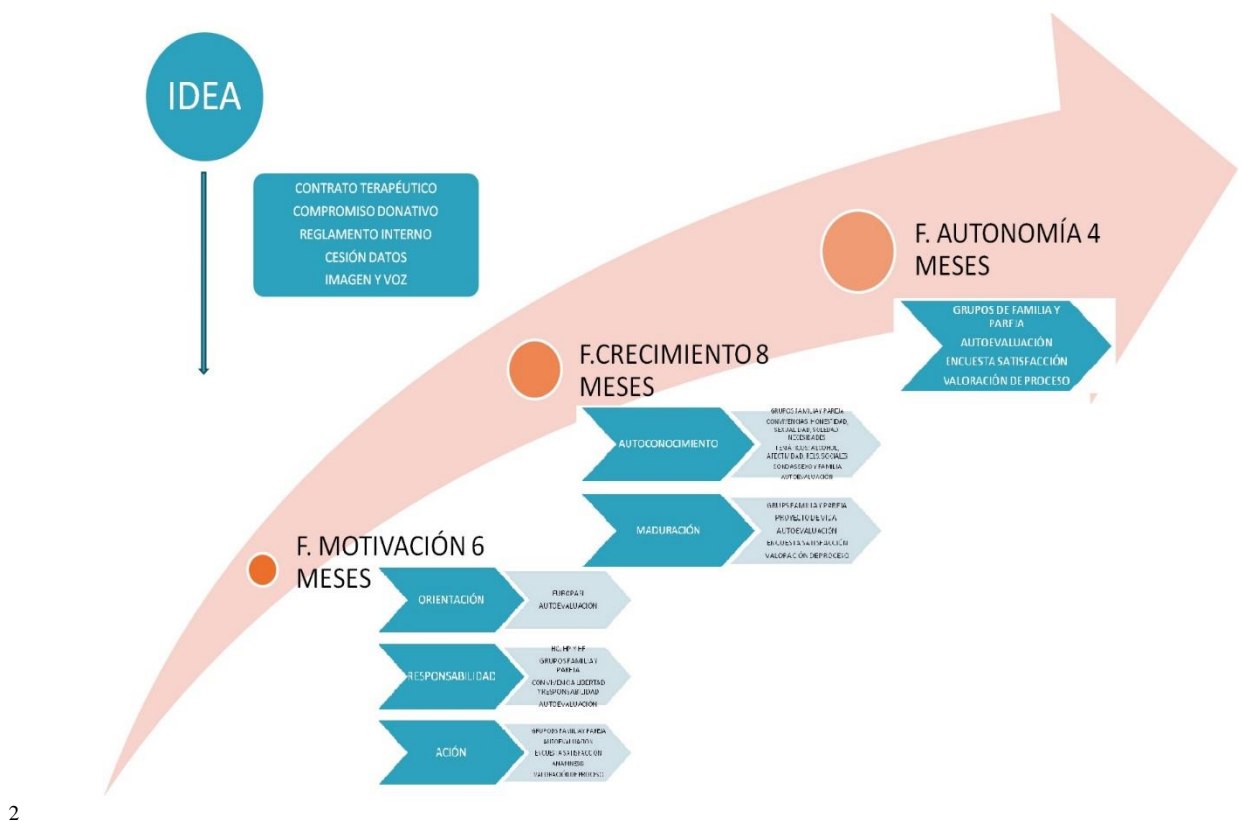


aceptación va naturalmente unida al compromiso de guiar nuestra conducta a través de los valores personales y a estrategias de cambio para aumentar la flexibilidad psicológica. La flexibilidad psicológica hace referencia a la posibilidad de contactar con los eventos privados que ocurren en el presente, tanto como nos sea posible como seres humanos, mientras elegimos o bien abandonar o bien persistir en una acción que implica malestar, pero que está al servicio de los valores que uno identifica como propios.

**Terapia Cognitivo-Conductual.** Es una de las terapias más utilizadas actualmente en el tratamiento de la dependencia, aunque existe mayor número de evidencias de su eficacia en dependencias sin sustancia, tales como la dependencia emocional o la dependencia al juego (García-Caballero, A. et al., 2018). Surge a partir de la combinación de la terapia cognitiva y la terapia conductual.

## 5.2. Tratamiento seguido

A. M. es un integrante del programa llamado Apoyo en Proyecto Hombre Almería. Este programa consta de varias fases que cumplen objetivos distintos. Podemos observar estas fases y su distribución premeditada a continuación (véase Figura 1).



Durante mi estancia en Proyecto Hombre como alumna en prácticas, pude observar la evolución de A. M. a lo largo de la fase de Motivación, puesto que ingresó en

<sup>2</sup> Figura 1.

ella poco antes de mi llegada. Actualmente se encuentra en el tiempo de afianzamiento de los logros conseguidos, con todo listo para pasar a la fase de Crecimiento en breve.

El objetivo primordial de la fase de Motivación es conseguir la motivación y el inicio del cambio en varias áreas de la vida, como son el área familiar, laboral, social y personal, así como el mantenimiento de la abstinencia. Se trata de una fase en la que se mejoran las condiciones del entorno del individuo, rompiendo barreras existentes con sus seres allegados e involucrando a los presentes en la toma de decisiones y responsabilidad sobre su vida. También supone una primera toma de contacto con el programa tanto para el usuario como para la familia, quienes deben aprender nuevos conceptos y formas de actuar para cooperar con la terapia y formar un tratamiento conjunto e integrado del entorno. El tratamiento debe tener como objetivo detener el consumo, pero este es un objetivo secundario, como podemos observar (véase Tabla 2).

<p><b>FASE MOTIVACIÓN (6 MESES)<sup>3</sup></b></p> <p><b><u>OBJETIVO GENERAL</u></b></p> <p>Iniciar el proceso personal de motivación para el cambio en las diferentes áreas importantes de la vida (personal, familiar, social y laboral).</p>	
<p><i>NIVEL ORIENTACIÓN</i></p> <p><i>(1 MES)</i></p>	<p><i>NIVEL RESPONSABILIDAD</i></p> <p><i>(2 MESES)</i></p>
<p>Mantener la abstinencia. Conocer la dinámica de grupo. Desarrollar sentido de pertenencia.</p>	<p>Comenzar a ver su parte de responsabilidad en las situaciones. Promover la incorporación a actividades de formación y/o búsqueda de trabajo. Aprender a gestionar adecuadamente el dinero. Iniciar y mantener hábitos, comportamientos y actitudes saludables y socialmente responsables con respecto a la comunidad, a la familia y a sí mismos. Implicar al núcleo familiar como coterapeuta en el proceso del usuario.</p>

<sup>3</sup> Tabla 2.

	Desarrollar el sentido de familia, implicándose en la dinámica del Centro.
--	--

Además del mantenimiento de la abstinencia y de la adaptación al grupo, los objetivos específicos de esta fase para A. M. eran la creación de nuevos lazos con su familia; la eliminación de las barreras creadas por el rencor del pasado; la mejora de la autoestima, la capacitación de toma de decisiones responsables; el aprendizaje de nuevas formas de afrontamiento de los problemas; y la reconexión y toma de conciencia de los propios sentimientos.

A continuación, expondremos las distintas herramientas y aspectos tratados que se manejaron durante la fase de Motivación.

