

Tratamiento sistémico integrativo en trastornos del uso de sustancias: presentación de una meta-intervención terapéutica (MIT)

107

Integrative Systemic Treatment in Substance Use Disorders: Presentation of a Therapeutic Meta-Intervention (MIT)

Facundo Cocola^a

^aInstitución de Facundo Cocola: Espacio de Prácticas Itinerantes en Estudios Sistémicos (Espacio PIES); Mendoza, Argentina. facundococola@gmail.com

Historia editorial

Recibido: 06-06-2020

Primera revisión: 21-06-2021

Aceptado: 11-07-2022

Palabras clave

terapia familiar sistémica; teoría del apego, regulación emocional, trastornos por el uso de sustancias.

Resumen

En el marco de un Tratamiento Sistémico Integrativo en Trastornos del Uso de Sustancias (TUS) se presenta una Meta-Intervención Terapéutica (MIT) familiar e individual, la cual reúne elementos de la Terapia Familiar Sistémica, la Teoría del Apego, la Regulación Emocional, y la Teoría Ecológica de la Resiliencia. El fundamento de este trabajo radica en la necesidad de desarrollar tratamientos contemporáneos basados en la complejidad, que se adapten a las características clínicas actuales de los TUS. En lugar de un enfoque confrontativo, el foco del trabajo aquí presentado está puesto en la implementación de la mayor calidez terapéutica posible, a los fines de generar una gran alianza con pacientes que presentan desconfianzas relacionales basadas en experiencias traumáticas de su desarrollo. Para ello, se explica la composición y dinámica de la MIT, la cual se sitúa a un nivel lógico superior del resto de las intervenciones, y sigue un proceso de aplicación de tres etapas desplegadas en ejes temporales sincrónicos y diacrónicos: Etapa 0: Contención emocional; Etapa 1: Control sintomático; y etapa 2: Identificación del sufrimiento y de la disfuncionalidad sistémica. Luego se sugieren estrategias terapéuticas que se adecuan a los distintos contextos relacionales y que contemplan la función del síntoma en cada caso, para lo cual se realiza una integración de la clasificación de las toxicomanías propuesta por Cancrini y de los contextos relacionales propuestos por Linares. Al finalizar, se indican cuatro complementos terapéuticos que fortalecen la tarea.

Abstract

In the framework of an Integrative Systemic Treatment in Substance Use Disorders (SUD), a family and individual Therapeutic Meta-Intervention (MIT) is presented, which brings together elements of Systemic Family Therapy, Attachment Theory, Regulation Emotional, and the Ecological Theory of Resilience. The basis of this work lies in the need to develop contemporary treatments based on complexity, which adapt to the current clinical characteristics of SUD. Instead of a confrontational approach, the focus of the work presented here is on the implementation of the greatest possible therapeutic warmth, in order to generate a great alliance with patients who present relational mistrust based on traumatic experiences of their development. For this, the composition and dynamics of the MIT are explained, which is located at a higher logical level than the rest of the interventions, and follows a process of application of three stages deployed in synchronous and diachronic time axes: Stage 0: Emotional containment; Stage 1: Symptomatic control; and stage 2: Identification of suffering and systemic dysfunction. Then, therapeutic strategies are suggested that are adapted to the different relational contexts and that at the same time contemplate the symptomatic function in each case, for which an integration of the classification of drug addictions proposed by Cancrini and the relational contexts proposed by Linares is carried out. At the end, four therapeutic supplements that strengthen the task are indicated.

Keywords

systemic family therapy; attachment theory, emotion regulation, substance use disorders.

En el presente artículo se describe una propuesta de tratamiento sistémico integrativo en *Trastornos del Uso de Sustancias* (TUS), que incluye una *Meta-Intervención terapéutica familiar e individual*, la cual en adelante se denominará MIT. Para iniciar, se explicará de forma específica cómo se definen cada uno de estos conceptos, lo que dará el marco de referencia correspondiente para luego pasar a exponer el fundamento de la MIT, sus etapas y la dinámica de las mismas. El trabajo finaliza con algunos complementos que potencian los efectos del tratamiento.

Se entiende por *Meta-Intervención* a un grupo de intervenciones terapéuticas, situadas en un nivel lógico superior al de las intervenciones sistémicas propiamente dichas (reformulación, preguntas circulares, prescripciones, etc.), y distribuidas en una serie de tres etapas que se despliegan en ejes temporales sincrónicos y diacrónicos, conformando así una guía general para el profesional durante el proceso terapéutico en TUS. Para una mayor comprensión se presenta un gráfico inicial, el cual será detallado posteriormente:

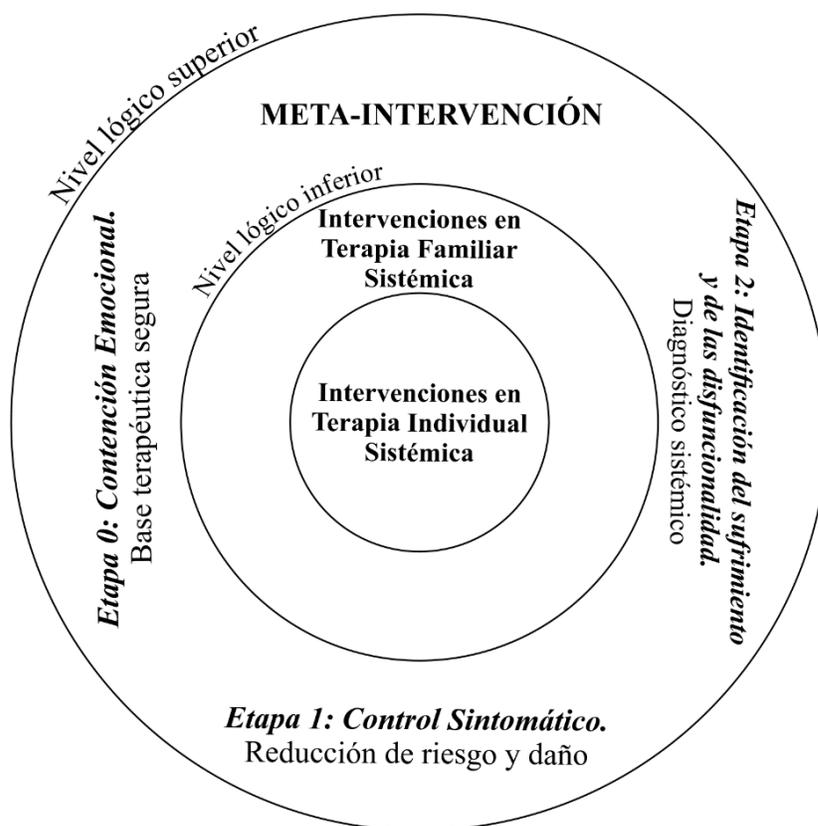


Figura 1. Meta-Intervención en Trastornos del Uso de Sustancias (MIT)

La MIT proporciona el marco de contención e incluye la dirección en el tratamiento, tanto de la familia completa, como del paciente en terapia individual. Por familia, en este caso, se entiende al grupo de personas que mantienen relaciones íntimas, cercanas, duraderas, que consultan por uno o varios sujetos del sistema que conforman entre sí, y que ellos mismos se definen como familia.