- **Grupo autoayuda**

La fase Motivación dispone de un grupo de autoayuda propio (cada fase tiene uno, puesto que así los grupos de compañeros están en la misma situación). El grupo se reúne dos tardes a la semana en sesiones de hora y media/dos horas. Antes de cada sesión, se realiza media hora de alguna actividad conjunta y media hora de revisión de los objetivos semanales de cada usuario, también en conjunto. Se realiza un registro de la actitud general de cada usuario durante cada sesión, además de un registro de la asistencia; ambos datos se recogen en el instrumento denominado “estadillo”, descrito en el apartado correspondiente de este trabajo.

En estos grupos, cada usuario tiene la oportunidad de hablar de su situación, preocupaciones, sentimientos o de dificultades encontradas en la persecución de sus objetivos personales. El resto de los compañeros le confrontan de forma empática, compasiva y responsable, con la finalidad de aportar apoyo y una nueva perspectiva de las situaciones<sup>4</sup>. Otras herramientas de ayuda utilizadas en estos grupos de autoayuda son la silla vacía y la representación escénica de situaciones, ambos recursos del psicodrama.

La función de este grupo en el tratamiento de A. M., al igual que en el caso de su madre, ha sido y es la de disponer de un espacio seguro en el que compartir sus sentimientos y descargar sus emociones sin sentirse juzgado, al tiempo que le aporta una perspectiva alternativa de cómo podía sentirse su madre y los restantes miembros de su familia. En las sesiones de grupo se han empleado las terapias antes descritas. Para encontrar más detalles de cómo A.M. vivió esta parte de su proceso, véase Anexo 1.

---

<sup>4</sup> El confronto es una herramienta de ayuda, y consiste en poner en conocimiento de la persona qué está transmitiendo, como si se tratara de un espejo en el que poder observarse desde fuera. De esta manera, la persona puede ver su parte de responsabilidad -que no culpa- en la situación, estudiar el escenario ocurrido desde otro punto y sacar sus propias conclusiones.

- **Convivencias**

Las convivencias de Proyecto Hombre Almería son jornadas en las que aquellos usuarios que pueden beneficiarse de un trabajo más intensivo -en lo relativo a un tema concreto- se concentran junto con las terapeutas en un espacio aislado de distracciones externas durante un día, en el cual se realizan actividades que fomentan el crecimiento personal en una determinada área del individuo. Actualmente, se realizan convivencias acerca de los siguientes temas: responsabilidad-libertad, las necesidades, la honestidad, la familia, la soledad y la sexualidad mirar lista de temas. Se realiza una cada dos meses siguiendo el orden predeterminado. El objetivo es que cada usuario realice todas las convivencias programadas al menos una vez, pudiendo realizar la misma convivencia varias veces en caso de requerir profundizar más en un tema. Se puede realizar un mismo ejercicio dos veces y vivirlo de dos formas diferentes, sacando nuevas enseñanzas. A.M. realizó las convivencias de Necesidades y Honestidad.

- **Trabajo con la familia**

Se ha trabajado con la familia de tres maneras: en primer lugar, con la incorporación de su madre G.H. a un grupo de ayuda para familiares de usuarios; en segundo lugar, mediante la realización de grupos privados formados por A. M. y su núcleo familiar; y, en tercer lugar, G.H. asiste a seminarios que se realizan una vez por semana para informar a los familiares, parejas y amigos de los usuarios de cómo funciona la dependencia y de qué tipo de comportamientos pueden tener para ayudar a mejorar la situación. A continuación se describen estas herramientas; para conocer el proceso que siguieron los familiares de A.M., véase Anexo 2.

El grupo de autoayuda para familiares funciona tal y como lo hacen los grupos de autoayuda de los usuarios, con la salvedad de que se reúne una vez por semana en lugar de dos. Los temas tratados en este grupo son las emociones de los/las asistentes, cómo resuelven los conflictos, la toma de responsabilidad de su parte en los problemas y situaciones que acontecen y su perspectiva acerca de la situación actual de los usuarios, entre otros. Resulta beneficioso porque en este modelo de grupo el terapeuta no lleva la voz cantante en el grupo, sino que son los propios integrantes quienes comparten sus experiencias, apoyan a quien tiene dificultades y se ayudan entre sí, siendo el terapeuta (o la terapeuta en este caso) un guía que modula y redirige la conversación terapéutica de forma indirecta hacia los objetivos principales.

Los grupos sistémicos llevados a cabo con la familia tienen como finalidad eliminar barreras entre sus distintos miembros. Se trata de abrir el foco dirigido al paciente designado y hablar del papel que cada miembro de la familia cómo se ha sentido, qué ha motivado su conducta, cuáles son sus pensamientos, cómo le afecta la situación y cómo reacciona ante ella prolongándola sin saberlo. Para ello es importante que todos los miembros de la familia acudan a estos grupos y que todos se impliquen en el proceso activamente, no es suficiente con acudir para escuchar. Además de hablar de

la perspectiva del otro, se prescribieron cambios en la rutina. Estos cambios fueron, por ejemplo, pre-escribir que vieran una película juntos una noche

Finalmente, los seminarios cero son seminarios que tienen lugar una vez por semana en el espacio de una hora. En ellos se explican diversos aspectos relacionados con las drogodependencias y las dependencias sin sustancia, así como con el tratamiento que los usuarios del centro requieren. Algunos de estos aspectos son cómo funciona la dependencia en el cerebro, los efectos físicos y psicológicos que tiene en las personas, cuáles son las necesidades más comunes entre los usuarios, cuáles son sus fortalezas y debilidades, qué papel cumple su entorno, cuál es la figura de seguimiento y qué conductas son de ayuda o son perjudiciales para ellos. La figura de seguimiento es aquella que sirve de modelo de conducta al usuario y que cumple el papel de informar al centro de cómo es la situación en el entorno cotidiano del usuario.

Los seminarios cero sirvieron para aportar luz sobre la ignorancia en diversos aspectos. Es común entre los familiares de los usuarios adoptar una actitud equivocada ante la dependencia, ya que asumen el factor físico, pero no la dependencia psicológica de manera completa. A través de la psicoeducación se crea consciencia de que determinados estímulos están mentalmente asociados al consumo, por lo que es conveniente eliminarlos o aprender a trabajar con ellos. Otro aspecto sobre el que es necesario instruir es sobre la actitud más sana que tomar como seguimiento. No se trata de ser un carcelero, sino de desarrollar una relación de transparencia con el centro y con el usuario por igual, ser un modelo a seguir, hacer comprender al otro que se actúa por su bien, abrirse al otro, aunque éste inicialmente no lo haga y de motivar los buenos gestos al tiempo que se deja claro que no se tolerarán los malos. Se enseñan nociones de amor responsable.

- **Trabajo con la pareja**

E.S. es la pareja de A. M. desde hace 5 años, y la relación entre ambos ha sido un claro ejemplo de las dificultades emocionales que presenta A. M.

Se han realizado sesiones con A. M. y E.S. juntos, durante las cuales se ha fomentado la comunicación de sentimientos y necesidades, se han realizado ejercicios en pareja para fortalecer la confianza mutua y se ha fomentado la eliminación de barreras entre ambos, puesto que el principal problema en su comunicación era la incapacidad de A. M. para compartir sentimientos con E.S.

También se prescribió la realización de cambios puntuales en la rutina de su relación, para modificar la dinámica y así el sistema de la relación. Estos cambios fueron, entre otros, la realización de una llamada telefónica entre ambos en un momento acordado, con una frecuencia determinada -con lo que se consiguió aumentar la cercanía emocional y se crearon las circunstancias adecuadas para conectar en momentos de crisis- y compartir tiempo juntos en un entorno no habitual para ellos.

Con respecto a la problemática sexual, se consideró que el tratamiento en este plano se realizaría a través del acercamiento emocional y del aumento de la intimidad, reservando un tratamiento más directo para futuras fases del programa.

### 5.3. Limitaciones del tratamiento

La limitación inicial que se encontró en este caso fue la resistencia del propio sujeto a realizar tratamiento y a ajustarse a las reglas de este. La filosofía de transparencia absoluta, de reconocimiento de la propia responsabilidad y de implicación de la totalidad del entorno fueron difíciles de asimilar para A.M. Durante las primeras dos semanas se encontraba motivado para recibir ayuda, puesto que estaba asustado a causa del episodio de paranoia sufrido (relatado en el apartado de Historia de Consumo del presente trabajo), con la salvedad de la desconfianza que le generaban los métodos del centro. A la tercera semana su miedo había desaparecido y la implicación que requería el tratamiento por parte de su tiempo y de su entorno suponía una amenaza para su forma de vida. Consideraba que su problema no llegaba más allá del consumo y estaba convencido de que su decisión de no volver a consumir era lo suficientemente fuerte como para no temer una recaída. No comprendía que el consumo era un hábito que formaba parte de su vida de una manera tan íntegra que desprenderse de él suponía un reto mayor, ni tampoco comprendía que era un síntoma de la des-estructuración de su vida y que cubría carencias emocionales con él. Se utiliza en estos casos el símil de la fiebre, que explica que ésta es tan sólo un síntoma de que se tiene una infección, virus o enfermedad que ataca al cuerpo. Por tanto, aunque trates la fiebre, aparecerá una y otra vez porque sólo es una consecuencia del problema real al que uno debe enfrentarse.

Esta creencia de que el consumo es el principio y el fin de la dificultad y de que no se necesita adquirir nuevas herramientas para evitar recaer, es un obstáculo común para el programa de Proyecto Hombre. Se subestima el papel que el consumo realiza para tapar otras necesidades, el vacío que cubre. Al mismo tiempo se sobreestima la determinación de uno mismo y la capacidad de solucionar las situaciones en soledad frente a la dependencia física y psicológica del consumo de sustancias, debido en cierta medida a que los usuarios de este centro han aprendido a contar con escaso apoyo emocional. La fase inicial del programa Apoyo recibe el nombre de Motivación precisamente porque uno de sus objetivos principales es el indagar en la auténtica naturaleza del problema, para hacer consciente al individuo de que hay muchas más áreas que trabajar y así motivarlo para adquirir nuevas herramientas. Convencerles, a su vez, para aceptar e incluso solicitar ayuda externa cuando su aprendizaje posterior les lleva a la desconfianza, es un trabajo que debe realizar la terapeuta a base de constancia y del uso del apoyo familiar.

Una de las dificultades encontradas fue precisamente un episodio de recaída: tras probar brevemente el alcohol en una fiesta con amigos, se llegó pronto a un consumo de cocaína. Fue percibido como una catástrofe por parte de su entorno, su familia y su pareja sentimental temían que esto supusiese la desaparición de todos los progresos realizados hasta el momento. Este es un miedo común y absolutamente normal entre las figuras de seguimiento de los usuarios cuando recaen. Aquí resulta útil explicarles

que, aunque el término “recaída” es el más extendido socialmente, está mal empleado. Sería más acertado emplear el término “caída”, puesto que ha ocurrido una sola vez, evitando así la falacia de que un error debe convertirse forzosamente en una regresión al pasado. Tras esta caída, se tomaron las medidas necesarias, se continuó con el tratamiento y se creó conciencia de que una equivocación puede crear conciencia al tiempo que no borra los progresos previos.

Con respecto a las circunstancias del caso, ha supuesto una dificultad y una limitación grave para el tratamiento la negativa firme de A.M. de distanciarse de sus amigos y de cambiar de entorno social. Es un tema de suma importancia debido al aislamiento familiar que en un principio tenía este usuario, siendo su grupo de amigos las figuras de apego más presentes en su entorno. Además, eran su mayor referente comportamental y configuraban las actividades diarias que realizaba, pasaba todo el tiempo con ellos. Y a pesar de ello, A.M. no quería ni quiere actualmente implicarlos en su tratamiento ni comunicarles que asiste al centro, puesto que ellos continúan siendo consumidores y participando de muchas ocupaciones relacionadas con el mundo del consumo. Se niega a ser juzgado por ellos o a ser tratado de manera distinta, de modo que continúa frecuentando su compañía en silencio con lo que esto conlleva:

1. A diario se encuentra sometido a la presentación de estímulos relacionados directa e indirectamente con el consumo, lo cual es nocivo para la superación de la dependencia psicológica.
2. Deja fuera del tratamiento a una parte relevante de su entorno, con lo que resulta menos eficaz.
3. Al no poder sincerarse en este aspecto con ellos, se crea una barrera psicológica entre el entorno social y la vida en Proyecto Hombre, lo cual es estresante mentalmente y puede suponer un obstáculo futuro.
4. Se tiene la intención, mediante el actual tratamiento, de cambiar la percepción que A.M. tiene del consumo, de lo que éste representa en su vida y de su propia historia, la cual se está trabajando duramente mediante la reinterpretación y el diálogo. Al no comunicar en su entorno este proceso, sus amigos probablemente desconocerán el cambio de perspectiva, defenderán la perspectiva anterior y supondrán un riesgo de retroceso.

Otra limitación de este tratamiento fue la ausencia del padre de A.M. Tanto por el mero hecho de ser su padre como por la relación ambivalente que tenían cuando era niño, en la cual se daban malos tratos al tiempo que se enseñaba que el amor era divertirse y dar regalos materiales. Estos aspectos pudieron trabajarse -y aún se trabajan, puesto que son pilares en el caso- a través de otras vías, como fueron las convivencias. En las convivencias, A.M. conectó en profundidad con el pasado relativo a su padre y adquirió conciencia del daño que le había hecho y que aún guardaba. Esto sirvió como

puerta al tratamiento, utilizando métodos introspectivos, técnicas del psicodrama y otras herramientas anteriormente explicadas. Sin embargo, un método más directo y que quizá siga quedando pendiente en el futuro sería trabajar la relación presente entre A.M. y su padre. En la siguiente fase del programa, Crecimiento, se plantea realizar ejercicios de representación escénica de situaciones vividas entre ambos, pero existe un bloqueo con respecto a las motivaciones y pensamientos del padre. En otras palabras, A.M. desconoce qué motivó y motiva a su padre para tener tal comportamiento, y sin él presente tan sólo es posible elucubrar teorías que no pueden sustituir una conversación real.

Por otro lado, también el propio tratamiento limita el progreso y la evolución de este caso. Proyecto Hombre sigue una política de actuación con normas estrictas, acordes a lo establecido de forma común por todos los centros de Proyecto Hombre del país. Dicha política de actuación sigue los principios del amor responsable, según el cual si no se van cumpliendo los requisitos del tratamiento (no se cumplen las tareas prescritas, no se es transparente, el proceso se encuentra atascado, etc.) es necesario retroceder al usuario de nivel o imponerle alguna medida para que tome conciencia de su responsabilidad. Es cierto que asumir la propia responsabilidad en todo momento es necesario para el tratamiento, pero estos principios son muy rígidos y no entienden de excepciones, y a veces pueden crear retraimiento emocional en el usuario, que siente que el centro no comprende sus dificultades. No se trata de que el método sea erróneo, pero personalmente tengo la sensación de que la manera de llevarlo a cabo hace sentir a algunos usuarios poco importantes para el terapeuta. Las preguntas a veces se dirigen a si se han seguido las reglas y o hacia cómo se ha sentido la persona. Se pueden interpretar estas medidas como castigos por la manera en que se llevan a cabo, y existe mucha polémica acerca del uso de los castigos, puesto que evitan el comportamiento castigado, pero fomentan el resentimiento y no van unidos a la incorporación de valores.