La propuesta es sistémica-integrativa, y se basa en una epistemología sistémica (Ceberio y Watzlawick, 1998) desde la cual se toma como principal modelo terapéutico el de la Terapia Familiar Sistémica, mientras que, a su vez, integra otros postulados teóricos y prácticos, los cuales resultan útiles para el tratamiento de un cuadro clínico grave y complejo, como son los TUS. Para este fin, se hace uso de los aportes de la Teoría del Apego (Bowlby, 1969/1980; Ainsworth, et al., 1978; Fraley y Shaver 2016), de la Regulación Emocional (Thompson 1994; 2014; Gratz y Roemer,

En esta propuesta se despliega una estrategia terapéutica general, que contempla los diferentes contextos relacionales que subyacen a los TUS. Es la estrategia que el autor del presente trabajo ha empleado en el Centro Preventivo y Asistencial en Adicciones (CPAA) de Las Heras, en la provincia de Mendoza, Argentina, donde realizó tratamiento psicoterapéutico durante 9 años, de forma intensiva, ambulatoria y pública. La buena adherencia al tratamiento, la confianza brindada por las familias en el equipo tratante, y los resultados positivos manifestados por los pacientes, han sido el principal motivo de la publicación de este trabajo.

2. FUNDAMENTOS DE LA PROPUESTA

En el artículo que aparece en el número 38 de la revista REDES Digital, titulado “Funcionamiento familiar y abordaje terapéutico de los trastornos por el uso de sustancias: una revisión de la literatura sistémica” (Cócola, 2018), se describió como el modelo sistémico proporcionó valiosos aportes al tratamiento familiar de los TUS, fundamentalmente desde los años 70 hasta finales de los 90, para luego encontrar una disgregación de propuestas acordes a los embates que la familia, tal como se la conocía, estaba sufriendo. También en dicho trabajo, luego de exponer una revisión sobre los postulados teóricos más relevantes sobre el funcionamiento familiar en TUS, y los diversos tipos de terapias sistémicas que se han desarrollado, se arribó a la conclusión de que resulta necesaria una actualización teórica que permita una mejor comprensión y tratamiento de las familias que hoy presentan este cuadro. Esta afirmación se apoya básicamente en dos aspectos. Por un lado, en las características clínicas que muestran en la actualidad los TUS: altas comorbilidades con otros trastornos; diversidad de sustancias consumidas; frecuencia sintomática equiparada en ambos géneros; consumo problemático inter e intra generacional; más de un miembro del sistema con consumo de sustancias, masificación del consumo a nivel global, etc. Y, por otra parte, en las modificaciones familiares que abruptamente se han dado en los últimos 30 años. Esto hace que los tratamientos basados en las típicas configuraciones familiares de los años 80’ y 90’ hoy requieran de una actualización que permita abordar un gradiente más amplio de fenómenos clínicos del que se propusieron en su origen.

Siguiendo la línea del artículo, a la hora de brindar una propuesta sistémica de abordaje terapéutico de “amplio espectro”, surge un dilema que se intentará responder en el trabajo que aquí se desarrolla: dado que en la actualidad son altas las comorbilidades entre diversos trastornos mentales y los TUS, y que las características de su funcionamiento familiar en estos cuadros se evidencian de manera más opacada debido a esta dualidad, ¿Es necesaria una propuesta terapéutica sistémica contemporánea que se focalice exclusivamente en el abordaje de los trastornos del uso de sustancias? Dos respuestas se pueden brindar a esta pregunta: *si* es necesario, y *no* es necesario, aunque es un *no condicional*. *No* resulta necesaria la creación de dispositivos sistémicos específicos en TUS cuando estos no consideren los distintos contextos relacionales que se dan en cada caso. Ya existen propuestas generales, con pasos preestablecidos, que han dado cuenta ser eficaces en su momento (Haley, 1980; Stanton y Todd, 1982), aunque se adecuaban puntualmente a un grupo específico de familias, aquellas de contextos relacionales principalmente neuróticos.

El fundamento de que *sí* es necesaria una propuesta sistémica actual, e integrativa, radica fundamentalmente en la necesidad de considerar el amplio gradiente de atmósferas relacionales posibles que pueden presentar esta problemática, la particularidad de sus sufrimientos y, al mismo tiempo, tener presente los factores comunes que presentan las familias con problemas de consumo, tal como se esbozará a continuación. Basándose en las características clínicas comunes, se puede incluir una estrategia general como la que aquí se presenta, para luego pasar a trabajar con el contexto relacional específico de cada caso. La estrategia general prepara el terreno, o sea al profesional y a sus consultantes, afianzando la relación entre ellos, y posibilitando avanzar a un siguiente nivel del

110 tratamiento pisando un suelo firme, el cual resista los distintos embates que la sintomatología querrá generar para obstaculizar la emancipación principalmente.

No obstante, si bien las características comunes en la clínica de los sistemas que presentan TUS dan fundamento a un tipo de meta-intervención transversal a todos los cuadros clínicos, es necesario remarcar que la propuesta resulta estéril sin un diagnóstico relacional preciso en cada caso, ya que el solo hecho de conocer las semejanzas en estos cuadros no alcanza para un correcto abordaje terapéutico, aunque colabora en preparar el terreno fértil para que den sus frutos las intervenciones acordes a cada atmósfera relacional. Es por ello que la meta-intervención se encuentra en un nivel lógico superior.

A continuación, se describen algunos factores clínicos comunes de la clínica contemporánea de los TUS, luego se presentará el proceso de aplicación de la MIT.

2.1 FACTORES CLÍNICOS COMUNES EN LOS TRASTORNOS DEL USO DE SUSTANCIAS

a) Agudeza sintomática: el consumo problemático de sustancias tiñe de agudeza sintomática a cualquier cuadro clínico. Por ejemplo, una persona con depresión resulta de mayor gravedad cuando utiliza la cocaína como estabilizador del ánimo. Al decaimiento propio de la depresión se le suman los sentimientos de culpa y el aislamiento característicos de los momentos posteriores a los episodios de consumo. En otro caso, una persona con psicosis, si bien las voces que oye pueden atenuarse producto del consumo de cocaína, las dificultades que posee en la vinculación social y en su juicio crítico, lo convierte especialmente vulnerable a la manipulación de los *dealers* y de otros compañeros de consumo, y el propio consumo colabora en apresurar el proceso de deterioro que suele darse. Esto es solo por citar algunos ejemplos de las complicaciones que traen aparejadas las comorbilidades clínicas entre estos trastornos, además de dificultades clínicas-orgánicas que revisiten implicancias médicas.

b) Sufrimiento generalizado: Más allá de los diagnósticos relacionales e individuales, siempre que una familia consulta por problemas de consumo, el sufrimiento y la angustia es expresada de manera generalizada en todos los miembros del sistema, aunque algunos lo hagan con expresiones más explícitas y otros más implícitas. Quien o quienes consumen, manifiestan angustia por las consecuencias de su propio consumo, o por los problemas que esto genera en sus seres cercanos y que han hecho que él o ella lleguen a consultar. Los familiares de quien consume, sufren por las vivencias de pérdida y riesgo asociadas al problema de consumo de su ser querido y, a su vez, sufren por sus propias penurias relacionales e históricas.