## 6. RESULTADOS: CAMBIOS REALIZADOS HASTA EL MOMENTO

Tras once meses de tratamiento, se han producido cambios notables tanto en la conducta como en el área emocional de A. M. El proceso que aún le queda por delante es largo y está plagado de nuevos objetivos que conseguir realizar, pero de momento ha sobrepasado las expectativas puestas en él para la primera fase de su tratamiento. Estos cambios se aprecian tanto en grupos como en su entorno cotidiano, según cuentan sus figuras de seguimiento. También se percibe un cambio en la rapidez con la que enfrenta nuevos retos y lucha por su propia evolución personal.

Para empezar, el cambio más destacable es el referido a su actitud en familia. Inicialmente A. M. no podía ni mirar a su madre a los ojos y no pasaba tiempo en casa más allá del estrictamente necesario para dormir y comer, sin que el acto de comer tuviese lugar en compañía de su familia. Actualmente, habla y escucha a las personas mirándolas a los ojos, esto le cuesta únicamente cuando está enfadado por algún motivo. No obstante, ahora comunica los motivos de su enfado y se muestra parcialmente abierto al diálogo, en lugar de cerrarse a otras personas tras una fachada de indiferencia y rencor silencioso como hacía con anterioridad. Pasa horas en casa compartiendo tiempo en común, algunas noches se queda en el salón con su madre y con su hermana viendo películas o haciendo actividades juntos. Realiza un esfuerzo personal para preguntar a sus personas allegadas (su madre, su hermana y su novia) cómo les ha ido el día o cómo llevan sus asuntos personales, y poco a poco dicho esfuerzo deja de ser un esfuerzo y empieza a resultarle un comportamiento natural. Participa de forma más activa en las tareas de casa y se preocupa por el buen ambiente en el hogar, dado que se siente más seguro y acogido en él y sigue la dinámica “ayudo al que me ayuda”.

La relación con su madre ha sufrido una mejora relevante y notoria. La reparación de esta relación era una clave en el proceso de A. M., puesto que él interpretaba que su madre no le quería y en que su padre, que sí le quería, le pegaba. A través de un proceso comunicativo y experiencial de cura de heridas, ha podido realizar una reinterpretación del comportamiento de su madre, viendo desde su perspectiva y entendiendo que su madre le quería, pero presentaba un comportamiento limitado por sus propias dificultades. Como se ha explicado anteriormente en este trabajo, su madre no había aprendido de sus padres a ejercer una maternidad cariñosa, y la dura disciplina impartida por el padre de A. M., unida a sus propias inseguridades, habían provocado que adoptara una posición seria y rígida. Actualmente está trabajando en las manifestaciones de su afecto. Gracias a la apertura por parte de G.H., que ahora entiende mejor qué necesita su hijo de ella, A. M. ha podido corresponder poco a poco a su acercamiento. El vínculo entre ambos se ha fortalecido a través de una comunicación más abierta sobre las preocupaciones, las emociones y la rutina del día a día. Han pasado de no dirigirse la

palabra el uno al otro a tener una comunicación estructurada y funcional con muestras progresivas de confianza y cariño.

Con respecto a su hermana S.H., A. M. ha logrado labrar una relación más cercana desde que se empezó a trabajar este aspecto en los grupos familiares. Ahora son capaces de dirigirse el uno al otro cuando tengan que decirse algo, de realizar actividades juntos, preguntarse por asuntos personales y tener gestos de aprecio y cariño. Este cambio fue propiciado por el conocimiento de la historia del otro.

Por otro lado, la relación de A. M. con su novia también ha mejorado. Tras realizar grupos de intervención con ambos miembros de la pareja, empezaron a derribarse barreras comunicativas también en esta relación. En el momento presente, los dos comparten tiempo en lugar de pasar tiempo separados uno al lado del otro. Esto último lo realizaban cuando quedaban para ver juntos la televisión y no existía interacción ni física ni social. Ahora hablan de sus preocupaciones y tienen una relación en la que se encuentran más implicados. De manera progresiva, A. M. está consiguiendo compartir emociones con su novia como figura principal de su intimidad, es capaz de relatar no sólo que ocurrido algo negativo sino también cómo se ha sentido al respecto, aunque aún habla de ello controlando el tono emocional. Se espera que en pocos meses sea capaz de aportar riqueza de detalles y de darle connotación emocional al relato mientras lo cuenta. También es capaz de mirarla a los ojos al hablar (con esto ha presentado gran dificultad) y está aprendiendo a practicar la escucha activa porque quiere “aprender a entenderla”. Por iniciativa del centro, ha invitado a E.S. a pasar jornadas con su familia con resultados muy positivos.

Un último aspecto de pareja en el que ha obtenido resultados es el plano sexual. El acercamiento emocional con su pareja ha desembocado en una mayor facilidad para tener relaciones sexuales plenas. Sin embargo, aún queda mucho trabajo por hacer en esta área. Quizá debido a su edad o sus dificultades con la confianza, es complicado tratar de este tema con A. M. en terapia, ya sea en grupo o en sesiones individuales. Sigue autolimitándose en el plano sexual, eligiendo no mantener relaciones a menudo y sin interés en explorar su sexualidad con nuevas prácticas sexuales. Además, todavía presenta problemas a la hora de autoestimarse sexualmente. Para ver con mayor detalle la evolución a nivel sexual y de pareja, véase Anexo 3.

En otro orden de cosas, A. M. ha progresado también en el aspecto personal, a pesar de no haber alcanzado todavía la fase del programa destinada al crecimiento personal.

Para empezar, la autoestima de A. M. ha mejorado notablemente. Su autoconcepto anterior se correspondía al de un chico sin valor propio, solitario y que debía conseguir las cosas sin ayuda de nadie. Protegía su autoestima con una coraza porque no encontraba refuerzo en mostrarse a los demás. El concepto que ahora tiene de sí mismo es más completo, no necesita esconder y defender sus defectos con tanto ahínco y piensa en sí mismo como hijo, hermano, novio y amigo además de como persona individual. Se trata de un autoconcepto más enriquecido, aunque aún no se ha conseguido que sea plenamente confiado. Se ha mejorado su autoestima, ya que ahora

está explorando nuevas facetas de sí mismo y puede contar con apoyos externos. Un ejemplo observable de que la mejora de su autoestima es que ahora es capaz de salir a la calle sin gorra. Tal y como he mencionado antes en este trabajo, A. M. ha llevado gorra de manera constante desde que se burlaron de sus orejas en el colegio. Ha conseguido asistir al centro sin ella y se ha dejado fotografiar, una muestra innegable de que ahora se permite exponerse a los demás.

En segundo lugar, el apego de A. M. y su manera de interaccionar con los demás, en especial con sus seres allegados, ha cambiado. Se han fortalecido lazos y vínculos, de manera que las personas cercanas cumplen un papel más relevante en su vida y ascienden en la escala de sus prioridades. El dinero ya no es tan vital para él puesto que ha dejado el consumo (su gasto principal) y no valora adquirir posesiones como lo hacía anteriormente. Es consciente de que se evadía de la realidad y buscaba sentirse mejor a través de la compra de objetos, las experiencias extremas con amigos y el consumo, puesto que estos eran sus métodos para paliar su sensación de soledad. Actualmente ha cambiado estas motivaciones, realiza un esfuerzo diario para acercarse a los que tiene cerca y gestionar el rencor que ha descubierto que guarda.