c) Dificultades en el proceso de emancipación: ya sean pacientes psicóticos, trastornos límites de la personalidad, depresivos, o cualquier cuadro psicopatológico, cuando se da en comorbilidad con un TUS, el sistema evidencia notorias dificultades en el proceso de emancipación y autonomía de sus miembros (Haley; 1980; Stanton y Todd, 1982), representado en su máxima expresión por el paciente identificado. La vida parece haberse estancado en un momento del desarrollo, fácilmente identificable con la adolescencia.

d) Funcionamiento familiar polarizado: las familias con uno o varios miembros que presentan TUS, tienden funcionar de una manera polarizada en base a los niveles de cohesión y adaptabilidad (McGaha, 1993; Schmidt, 2001; Autor, 2020, en prensa), oscilando entre la rigidez o el caos, y entre la desconexión emocional y una gran conexión emocional. Este último punto amerita una discusión más profunda, ya que no hay evidencia concluyente de que una gran unión emocional sea correlativa con problemas de consumo. También, una gran conexión emocional no es sinónimo de un funcionamiento familiar aglutinado. De esta manera, parece que los factores más comunes y de mayor riesgo en este aspecto, son aquellos que se dan en déficit: menor flexibilidad y menor cohesión percibida por los miembros del sistema.

e) Dificultades en la regulación emocional: Un grupo de investigadores (Khantzian, 1985, 1990, 1997; Kober y Bolling, 2014) refieren que las personas que consumen sustancias de manera problemática presentan dificultades en la regulación de sus emociones. El consumo viene a cumplir

una función estabilizante frente a un mundo interno emocional apabullante. Una investigación reciente (Autor, 2020, en prensa) identifica la falta de aceptación emocional como aquella dimensión más perturbada en una muestra de 183 personas con abuso y dependencia de cocaína.

f) Traumas de Apego: En la última década han empezado a considerarse a los TUS como patologías que se desprenden de traumas de apego (Flores, 2001, 2004; Padykula y Conklin, 2010). Fallecimientos de figuras de apego, separaciones prolongadas durante la infancia, maltrato por parte de los familiares cercanos quien a su vez son fuentes de apoyo, pueden generar traumas de apego, que erosionan la confianza relacional necesaria para pedir ayuda, y construyen una visión negativa del mundo y del *self* de la persona. Esto propicia el “caldo de cultivo” donde las sustancias vienen a actuar, favoreciendo la vivencia de realidades internas distantes en lo afectivo del propio dolor traumático. Ya en los años noventa, Cirillo et al. (1996) hablaban de la “transmisión intergeneracional de la carencia afectiva” en estas familias como un patrón isomórfico que ocasionaba traumas de apego generación a generación. Pareciera que a mayor dolor interno (sin factores ambientales paliativos eficaces) mayor es la necesidad de intensidad en las sensaciones de placer compensatorias, siendo la sustancia un medio sumamente útil para tal fin, aunque no el único, ya que está demostrado como una serie de actividades (sexo, compras, actividad física, alimentación) pueden cumplir funciones similares de forma patológica.

g) Desvitalización: Los sistemas que presentan trastornos del uso de sustancias suelen mostrar niveles importantes de desvitalización, entendiéndose por esto: hipobulia en más de uno de sus miembros; tristeza crónica; descuidos de algunos o varios aspectos del hogar, de sus mascotas, de sus jardines, de todos aquellos aspectos que requieren de algún tipo de cuidado para permanecer con vida, en funcionamiento y bellos. Stanton y Todd (1982) mencionan que las temáticas asociadas a la muerte suelen ser recurrentes en la mitología de la familia y en sus conversaciones cotidianas. La exaltación de la ausencia y la minimización de la presencia de lo positivo. El déficit de auto y hetero cuidado suele ser una constante que se traduce en sensaciones de desvitalización. De esta manera, necesitan realizar grandes montos de esfuerzo para sostener las tareas a las que deben abocarse, que no suelen ser numerosas, sino más bien limitadas. Aquellos miembros que encuentran una luz de vitalidad en alguna actividad, se aferran a ella como soga que sostiene del abismo.

h) Sentimientos de culpa y castigo asociado: otra expresión recurrente en estas familias son las sensaciones de culpa. Sentimientos que son explicitados en mayor o menor medida, que se manifiestan al inicio o durante el tratamiento, pero que suelen circular generando una paralización de todo el sistema de reacción necesario para generar cambios, para defenderse, para actuar hacia el bienestar. Por el contrario, tras estas sensaciones, la reacción suele ser el autocastigo mediante formas como el aislamiento, el descuido, el abandono de las actividades recreativas, llegando a la autolesión o suicidio en los casos más graves.

2.2 LA POTENCIA TERAPÉUTICA SISTÉMICA EN TRASTORNOS DEL USO DE SUSTANCIAS

La importancia de brindar nuevos desarrollos sistémicos en estos cuadros encuentra también fundamento en el potencial terapéutico que el abordaje familiar ha demostrado cuando se lo ha incorporado en la propuesta asistencial en adicciones (Cancrini, 1994; Coletti, 1998; Cocola, 2018). A continuación, se mencionan dos puntos que dan cuenta de esto:

a) Mayor efectividad terapéutica: Es notable la evidencia que indica que los tratamientos en problemas de consumo que incluyen al grupo familiar muestran mejores indicadores de eficacia que aquellos que no lo incluyen (Liddle, 2004; Corless et al., 2009).

b) Beneficios Sanitarios: También, cobra fuerza la dirección de desarrollar una propuesta de abordaje sistémico en TUS por los beneficios sanitarios que posibilita la formación de profesionales en el modelo sistémico, especialmente cuando se piensa en salud pública:

- Capacidad de realizar análisis en distintos niveles lógicos (Watzlawick et al., 2012): esto permite realizar lecturas abarcativas de la situación individual, de pareja, familiar,

intergeneracional, necesarias para comprender la complejidad que presenta este trastorno.

- Aptitudes para visualizar el síntoma en función del contexto: favorece la alianza terapéutica con el paciente identificado al no “cargar” de culpas a esa persona sin dejar de responsabilizarlo sobre el proceso de emancipación que debe encarar. Las lecturas intersistémicas en diferentes generaciones también alivian a la familia de origen, ya que estas suelen expresar, de manera más o menos explícita, importantes sentimientos de culpa por lo acontecido en sus hijos. El hecho de que puedan comprender su accionar en función de lo vivido genera alivio y desculpabiliza, lo que se traduce en menores sensaciones de impotencia y nuevas epistemologías con potencial de acción y de reparación sobre el problema.
- Maniobrabilidad terapéutica familiar: La desinformación y el desconocimiento de gran cantidad de profesionales de la salud mental sobre las dinámicas relacionales patológicas que se dan en estos cuadros, y sobre estrategias de intervención para atenuarlos o desactivarlos, generan enojo y sentimientos de impotencia en quienes deben trabajar con ellos, transmitiendo información errónea a otros profesionales sobre sus vivencias clínicas cotidianas, y generando así temores y rechazos en profesionales que aún no tienen contacto con esta problemática. También, por esta misma razón, es frecuente encontrar profesionales que, en base a confrontaciones hostiles, maltratan a los pacientes con TUS, repitiendo (lamentablemente) en el *setting* terapéutico la misma dinámica familiar de la cual provienen sus pacientes.

3. PROCESO DE APLICACIÓN DE LA META-INTERVENCIÓN

Como se esbozó inicialmente, el proceso de la MIT consta de tres etapas que se despliegan con mayor o menor intensidad a lo largo de todo el proceso terapéutico. Las tres, en su conjunto, funcionan como guía de contención de la terapia, cumpliendo una doble función: sosteniendo y estimulando el avance. A continuación, se describirá cada etapa en detalle.

3.1 ETAPAS DE LA META-INTERVENCIÓN

Antes de pasar al desarrollo de cada etapa, es conveniente mencionar que, si bien el paso entre ellas sigue una secuencia lógica (0, 1 y 2), el proceso es dinámico y flexible, pudiendo en la misma entrevista transitar las tres instancias, o bien dedicar una entrevista entera a la contención emocional y a pautas de control sintomático, para luego avanzar en recabar información que sea útil de diagnóstico. Bajo ningún aspecto se busca deshumanizar el encuentro con fases que no contemplen lo que acontece dentro del consultorio, sino por el contrario, se pretende establecer un intercambio lo más humano y natural posible, dentro de algunos límites y direcciones que por un lado cuidan a quienes sufren, y por otro guían al terapeuta.

A su vez, no hay una duración temporal pre-establecida para cada etapa. La duración e intensidad va a estar determinada por las singularidades del caso, el contexto de trabajo, los recursos con los que cuente el sistema consultante y el sistema tratante, y del grado de confianza generado entre el sistema que integran ambas partes. Ahora sí, se pasa a describir cada etapa.

- *Etapa 0: Contención Emocional, para la construcción de una base terapéutica segura.*

Comenzar con el n° 0 no es un error, sino es más bien un recordatorio que responde a una necesidad clínica en los TUS: el primer encuentro con estas familias debe focalizarse en la contención emocional desde el inicio de la entrevista. Tanto los pacientes individuales, como las familias, cuando arriban a la institución, sea pública o privada, llegan cargados de ansiedades, angustias, miedos, que no dan lugar al proceso reflexivo (cambio de epistemología sobre el problema) que debe realizarse para generar ciertos avances. Resulta necesario recibirlas en un clima cálido, que pueda atender y contener sus estados emocionales. Esto implica posicionarse desde un lugar diferente al típico abordaje confrontativo que suele realizarse en adicciones. Implica esconder el dedo acusador

y contener a todos los participantes de la entrevista por igual, sin importar quién tenga mayor grado de responsabilidad en el desarrollo y sostenimiento de la problemática.

Este proceder tiene la ventaja de obstaculizar, de forma indirecta, los intercambios comunicacionales disfuncionales a los que suele estar acostumbrada la familia. Esto se debe a que usualmente los miembros de familias con TUS expresan con mayor facilidad comentarios con respecto a otros miembros, y no a sus propios dolores, más allá de aquellas angustias asociadas al problema de consumo. Mediante la presente propuesta, él o la terapeuta impide ese devenir disfuncional de la entrevista, dirigiéndose en tono suave y haciendo foco en las sensaciones de cada persona por separado, otorgándole tiempo a cada uno, y llevando la atención persona a persona mediante preguntas que centralizan la atención en un solo miembro del grupo a la vez. Las preguntas son del tipo: “¿Vos qué haces con tus propias tristezas?”; “¿Le expresas este enojo a alguien más?”; “Debe ser difícil esto para vos, imagino que podés sentir tristeza, ¿es así?”; etc.

Este procedimiento se realiza persona por persona, respetando la dinámica familiar, empezando por quien desea comenzar a hablar, siempre realizando preguntas que deban ser respondidas de manera autorreferencial, e impidiendo que otra persona se entrometa durante la exposición de su familiar, mencionando a quién interrumpe que va a tener su turno para expresarse. Al finalizar con cada uno, se contiene emocionalmente al grupo como un todo. Se proporciona una “confirmación emocional” de cada miembro, para luego pasar a fomentar la cohesión del sistema total, señalando los puntos en común que hay entre ellos y las sensaciones familiares. De esta manera, se evitan escaladas, triangulaciones, y recortes en la puntuación de la secuencia de los hechos, y se genera un clima de intimidad que sirve de antídoto contra el desligamiento afectivo usualmente percibido por los integrantes de estas familias.

Una buena estrategia en la contención emocional a seguir puede ser la siguiente: identificar la emoción, nombrarla, legitimarla y brindar consuelo. Es de suma importancia consolar a cada persona que participa en la entrevista, y no dejar pasar estados emocionales, ya que las personas estarán muy atentas a nuestra reacción al respecto a los fines de evaluar si es posible confiar y apoyarse los terapeutas, o si repetiremos (de manera similar a sus vivencias infantiles) posiciones ambivalentes o poco disponibles para cuando nos necesiten. Deben ser neutralizados todos los sentimientos de culpa, ya que estas sensaciones son gran parte del motor de la impotencia que expresa el sistema.

No es aconsejable durante el primer encuentro, o en los momentos críticos que pueden darse posteriormente asociados a recaídas, ahondar en redefiniciones o señalizaciones del tipo cognitivo, más que una devolución precisa al final de la entrevista, una vez que hayan volcado sus angustias y ansiedades, y se encuentren en condiciones de escuchar lo que va a ser mencionado por el equipo tratante.

Posteriormente a la primer o segunda entrevista, puede resultar útil incluir a los padres rápidamente en un taller psicoeducativo de dos o tres encuentros, donde se brinde información para acompañar de manera más efectiva el proceso terapéutico del hijo. Esto colabora en disminuir la demanda feroz del tipo “no sabemos qué hacer con nuestro hijo y necesitamos que nos lo digan ya”. Esta estrategia, a su vez, alivia al equipo de tener que enfocarse en aspectos educacionales asociados al consumo durante las entrevistas terapéuticas. El encuadre de dicho trabajo debe ser muy claro, a los fines de no abrir puertas que requieran de un abordaje terapéutico en momentos educacionales.

- *Etapa 1. Aumento del control sintomático, en el marco de la reducción de riesgos y daños.*

Resulta necesario que, tanto la familia como el paciente identificado, adquieran cierto control sobre el síntoma antes de pasar a trabajar aspectos relacionales disfuncionales. Esto quiere decir que, en condiciones de riesgo de vida inminente, ya sea por episodios recientes de abuso de sustancias o por una grave compulsividad cotidiana, no es posible trabajar aspectos relacionales estructurales o funcionales en lo inmediato. Una persona intoxicada, o con intoxicaciones intensas y diarias, no está en condiciones de realizar entrevistas terapéuticas que apunten al cambio de la situación, pero si lo está para obtener entrevistas de contención. Su propia condición clínica y la intensidad de las emociones que esta situación evoca, hacen que sea indispensable necesitar de una reducción del riesgo

114 y daño del consumo para pasar de etapa. Esta condición no implica arribar a una abstinencia total, sino trabajar dentro de un margen de riesgo que permita realizar entrevistas terapéuticas eficaces.