En tercer lugar, el afrontamiento de problemas y la gestión emocional. Su estrategia de afrontamiento de problemas principal ha pasado de la evitación, como era el consumo de sustancias, el consumismo y las fiestas continuas con amigos, a un afrontamiento más directo. Ha buscado trabajo en un almacén, ha abandonado el consumo, ha puesto límites a sus amigos y se está esforzando en reparar sus relaciones familiares. Por primera vez, está haciendo frente al sufrimiento que le causaron en el pasado, es consciente de las raíces de su rencor y de cuál es la historia que ha vivido, y está buscando maneras de lidiar con ello. También se aprecia este cambio en su relación de pareja, puesto que ha tenido la iniciativa de acercarse a E.S. varias veces tras discutir, en lugar de aislarse, por orgullo, hasta que ella le pida disculpas.

En cuanto a la gestión emocional, ahora A. M. es capaz de reconocer sus propias emociones y sentimientos, algo que prácticamente no podía hacer los últimos años. Distinguía emociones básicas, sabía cuándo se encontraba bien y cuándo se encontraba mal, pero le costaba distinguir entre matices, en especial con las emociones negativas. No era consciente de los momentos en que sentía tristeza, puesto que la enmascaraba en rabia. Ahora A. M. no sólo es capaz de distinguir sus emociones, recuperando una conexión con su plano emocional, sino que también puede expresarlas moderadamente. Por ejemplo, puede emocionarse delante de su madre y de su novia, le es posible expresar verbalmente que se siente triste o que echa de menos a alguien y puede realizar declaraciones de sentimientos si no son muy entusiastas (como decirle “te quiero” a su madre o a su novia con expresividad limitada).

## 7. FUTURO TRATAMIENTO

Se persigue la reconstrucción personal del individuo a través de la comprensión de la propia historia, de la fuente de las carencias afectivas y de los métodos erróneamente utilizados en el pasado para suplir estas carencias.

En el caso de A.M., ya se han observado cambios a nivel de introspección, pero es necesario afianzar estos cambios durante las próximas fases del programa y continuar avanzando hasta una rehabilitación total. De lo contrario, el tratamiento se habría limitado a identificar los parches e incluso a arrancarlos sin llenar los vacíos que quedarían expuestos, y sería cuestión de tiempo que las drogas, u otros hábitos nocivos, los volvieresen a llenar. Las fases del programa que quedan por delante son la fase de Crecimiento y la de Autonomía.

El objetivo de la fase de Crecimiento es fomentar el crecimiento personal, especialmente en el área afectiva, buscando el origen de comportamiento presente en experiencias pasadas y en cómo estas le afectaron. Los objetivos específicos de A. M. en esta fase son lograr un aumento en el autoconocimiento, una mejoría de la gestión emocional, la integración de estrategias de afrontamiento psicológicamente más sanas, el abandono de la manipulación, la experimentación y asimilación de nuevos valores, continuar desarrollando su sentido familiar y la creación de nuevas amistades fuera del entorno de consumo. Su duración aproximada será de ocho meses, tal y como estipula el programa, pero esta estimación de tiempo es susceptible a las necesidades y obstáculos que presente el individuo una vez alcance la fase.

Por otro lado, la fase de Autonomía estará destinada al afianzamiento de los cambios logrados y a la desvinculación progresiva del centro, para así evitar la dependencia desarrollada con el centro a la hora de superar crisis o solucionar problemas. Su duración es de aproximadamente cuatro meses. Siempre es posible regresar a Proyecto Hombre, ya sea para una orientación o para comenzar un nuevo proceso, pero cada persona debe intentar avanzar por sí sola a pesar de saber que cuenta con apoyos por si tropieza.

## 8. DISCUSIÓN

Todavía queda mucho tratamiento por delante, pero ya se observa qué líneas resulta más beneficioso trabajar y qué patrones tienden a repetirse.

En primer lugar, se aprecia la importancia del trabajar con el sistema completo del que forma parte el usuario. En este caso en particular, implicar a la familia y a la pareja sentimental del paciente designado ha resultado clave para vencer las barreras emocionales. Tampoco podemos desestimar la relación existente entre apego y autoestima. Al trabajar el sistema familiar y la confianza con sus padres, se ha conseguido un aumento de la confianza en uno mismo y del valor propio, dado que es más seguro afrontar las dificultades al contar con personas cercanas que dan apoyo.

Tanto en su niñez como en su juventud previa a la terapia, siempre ha querido salir de casa y tener la máxima libertad y dinero posible, valorando esto por encima de las relaciones con sus padres, otros familiares e incluso amigos. El motivo era que había interiorizado que estas cosas eran las importantes, creció con la idea de que su padre le quería porque le compraba regalos y le sacaba de excursión. Luego, cuando estaban en casa, sentía que nadie se acordaba de él y escuchaba a sus padres discutir. A veces recibía malos tratos. Debido a esta historia que se relataba a sí mismo, sus prioridades de qué era importante y acerca de dónde residía el cariño quedaron establecidas en salir de casa, conseguir dinero y estar solo. Más tarde dichas prioridades le llevaron al consumo de drogas como refugio. Los conflictos que solemos encontrar en situaciones extremas, como las dependencias, los intentos de suicidio o incluso la neurosis, son situaciones a menudo relacionadas con el patrón de interacción social aprendido por el sujeto. Si una persona no aprende a desarrollar y mantener relaciones sanas, no las tendrá nunca. Recordemos la metáfora de la fiebre: el consumo de sustancias no es más que el síntoma visible de que existe vacío.

Con respecto al aprendizaje social, las terapias grupales empleadas en el centro son de gran utilidad. Una de sus funciones indirectas es instruir en habilidades sociales a través de la participación en grupo y la norma de interactuar con los compañeros siguiendo determinadas reglas, con lo que pueden interiorizar valores sociales y aprender a comunicarse desde la seguridad. Otra de sus funciones, más directa, es la de promover que los usuarios se guíen mutuamente hacia nuevas perspectivas, así como incentivar el pensamiento “fuera de la caja”. Sirven como un espacio protegido en el que compartir sus dolencias con gente que ha pasado y está pasando por situaciones similares. También cumple el objetivo de integrar a personas que han sido estigmatizadas en múltiples contextos, dándoles la oportunidad de mejorar su autoconcepto al comprender que la suya es una situación por la que muchos pasan, que está normalizada, que no están solos y que pueden salir de ella. Para cumplir este objetivo es importante que no se utilice el grupo para reforzar el malestar, sino para que cada individuo pueda funcionar como un buen ejemplo a seguir y como una oportunidad de recibir ayuda. No obstante, es conveniente combinar el tratamiento grupal con el individual para desarrollar una buena alianza terapéutica.

Sin embargo, la intervención realizada presenta puntos débiles y es susceptible de mejorar. Las normas en Proyecto Hombre en ocasiones son muy rígidas, se hace un

uso desmedido de las consecuencias negativas y se emplean pocas pausas de pensamiento en las fases iniciales. Puede parecer incongruente el uso de la terapia cognitivo-conductual en un tratamiento donde el enfoque principal es sistémico y gestáltico. A pesar de que tan sólo se utilizan ciertas técnicas, como la detección de pensamiento, el reforzamiento y el coste de respuesta, en la práctica hemos podido observar como esta incongruencia puede a veces romper la línea y crear distancia entre el usuario y el terapeuta. Consideramos importante buscar nuevos modos de integrar enfoques tan distintos.