Este aumento del control sintomático es obtenido cuando:

- No hay una frecuencia diaria en el consumo de sustancias que pongan en riesgo inmediato la vida (cocaína, alcohol, paco, heroína.).
- Reducción inicial de las cantidades y frecuencias de consumo desde la percepción del paciente.
- Información brindada por sus allegados con respecto a la disminución de involucración constante en situaciones de alto riesgo.

Esto puede generarse mediante la transmisión de pautas prácticas a la familia sobre cómo acompañar el proceso de manera saludable, tales como: estrategias de apoyo emocional, información sobre la red de salud pública y privada, prevención relacional previas al episodio de consumo, etc. En simultáneo, puede brindarse al paciente estrategias de reducción de riesgo y daño, que puede aplicar sobre su propio consumo. Y por supuesto, los psicofármacos, siempre y cuando no impliquen la anulación de las capacidades volitivas de la persona, pueden ser de gran ayuda para el aumento del control sintomático cuando son administrados con criterios y sin abusos profesionales.

Si bien esto puede colaborar en el aumento del control sobre el síntoma, no es suficiente si lo que se desea es obtener resultados terapéuticos que den cuenta de mayores niveles de mejoría, sin que esto signifique exclusivamente alcanzar la abstinencia total y sostenida, ya que ciertos niveles de reducción de riesgo y daño pueden considerarse un éxito terapéutico según el caso. La siguiente etapa, y el nivel lógico inferior del tratamiento, tienen el cometido de alcanzar objetivos terapéuticos mayores que las etapas anteriores, apoyándose en las bases construidas por sus precedentes.

- *Etapa 2. Identificación del sufrimiento y de la disfuncionalidad, para el diagnóstico sistémico.*

Es imprescindible que cada consultante se sienta comprendido en su sufrimiento. Algunos inicialmente traerán angustias asociadas a la problemática actual, y otros acarrearán resabios dolorosos de antaño. Sea cual sea el tiempo vinculado al dolor, es de vital importancia que, tras los primeros encuentros, el equipo tratante tenga claro cuáles son las fuentes del dolor vivenciado. Dichas fuentes pueden deberse a distintos tipos de traumas y tramas familiares, las cuales pueden ser: rechazantes, trianguladoras, descalificadoras, deprivadoras, etc. Es por eso, que la comprensión del sufrimiento se encuentra directamente ligada al diagnóstico sistémico sobre el problema, la estructura y la dinámica familiar.

El diagnóstico no debería llevar más de tres entrevistas, pudiendo ser menos. Se sugiere utilizar el modelo de la Terapia Familiar Ultramoderna (TFU, Linares, 2012) para dicho diagnóstico, y encarar la estrategia terapéutica sugerida por el autor según cada contexto relacional. En simultáneo, se propone recurrir a la clasificación de las toxicomanías de Cancrini (1988) para comprender la función de la sustancia en la persona, diferenciado así los tipos de sufrimiento en quienes nos consultan. Dicha clasificación fue evaluada por Sierra et al. (2001) quienes encontraron con claridad que la población de toxicómanos no es homogénea, y que evidentemente habían distintos tipos de estructuras de personalidad que podían ser ubicadas en la clasificación de Cancrini, en donde el consumo tiene diferente sentido en cada caso, aspectos que según los autores deben ser considerados en el análisis de la demanda de tratamiento.

A continuación, a los fines de orientación y referencia para los profesionales que trabajan en este campo, se expone una tabla que integra la categorización de toxicomanías sugerida por Cancrini (1988), y la estrategia terapéutica elegida subsiguiente en base a la TFU propuesta por Linares (2012). Cabe destacar, que esta integración fue presentada al Dr. Linares (Comunicación personal, 25 de Mayo del 2020) quién refirió estar de acuerdo con la disposición de la misma.

Tipología de las toxicomanías (Cancrini)				Terapia Familiar Ultramoderna (Linares)				
Tipo de TUS	Clasificación	Función del síntoma de consumo	Indicación	Áreas psicopatológicas	Contextos relacionales		Estrategia terapéutica	
					Organización	Mitología	Organización	Mitología
Tipo A	Toxicomanías Traumáticas	Evitar la conciencia y el dolor	Terapia Individual Sistémica	No hay necesariamente una estructura psicopatológica previa	Diversos contextos relacionales	Diversos contextos relacionales	Según el contexto relacional identificado	Según el contexto relacional identificado
Tipo B	Toxicomanías del área Neurótica	Evitación de un conflicto doloroso familiar	Terapia Sistémica Familiar	Trastornos de Ansiedad / Trastornos de personalidad del grupo C + T. Histriónico / Distimia	Triangulada	Manipuladora	Destrianguladora	Negociadora
Tipo C	Toxicomanías de transición	Cubrir o compensar estados neuróticos y excepcionalmente psicóticos	Terapia Familiar Sistémica + Terapia Individual + Comunidad Terapéutica Breve de ser necesario	Trastorno Límite de la Personalidad	Deprivada	Rechazante	Vinculadora	De Aceptación
				Psicosis	Triangulada	Desconfirmadora	Destrianguladora	Reconfirmadora
				Depresión Mayor	Deprivada	Descalificadora	Vinculadora	Recalificadora
Tipo D	Toxicomanías sociopáticas	Facilitar la expresión de sentimientos agresivos a través de acting out.	Grupos de autoayuda + Abordaje Comunitario.	Familias Multiproblemáticas Psicopatías	Caótica	Negligente	Estructurante	Responsabilizadora

Tabla 1. Integración de la clasificación sobre las tipologías en toxicomanías de Cancrini y la estrategia terapéutica según los contextos relacionales de Linares

De esta manera, podemos apreciar el contexto familiar atravesado por el consumo problemático de sustancias, y el sufrimiento histórico y presente, con las concomitantes ansiedades por dramas futuros si la línea de proyección siguiera igual a cómo llega la familia a la institución. Con este panorama, más la base terapéutica sólida que posiblemente se haya generado en estas etapas, es posible comenzar el tratamiento terapéutico propiamente dicho, tanto del paciente individual, como de la familia. Reformulaciones, prescripciones, posiciones desafiantes, triangulaciones terapéuticas, van a tener una mayor potencia terapéutica en estos cuadros, y probablemente nos encontremos con un sistema más permeable a nuestras intervenciones.

En el diagnóstico que se realice es fundamental dejar en claro cuál es la “línea base” en cuanto al consumo desde la cual parte el proceso terapéutico, ya que esto permitirá realizar comparaciones y evaluaciones del tratamiento. Por línea base se entiende a la frecuencia, duración, intensidad, gravedad, urgencia y compromiso de la autonomía, que revise el problema de consumo presentado por los consultantes.

Solo una norma se plantea con límites bien claros con respecto al pasaje entre las etapas: Frente a situaciones de sintomatología aguda (graves y urgentes), el equipo tratante se debe posicionar en la etapa 0 y 1, y no deben pasar a la etapa 2 hasta tanto se haya realizado algún tipo de control sobre el síntoma. Se pueden dar consecuencias nefastas al intervenir en la disfuncionalidad cuando estamos frente a síntomas de consumo que implican riesgo de muerte inminente, debido a un alto nivel de entropía, sin un arco de primer orden superior que contenga.

3.2 EJES DIACRÓNICOS Y SINCRÓNICOS DE LA META-INTERVENCIÓN

La MIT acompaña a todo el proceso terapéutico, desde el primer encuentro hasta la despedida. Este transitar clínico puede ubicarse en los ejes temporales diacrónico y sincrónico, teniendo una intensidad de aplicación que va de más a menos, con una fuerte presencia al inicio y luego haciendo uso de sus etapas en momentos de crisis, como puede ser una vuelta a un estadio de consumo ya superado.

En el eje *diacrónico*, la MIT se encuentra ubicada a lo largo de la historia de la terapia y de su devenir, transmitiendo el clima ameno, atento, cálido y disponible, en el cual deben llevarse adelante las entrevistas, “revoloteando” por si es necesario recurrir a ella nuevamente en su totalidad.

En el eje *sincrónico* adquiere intensidad absoluta, ya que es cuando debe aplicarse etapa a etapa sin pasar de manera apresurada al nivel lógico inferior. Por nivel sincrónico se entiende la aplicación completa en los primeros encuentros, y luego en cada momento de crisis asociadas al consumo de sustancias. En este último caso, no es necesario realizar el diagnóstico sistémico nuevamente, pero sí comprender la significancia del sufrimiento en ese preciso momento del proceso terapéutico.

La evolución de los tratamientos en TUS no suele darse de manera lineal, sino más bien en forma de espiral ascendente, con sus procesos de grandes mejoras que llegan hasta cierta meseta, para luego volver a decaer. Esta bajada debe ser considerada en el contexto de dicho espiral, y no como un proceso aislado, ya que eso puede ser profundamente desalentador para el paciente. Debe recurrirse a la meta-intervención “en sincro” con la bajada, a los fines de que la curva descendente no caiga a profundidades irremontables. El objetivo de aplicación de la meta-intervención en este caso es aplanar la curva de decaimiento tras crisis por consumo, y brindar el consuelo emocional necesario que sirva como base de despegue para retomar tendencias ascendentes y alcanzar nuevas mesetas en estadios de evolución superiores. Los sentimientos de culpa (sean más o menos explícitos) del paciente y la familia, y las conductas de castigo asociadas a estos, pueden llegar a ser demoledores, al punto de arrasar con la persona, el sistema, el tratamiento, etc. Es por eso que resulta de una trascendencia vital recurrir a la etapa 0, y tener un proceder terapéutico sumamente cariñoso que, sin ningún tipo de ingenuidad y con una cabal comprensión de lo que está sucediendo, pueda contener y redirigir los pasos de quién consulta hacia un camino más saludable. A alguien que está en el suelo no se lo levanta a los golpes (confrontación directa), sino con abrazos (contención emocional), ese es el espíritu de la meta-intervención en este momento.

Mediante este proceder, no solo se evita el “desplome de las acciones” de los consultantes, sino que se los estimula a desarrollar resiliencia. En estos cuadros clínicos, en ocasiones, las opciones son: entregar la vida o desarrollar resiliencia. Con todo el abanico terapéutico que esté a nuestro alcance, siempre se deberá apuntar todas las fuerzas asistenciales a la segunda opción, propiciando las condiciones ambientales para el desarrollo de recursos personales y familiares en plena crisis, y favoreciendo el aprendizaje que puede realizarse en compañía del equipo tratante. Esto se puede conseguir siempre y cuando las personas que consultan identifiquen a los profesionales como tutores de resiliencia, y así puedan pasar del “apego a las sustancias al apego a las personas”, tal como sugiere el artículo escrito por Ceberio y Autor (2020, en prensa).

A los fines de generar resiliencia suele ser útil historizar, recordar la línea base desde la cual se partió y las condiciones de salud de las consultas iniciales. También ayuda el permanente reconocimiento de los logros obtenidos, sea cual sea el tamaño de estos. Demostrar las fortalezas aplicadas en cada situación, aunque estas no sean percibidas por los pacientes, genera un necesario empoderamiento y otorga mayor seguridad para afrontar los miedos. Estas son solo algunas estrategias que pueden mencionarse en el marco de este trabajo.

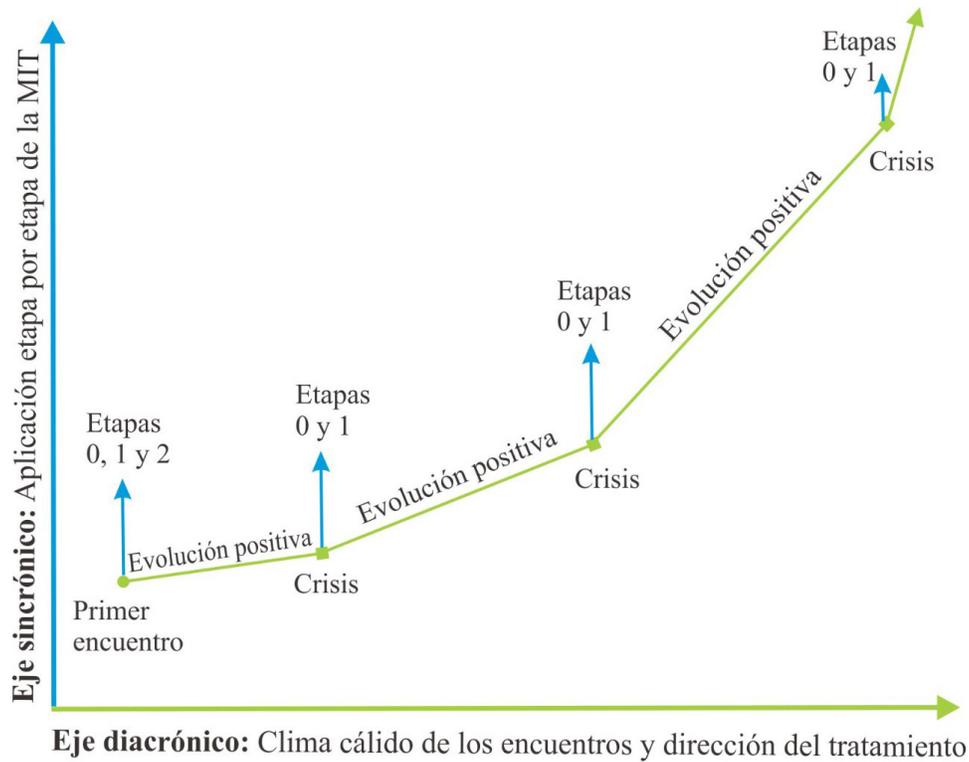


Figura 2. Proceso de aplicación de la Meta-Intervención en Trastornos del Uso de Sustancias

Tal como muestra la figura n°2, otro de los objetivos que persigue la aplicación de la MIT es que las crisis se den con menos frecuencia e intensidad. Esto quiere decir, que haya una distancia temporal cada vez más extensa entre los episodios problemáticos asociados al consumo, y que estos puedan ir disminuyendo en la gravedad que revisten: menos cantidad consumida, consumo en condiciones más saludables, con menos riesgo para sí y terceros, etc.