Por otro lado, otro aspecto a concluir tras este trabajo es que es posible trabajar con pacientes o usuarios que presentan poca o ninguna motivación inicial para recibir tratamiento o ayuda. Se dice que no es posible ayudar a quien no quiere ser ayudado, y es completamente cierto; sin embargo, es posible suscitar un cambio en la motivación de una persona que se niega a recibir ayuda por desconfianza y por autoprotección. La manera de hacerlo es mostrándole los beneficios a corto plazo que obtendrá si comienza el tratamiento, conseguir el apoyo y la determinación firme de la familia y ofrecer un espacio no amenazante. La mayoría de los usuarios comienzan el tratamiento por presión familiar o por encontrarse en una situación comprometida, pero permanecen en él al percibir los cambios en su entorno y en sí mismos. Una clave para conseguir este objetivo es contar con la sinceridad del usuario y de sus familiares. Este rechazo al tratamiento sigue la misma pauta de comportamiento evitativo que ha llevado al consumo a todos los usuarios, y podría explicarse a través del Trastorno de Evitación experiencial del dolor, el cual es propuesto por la Terapia de aceptación y Compromiso (ACT) (Hayes, Wilson, Gifford, Follette y Strosahl, 1996; Luciano y Hayes, 2001; Törneke, Luciano y Valdivia-Salas, 2007; Wilson, Hayes, Gregg y Zettle, 2001).

Otro de los aspectos que podemos sacar en claro, es la diferencia que existe entre caídas y recaídas, tanto en el ámbito del consumo como en cualquier otro ámbito de la vida. No es fácil desprenderse de hábitos nocivos que hemos practicado durante años, y a pesar de ello en el momento en el que una persona reincide en un comportamiento el entorno la castiga y culpabiliza, partiendo de la creencia de que ha retrocedido en su proceso y que ha perdido todos los avances logrados hasta el momento. Esto ocurre en el consumo de sustancias, pero también al retomar una relación tóxica, al dejarse llevar por inseguridades, al cometer actos vandálicos, y al repetir errores en general. Pero no debemos obviar los progresos realizados anteriormente. Consideremos este paso atrás como un paso más en el camino, un paso que era necesario para resolver dudas y cerrar puertas que conducen al retorno. A menudo ocurre que repetir un error ayuda a reaprender una lección que no había sido del todo interiorizada. De esta manera, un paso atrás puede suponer que los siguientes pasos hacia delante se realicen con mayor decisión. Así, tomamos conciencia de la relevancia que tiene la manera en que asumimos las cosas que nos ocurren. Nos relacionamos con la realidad a partir del contenido de nuestra cabeza, y la realidad que nos encontramos conforma nuestros pensamientos para el día siguiente.

Pero cuando el problema de base se remonta a muchos años atrás y tiene un inicio en la infancia o juventud, se requiere una reinterpretación de la propia historia. Sanar la visión que se tiene de los padres, de los primeros acontecimientos importantes

de la vida, de la infancia y de la adolescencia, se convierte en un pilar base para la autoestima del adulto. Podemos ver a través del presente trabajo cómo ha cambiado la historia que A.M. se contaba a sí mismo. Se puede conseguir cambiar la historia de alguien, puesto que la realidad no es inmutable, permanece en nuestra memoria tintada por la perspectiva.

Finalmente, podríamos concluir que la actuación más valiosa que podemos desempeñar es la de mostrar a las personas que usan parches para tapar las heridas que la vida les ha infligido, y que no han sabido enfrentar. Pero podrán enfrentarlas cuando pierdan el miedo al miedo, y cuando comprendan que no tienen por qué luchar solos. Me gustaría terminar este trabajo con la hermosa reflexión del progreso logrado. Cuando comenzó su estancia en el centro de Proyecto hombre, A.M. era un joven que dedicaba su tiempo completo al consumo y a la desinhibición, vivía apartado de su familia y no era capaz de conectar con sus propias emociones. Hoy es un chico que ha vuelto a vivir con su madre y con su hermana, que ha abandonado el consumo y que ha sido capaz de decirle a su madre que la quiere mientras la abrazaba. Definitivamente, ha merecido la pena escuchar su historia.

## 9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: Observations in the Strange Situation and at home*. En: Waters, E., & Sroufe, L. A. (2017). Attachment as an organizational construct. *Interpersonal Development* (pp. 109-124).
- Arón, A. M. (2011). Un programa de educación para la no-violencia. *Psyche*, 9(2).
- Barudy, J. (1998). *El dolor invisible de la infancia: una lectura ecosistémica del maltrato infantil*, Paidós.
- Barudy, J. (2003). *Promover el buen trato y los recursos resilientes como bases de la prevención tratamiento de las consecuencias de la violencia humana*. Editorial Gedisa.
- Barudy, J., & Dantagnan, M. (2005). *Los buenos tratos a la infancia: Parentalidad, apego y resiliencia*. Editorial Gedisa.
- Bobes, J., González, M. P., Sáiz, P. A., & Bousoño, M. (1996). Índice europeo de severidad de la adicción: EuroASI. Versión española. *Actas de la IV Reunión Interregional de Psiquiatría, 1996*, 201-218.
- Bonnier, C., Nassogne, M. C., & Evrard, P. (1995). Outcome and prognosis of whiplash shaken infant syndrome; late consequences after a symptom-free interval. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 37(11), 943-956.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss, vol. II: Separation*. Basic Books.
- Bowlby, J. (1982). *El vínculo del niño hacia su madre: la conducta de apego*. Madrid. Alianza universal.
- Bowlby, J. (1988). Attachment, communication, and the therapeutic process. *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*, 137, 157.
- Cyrulnik, B. (2013). *Los patitos feos: la resiliencia. Una infancia infeliz no determina la vida*. DEBOLS! LLO.
- Cyrulnik, B., Aúz, T. F., & Eguibar, B. (2003). *El murmullo de los fantasmas: volver a la vida después de un trauma*. Gedisa Editorial.
- De la Cruz, I. V., & González, A. B. (2015). Autocuidado y psicodrama. Resultados parciales de una experiencia grupal con profesionales que trabajan con niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual. *Revista Sexología y Sociedad*, 21(1).
- De Manuel Vicente, C. (2017). Detectando el abuso sexual infantil. *Pediatría Atención Primaria*, 19, 39-47.