En el eje diacrónico, la dirección del tratamiento se apoya en la estrategia terapéutica adecuada a cada contexto relacional (vinculadora, reconfirmante, de aceptación, etc.), siempre en un clima de calidez, cariño y suavidad en el trato, acorde a la impronta de la MIT, ya que este enfoque se considera el más adecuado para el trabajo con casos que implican antecedentes de impacto traumático en el desarrollo.

Por otra parte, la aplicación en “sincro” de la MIT en momentos de crisis, como puede ser tanto en los primeros encuentros como en entrevistas posteriores, opera como un arco regulador de la entropía desatada por descuidos personales o familiares. Esta regulación negativa, lejos de ser impuesta a partir de modalidades controladoras punitivas, se realiza brindando consuelo, estimulando aprendizajes a partir de lo acontecido, y propiciando que tanto que el paciente individual o la familia incrementen el trato benévolo, comprensivo y afectivo, en lugar de castigarse.

3.3 CALIDEZ TERAPÉUTICA NO ES INGENUIDAD NI DESRESPONSABILIZACIÓN

A modo de defensa frente a una realidad que resulta muy dolorosa, o cómo hábito comunicacional instaurado, los pacientes en más de una oportunidad pueden llegar a presentar percepciones muy sesgadas, emitiendo interpretaciones desresponsabilizadas, omitiendo fragmentos importantes en las secuencias de los hechos, o simplemente alterando sustancialmente los acontecimientos en su

118 discurso. En este punto resulta necesario aclarar: dirigirse en las entrevistas de una manera cálida, afectiva y atenta, no quiere decir actuar de forma ingenua frente a las posibles transgresiones desdibujadas en la narrativa de quienes nos consultan. Un estilo terapéutico cálido debe colaborar siempre en que los pacientes puedan manejarse con un sólido criterio de realidad, y así avanzar “con los pies en la tierra”. Por ejemplo, en lugar de oscilar entre la impotencia y la omnipotencia, se los debe ayudar a tomar contacto con la potencia que habita dentro de ellos y, a su vez, con aquellos aspectos aún por madurar. Llegado el caso, el o la terapeuta deberán ofrecer su propio criterio de realidad (sentido común) a los fines de contrastarlo con los relatos alternos que colaboran con sostener el problema. Pero esta confrontación no debe ser realizada con intenciones de dejar en falta a la persona, ni de exponer sus aspectos infantiles, sino que debe ser señalada con el espíritu de ayudar a clarificar la comunicación y pasar de una percepción adolescente a adulto, que integre los aspectos positivos y negativos de la realidad, sin que ello sea motivo para ser juzgado por ellos mismos o por el profesional que lo atiende.

Marcar las percepciones polares, omisiones y exageraciones, es parte del trabajo terapéutico que busca generar confianza. Ofrecer un criterio de realidad que no oscile entre modos extremos de ver la vida, transmite solidez y representa una buena base donde el sistema puede apoyarse cuando lo necesite.

Todo esto, bajo ningún aspecto implica imponer un modo de ver la realidad, pero tampoco ser cómplice en el juego de las realidades que sostienen el funcionamiento patológico.

4. COMPLEMENTOS TERAPEÚTICOS

Existen complementos que, utilizados en conjunto, potencian el proceso mencionado anteriormente. Ya finalizando este artículo, se mencionan solo cuatro de ellos para pacientes individuales, muchos más pueden incluirse en la lista.

- **Cuadernos anotadores:** El uso de cuadernos puede resultar clave en el incremento de procesos de reconocimiento y aceptación de las emociones, así como también en el desarrollo de reflexiones alternativas a las automaltratantes. Para ello, se debe acompañar su utilización, indicando que se lo tomará como un diario personal, el cual puede ser traído a cada entrevista. A su vez, se le explicará cómo ampliar focos de percepción, registrar emociones, autopensarse de manera respetuosa, etc.
- **Participación conjunta en los rituales familiares cohesivos:** el aislamiento social del paciente, incluso dentro de su propia familia, refuerza los sentimientos de tristeza e incompreensión. Es importante solicitarle a él o a ella, y a su familia, que participen juntos de los rituales familiares cohesionadores tales como las comidas, momentos de ocio y celebraciones. Lejos de favorecer la aglutinación, esto estimula la unión del sistema e incrementa las posibilidades de intercambios afectivos, sobre todo en el marco de un tratamiento en donde se está acompañando al sistema para eso. No debe ser indicado como una imposición, pero sí se debe remarcar la importancia que tiene como antídoto contra la soledad y los sentimientos depresivos. Este complemento debe ser utilizado con cuidado en aquellos casos en que el sistema tenga un funcionamiento de tipo autoritario y rígido en donde se exige si o si la presencia de todos los miembros en los rituales mencionados.
- **Visualizaciones preventivas:** Los imprevistos juegan malas pasadas en la evolución positiva del tratamiento, fundamentalmente al inicio del mismo, es por eso que resultan muy útiles las visualizaciones (mediante el uso de la imaginación) paso a paso, que incluye imágenes de autocuidado preestablecidas y bien definidas, frente a posibles situaciones impredecibles que evoquen un gran estrés en relación al consumo y que sean altamente exigentes para el paciente, tales como: cruzarse con un *dealer*, pasar por un lugar usual de consumo, encontrarse compañeros de consumo, etc. Tener un “*kit* de respuesta” ya reflexionado con antelación, proporciona un resguardo protector en momentos en los que se

deben tomar decisiones con agilidad para garantizar el autocuidado. Dichas visualizaciones pueden ser confeccionadas en las entrevistas, a los fines de ayudar a generar representaciones lo más ajustadas a la realidad de cada sujeto.

- **Cartas entre pacientes:** La comunicación entre pares posee una importante potencia terapéutica en TUS, basta con dimensionar la cantidad de años que llevan operando Alcohólicos Anónimos (AA). Es por ello que los grupos clínicos de pacientes son tan utilizados en este campo. Cuando ello no es posible, previo a la incorporación de alguien en un grupo, o como complemento del abordaje grupal, resulta muy interesante y efectivo el uso de cartas entre pacientes. Dentro de las múltiples variables de aplicación de las mismas, aquí se hace mención a la redacción de una carta para otros pacientes al finalizar el tratamiento, y a la lectura de la misma por parte de quienes inician el tratamiento. A aquel que escribe la carta, la redacción le proporciona un sentido de trascendencia y ayuda. De esta manera, procesos de reparación se ponen en marcha frente a los recuerdos de destrucción que pueden asistir a la memoria, y marca una dirección a sostener en el camino relacional: la del cuidado del otro. Por su parte, quien la lee, recibe un mensaje esperanzador, realista y basado en la experiencia, de alguien que estuvo en un lugar semejante a él. Para que todo esto caiga en terreno fértil, y no se adopte una escritura con indicaciones de tipo imperativas, es importante el acompañamiento del terapeuta tanto en el proceso de escritura como de lectura. Acompañamiento que, sin limitar la creatividad ni el estilo de quien confecciona la carta, se realiza aplicando guías de cuidados para todos, siguiendo la misma lógica que la MIT.

5. PALABRAS FINALES

Si bien se ha presentado una Meta-Intervención que atañe al campo clínico, la impronta de la MIT puede trasladarse a modalidades relacionales de las instituciones en sí mismas con sus usuarios. Capacitar al equipo en un modo de funcionamiento que brinde contención y estímulo en cada espacio, genera un clima de trabajo cargado de optimismo, predisposición, y un trato considerado, lo que refuerza la adherencia no solo a un profesional sino a toda una organización. Una gran cantidad de actividades concretas pueden realizarse desde los establecimientos con esa finalidad, aunque eso ya excedería el cometido de este escrito.

Con respecto a la evaluación de resultados, al momento de finalizar este artículo, su medición queda limitada a las buenas referencias emitidas por un importante número de pacientes y familias en las entrevistas mantenidas y, por supuesto, por los indicadores de mejorías observados, tanto a nivel relacional como personal. Es un deber académico dejar en claro que no se han realizado evaluaciones con métricas cuantitativas que den cuenta de lo manifestado sobre la buena evolución en los tratamientos. Aspecto que queda pendiente para futuros estudios, algunos de los cuales ya están en marcha.

Dicho esto, se espera que lo expuesto sirva de estímulo para todos aquellos profesionales que deseen experimentar vivencias terapéuticas vivificantes en el trabajo con TUS, campo clínico que ha sido desconsiderado por buena parte de la comunidad que trabaja en salud mental. Desarrollar las entrevistas bajo esta modalidad no solo trae mejoras en quienes nos consultan, sino que permite vivenciar en la relación terapéutica expresiones positivas en las áreas afectivas, emocionales, del pensamiento y conductuales, que se contraponen al desgano típico que suele asociarse al abordaje en adicciones. La población de pacientes y familias con problemas de consumo necesitan mayor comprensión, empatía, y quedar por dentro del sistema de salud. Se espera que lo aquí expresado colabore en ello.

- Ainsworth, M. Blehar, M. Waters, E y Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment: A psychological study of the strange situation*. Eribaum.
- Baldwin, A. L., Baldwin, C. P., Kasser, T., Zax, M., Sameroff, A., y Seifer, R. (1993). Contextual risk and resiliency during late adolescence. *Development and Psychopathology*, 5, 741-761.
- Bowlby, J. (1969). Attachment and Loss. *Attachment*. (Vol. I) Londres: The Hogarth Press. Versión cast. (1998). El Apego. Vol. I. de la trilogía El apego y la Pérdida. Paidós Ibérica.
- Bowlby, J. (1980) Attachment and Loss. *Attachment*. (Vol. II). Separation. Londres: The Hogarth Press. Versión cast. (1998) La separación. Vol. II de la trilogía El Apego y la Pérdida. Paidós.
- Cancrini L. (1994). The Psychopathology of Drug Addiction. A Review. *The Journal of Drug Issues*, 24(4), 597-622.
- Cancrini, L., Cingolani, S., Compagnoni, F., Costantini, D., y Mazzoni, S. (1988). Juvenile drug addiction: a typology of heroin addicts and their families. *Family Process*, 27(3), 261-271.
- Ceberio, M. R. y Watzlawick, P. (1998) *La construcción del universo. Conceptos introductorios y reflexiones sobre epistemología, constructivismo y pensamiento sistémico*. Herder
- Cirilo, S., Berrini, R., Cambiasi, G., Mazza, R. (1996) *La familia del tossicodipendente*, Milan: Cortina
- Cócola, F. (2018). Funcionamiento familiar y abordaje terapéutico de los Trastornos por el Uso de Sustancias: una revisión de la literatura sistémica. *Redes: revista de psicoterapia relacional e intervenciones sociales*, (38), 47-64.
- Coletti, M. (1998). La terapia familiar con las familias de los tóxicodependientes. En *V Encuentro nacional sobre drogodependencias y su enfoque Comunitario* (507-519). Cádiz: Diputación Provincial
- Corless, J. Mirza, K. y Steinglass, P. (2009). Family therapy for substance misuse: the maturation of a field. *Journal of Family Therapy*, 31: 109-114.
- Fraley, R. C., y Shaver, P.R. (2016). Attachment, loss, and grief: Bowlby's views, new developments, and current controversies In J. Cassidy y P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (3rd Edition) (pp. 40-62). The Guilford Press.
- Flores, P. J. (2001). Addiction as an attachment disorder: Implications for group therapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 51(1: Special issue), 63-81.
- Flores, P. J. (2004). *Addiction as an attachment disorder*. Jason Aronson.
- Gratz, K., y Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54.
- Haley, J. (1980). *Leaving home: The therapy of disturbed young people*: McGraw-Hill
- Khantzian, E. J. (1990). Self-regulation and self-medication factors in alcoholism and the addictions. Similarities and differences. Recent developments in alcoholism: an official publication of the American Medical Society on Alcoholism, *the Research Society on Alcoholism, and the National Council on Alcoholism*, 8, 255-271.
- Khantzian, E. J. (1997). The self medication hypothesis of substance use disorders: reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry*, 4(5), 231-244
- Khantzian, E. J. (2011). Fine-tuning on painful affect and relapse: A group vignette. *Journal of Groups in Addiction y Recovery*, 6(3), 264-271.
- Kober, H. y Bolling, D. (2014). Emotion regulation in substance use disorders. *Handbook of emotion regulation*, 2, 428-46.
- Linares, J. L (2012). *Terapia Familiar Ultramoderna. La inteligencia terapéutica*. Herder.
- Liddle, H. A. (2004). Family-based therapies for adolescent alcohol and drug use: research contributions and future research needs. *Addiction*, 99, 76-92.
- Luthar, S. y Cushing, G. (1999). "The construct of resilience: Implications for interventions and

- social policy". *Development and Psychopathology*, 26(2), 353–372.
- Luthar, S., Cicchetti, D., y Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child development*, 71(3), 543-562.
- McGaha, J. E. (1993). Alcoholism and the chemically dependent family: A study of adult felons on probation. *Journal of offender rehabilitation*, 19(3-4), 57-69.
- Padykula, N. L., y Conklin, P. (2010). The self regulation model of attachment trauma and addiction. *Clinical Social Work Journal*, 38(4), 351-360.
- Schmidt, V. (2001). Recursos para el afrontamiento de eventos vitales estresantes en Familias de Drogodependientes. *RIDEP*, 11(1), 75-92.
- Sierra, J. A., M., Iglesias, T. J., Millán Jiménez, A. M., y Molina, J