- Fernández, C. M. (2015). Psicodrama. Reflexiones desde la práctica clínica en un Hospital de Día Psiquiátrico/Psychodrama. Reflections from the clinic practice in a Psychiatric Day Hospital. *Arteterapia*, 10, 153.
- García-Caballero, A., Torrens-Lluch, M., Ramírez-Gendrau, I., Garrido, G., Vallès, V., & Aragay, N. (2018). *Eficacia de la intervención Motivacional y la Terapia Cognitivo-conductual para el tratamiento del Juego Patológico*. Adicciones.
- Goleman, D. (2012). *Inteligencia emocional*. Editorial Kairós.
- Hayes, S.C., Wilson, K.G., Gifford, E.V., Follette, V.M. y Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavior disorder: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152-1168.
- Kokkevi, A. y Hartgers, C. (1995). European adaptation of a multidimensional assessment instrument for drug and alcohol dependence. *European Addiction Research*, 1, 208-210.
- López, F., "El apego a lo largo del ciclo vital". En: Orti Barón, J. Y Yarnoz Yaben, S., *Teoría del apego y relaciones afectivas*, Universidad del País Vasco, Bilbao, 1993.
- Luciano, M.C. y Hayes, S.C. (2001). Trastorno de evitación experiencial. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1, 109-157
- Main, M., & Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In T. B. Brazelton & M. W. Yogman (Eds.), *Affective development in infancy* 95-124
- Manciaux, M. (2003). Resiliencia y edad avanzada. *La resiliencia: resistir y rehacerse*, 103-110. Gedisa.
- Martínez, J. (1993). Terapia de grupo en abuso sexual infantil. *Terapia de grupo para niños maltratados. Encuentro Internacional de Psiquiatría de Lactantes, Niños y Adolescentes. Punta del Este, Uruguay*.
- Maslow, A. H. (1991). *Motivación y personalidad*. Ediciones Díaz de Santos.
- Maturana, H. R. (1990). *Emociones y lenguaje en educación y política*. JC Sáez Editor.
- McLellan, A.T., Kushner, H., Metzger, D., Peters, R., Smith, I., Grissom, G., Pettinati, H. y Argeriou, M. (1992). The fifth edition of the Addiction Severity Index. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9, 199-213.
- Ospina Restrepo, J. N., & Gil Sánchez, W. A. (2015). *Técnicas teatrales como herramienta en el desarrollo del potencial humano al interior de la psicoterapia Gestalt* (Doctoral dissertation, Psicología).
- Proyecto Hombre, *Programa de Apoyo, Procedimiento Específico P-03*, Edición: 1.
- Riso, W. (2009). *Terapia cognitiva*. Barcelona: Editorial Paidós Ibérica.

- Román, P. A. V., Yañez, P. J. Z., & Pérez, A. (2008). *Abordaje Psicoterapéutico del Abuso Sexual en el Contexto Escolar* (Tesina Postítulo de Psicodrama)
- Rygaard, N. P. (2008). *El niño abandonado. Guía para el tratamiento de los trastornos del apego*. Barcelona: Gedisa.
- Sáez, M. T. (2006). Las terapias posmodernas: una breve introducción a la terapia colaborativa, la terapia narrativa y la terapia centrada en soluciones. *Psicología conductual*, 14(3), 511-532.
- Stern, D. N. (1997). *La constelación maternal: un enfoque unificado de la psicoterapia con padres e hijos*. Paidós Ibérica.
- Supa, J. E. J. (2014). Análisis psicosocial del maltrato Infantil. *Avances en psicología*, 22(2), 179-191.
- Taylor, S. E. (2002). *Lazos vitales: de cómo el cuidado y el afecto son esenciales para nuestras vidas*. Taurus.
- Törneke, N., Luciano, C. y Valdivia-Salas, S. (2008). Rule-governed behavior and Psychological Problems. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 8, 141-156.
- White, M., & Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.

# ANEXOS

## ANEXO 1. El proceso en el caso de A.M.

En este anexo se describe cómo vivió A.M. su proceso de tratamiento. Se trata de una visión más personal de su experiencia.

### Grupo de autoayuda

Llegó al grupo sin ganas de participar, algo común en los usuarios. Afirmaba que no le sería de ayuda su asistencia puesto que él ya había decidido abandonar el consumo y consideraba que nada le haría flaquear. Consideraba que “depender” de esta clase de grupos era un signo de debilidad. Además, no sólo no se encontraba cómodo compartiendo sus emociones y sentimientos, sino que se encontraba desconectado de ellos. Por lo tanto, requería un trabajo inicial de introspección y reconexión con el mundo emocional propio para poder comunicarse debidamente con el grupo y sacarle provecho a este tipo de actividad.

Sufría dolores de cabeza que el médico le indicó que podrían deberse al cese en el consumo, a pesar de lo cual él se preocupaba de la posible fuente. Además, presentaba signos de paranoia y un pitido en el oído. Comenzó a tomar entonces medicación para la depresión, recetada por un psiquiatra.

Su actitud ante los factores de riesgo (aquellos estímulos que podrían facilitar su vuelta al consumo) era de tolerancia absoluta, dado que él ya había decidido dejar de consumir y no consideraba que su determinación fuera a flaquear por exponerse a estímulos relacionados. Por esta razón, continuó relacionándose con un ambiente consumidor: pasaba los días completos en compañía de sus amigos, quienes consumían y lo hacían delante de él de manera continuada. Su motivación para este comportamiento residía en no quedarse solo, el distanciamiento con su familia había provocado que sus amigos se convirtieran en una figura de apego seguro vital.

Aproximadamente un mes después de su inicio en el programa, su madre le echó de casa por querer abandonar Proyecto Hombre, puesto que él estaba considerando irse un tiempo a Marruecos con su padre. Se destapó entonces todo el rencor que guardaba hacia su madre, la culpaba por los años que ha vivido solo y por las circunstancias que había sufrido. Una de sus motivaciones principales era demostrar una vez más que no necesitaba a su madre. Tras algunas sesiones, regresó a su casa con un nuevo compromiso de asistir a Proyecto Hombre y cumplir una serie de normas en casa, pero la relación familiar no mejoró con esto, ya que de manera impuesta pasaba más tiempo en la casa, pero no existía la comunicación. En este momento él percibía que a su madre no le importaba no hablar con él, que su persona le daba igual. A. M. se encontraba reacio a perdonarla por el pasado.

La sola presencia de su familia lo alteraba y producía que se cerrara en banda debido a sus creencias prefijadas de que él no les importaba. Al compartir sus experiencias con el grupo de autoayuda, sus compañeros aportaban nuevos puntos de vista sobre el comportamiento de su familia, le ayudaban a asumir su parte de responsabilidad, le conferían apoyo y le daban un lugar donde desahogarse.

## Convivencias

Es la herramienta que más resultados ha tenido a la hora de hacerle conectar con sus emociones. En la primera que realizó conectó con lo mucho que en realidad añoraba a su padre, pero también con el daño que éste le había infligido y con el dolor y el rencor que aún guardaba. En la segunda a la que asistió, conectó con su responsabilidad en los problemas familiares que tenía y con el dolor que había causado, entendiendo mejor a su vez el dolor que había padecido él. Esto abrió una puerta a trabajar sobre esos sentimientos a través de diálogos familiares y ejercicios introspectivos de corte humanista, gestáltico y de psicodrama (ejercicio del espejo, carta a uno mismo, silla vacía, etc).

### ANEXO 2. El proceso de la familia.

Al trabajar con la familia al completo, A.M. no ha sido el único que ha experimentado cambios y que ha atravesado un proceso. Debido a que no se trata del protagonista del caso, esta información queda resumida en el presente anexo. No obstante, la consideramos igual de importante y parte fundamental del sistema.

En un principio, la actitud de G.H. con su hijo era bastante cerrada y arisca. Su comportamiento “le daba rabia”, por lo que no valoraba sus buenos gestos y adoptaba una posición terca ante los malos. Parecía tratarse de una lucha de poder por ver quién mostraba una mayor indiferencia. El grupo de autoayuda para familia sirvió como un espacio para que G.H. expresase sus sentimientos y descargase emociones. Se le proporcionó una nueva perspectiva de las situaciones que vivía, ampliando su foco a cómo podía sentirse A. M. y a las posibles motivaciones de su comportamiento. Sirvió para allanar el terreno antes de realizar los grupos sistémicos de toda la familia, puesto que G.H. presentaba ideas prefijadas acerca de la conducta de su hijo que dificultaban la comprensión del otro y el diálogo mutuo.

Con respecto a los primeros grupos sistémicos, los primeros estaban integrados únicamente por A. M. y su madre, pero más tarde se observó el error de no realizarlos con el grupo familiar completo, por lo que empezó a acudir también su hermana S.H. (el padre de A. M. actualmente reside en Marruecos, de lo contrario también se le habría solicitado que asistiera). En los primeros grupos la comunicación no fluía, A. M. no miraba a los ojos a los demás asistentes y pasaba de la indiferencia a la agresividad en función del tema a tratar, adoptando en todas las ocasiones una postura defensiva de un modo o de otro. Expresaba rencor y estaba cerrado a la idea de perdonar a su madre. Por otra parte, G.H. estaba poco dispuesta a realizar esfuerzos personales porque no entendía la posición de A. M., no veía motivos para que estuviese tan enfadado y optaba por pagarle con la misma moneda. Fomentando la comunicación emocional en estos grupos, se ha conseguido diluir tensiones pasadas, que pasen más tiempo en familia, que se planteen interpretaciones alternativas del comportamiento del otro, que se miren a los ojos al hablar y que se escuchen mutuamente al entablar diálogo. Con respecto a los gestos de cariño, han supuesto una barrera difícil de sortear: G.H. nunca ha sido una madre cariñosa y esta actitud fue interpretada como frialdad e indiferencia por su hijo, que adoptó una actitud hostil. Por tanto, él no tenía gestos de cariño y no reaccionaba

bien ante ellos, mientras que ella no estaba acostumbrada a darlos. Se trató el tema en grupo, expresando ambos sus sentimientos, necesidades y obstáculos, y se llegó al acuerdo de que G.H. debería tomar la iniciativa. Actualmente, tras varios acercamientos y esfuerzos por ser transparente con sus sentimientos por parte de G.H., la relación de cariño ha mejorado, llegando A. M. a tener la iniciativa de decirle a su madre que la quiere y abrazarla.

Con respecto a S.H., su actitud inicial tímida y defensiva respondía a una necesidad de acercamiento y valoración por parte de su hermano. Su relación con su madre era buena, ambas tienen el mismo carácter y apreciaba que su madre la quería a pesar de la falta de gestos cariñosos, que no echaba en falta. Sin embargo, la actitud hosca de su hermano hacía que pensara que él no la valoraba ni le gustaba verla, por lo que se encerraba en su madre y evitaba a su hermano motivada por la inseguridad. Una vez mejorada la relación entre A. M. y G.H. a través del aumento de la comunicación, A. M. dejó de sentir que su madre no le quería (mientras que a su hermana sí) y su actitud en casa fue más positiva, tratando mejor a su hermana. Además, se fomentó también un aumento de comunicación entre los dos hermanos en los grupos sistémicos, admitiendo S.H. que deseaba una relación distinta entre ambos (que le preguntara por sus cosas y pasaran tiempo juntos, etc.). Una vez el rencor acumulado de A. M. empezó a disiparse, fue capaz de empezar a cubrir estas necesidades.

### ANEXO 3. Evolución de la relación de pareja.

Al principio de la relación, él se mostraba reservado y no compartía sus emociones ni información sobre su vida fuera de la relación. Hablaba de que se había peleado con su familia, pero no explicaba cómo le hacía sentir esto. E.S. era ajena al mundo interior de A. M., no conocía detalles de su pasado ni cómo estos se relacionaban con su presente. Su descripción de él en esta época era la de “un chico misterioso del que se sabe poco, distante”. Con respecto al consumo de sustancias, ella sabía que consumía cannabis y alcohol, pero ignoraba el consumo de cocaína. Al tratar el tema, A. M. le decía que “lo había conocido ya consumiendo, lo sabía desde el principio y esto no iba a cambiar”. Cada vez que surgía un conflicto, era E.S. quien debía tomar la iniciativa de arreglarlo. Ella se mostraba impulsiva y temperamental en estos conflictos, mientras que A. M. se volvía excesivamente reservado, adoptaba una pose fría y distante y respondía que todo “le daba igual”. Presentaba miedo a la intimidad con su pareja puesto que la intimidad le resultaba nociva. Además, no entendía las reacciones de ella puesto que había normalizado dinámicas de interacción completamente distintas.

A través de las sesiones realizadas con ambos, en las cuales se compartían sentimientos a través del uso de preguntas directas sobre el comienzo de la relación, sobre qué momento recuerdan como aquel que más les acercó al otro, etc. Inicialmente A. M. respondía de manera impersonal y escueta a las preguntas, pero se lograron respuestas más completas que supusieron el principio del diálogo. Al mismo tiempo, la participación de E.S. en la terapia del centro, haciendo que fuera consciente de la gravedad de consumo de A. M., de su realidad familiar y de sus conflictos internos, fomentó un acercamiento de E.S. al mundo de A. M. y facilitó la unión.

En lo que respecta al plano sexual, no se ha realizado una intervención directa por el momento, debido a que se estableció la hipótesis de que la falta de deseo sexual estaba relacionada con la evitación de la intimidad y la asociación realizada entre el acercamiento físico y experiencias negativas pasadas en lo referente al afecto. Varios estudios apoyan que jóvenes con apego reactivo presentan una tendencia a encerrarse en sí mismos que los lleva a desarrollar una preferencia por la autosatisfacción y el autoerotismo, sin ser este necesariamente un impulso autoestimuladorio. Buscan el hedonismo para encontrar placer sin tener que participar en una sexualidad interpersonal (Rygaard, N., 2008).

En esta vía, también cabría mencionar los descubrimientos neurológicos que señalan que una subestimulación del sentido táctil en niños (recibir caricias y contacto físico afectuoso de los padres) pueden evolucionar en la adultez en actitudes de aislamiento sexual con autoestimulación monótona, mientras que la sobreestimulación suscita reacciones de disociación y de defensa ante el contacto, que conducen hacia una disminución de la sensibilidad al contacto sexual y a una separación de la sexualidad y el apego en la edad adulta (Rygaard, N., 2008). Sin embargo, no disponemos de suficiente información como para realizar hipótesis de este tipo en este caso concreto. Tan sólo tenemos conocimiento de que la relación parental en la niñez fue fría y que contuvo malos tratos físicos que han quedado grabados en la mente de A.M., pero desconocemos su extensión temporal, gravedad y estadio del desarrollo concreto en que tuvieron lugar. Además, no se ha podido dialogar acerca de los obstáculos y la desmotivación sexual que siente, por lo que no resulta viable realizar hipótesis sobre su origen específico.

#### ANEXO 4. Plantillas descritas en Evaluación.

En las siguientes páginas se encuentran algunos de los instrumentos, a saber, la plantilla de estadillos y una hoja registro de un grupo de familia. No se trata de los instrumentos personales de A.M., estos están protegidos por la confidencialidad del centro. Son plantillas modelo utilizadas en Proyecto Hombre.





## REGISTRO DEL GRUPO FAMILIAR

Nombre y Apellidos: ..... N° Residente:.....

Asistentes al Grupo: Nombre y relación con el residente.

- 
- 
- 
- -

Contenido del Grupo: temas que se abordan.

- 
- 
- 
- 

Diagnóstico de la dinámica familiar: roles, relaciones, alianzas, interpretación de la dinámica relacional.

Conclusiones y compromisos: tanto de la familia como del residente.

Fecha:

Terapeuta: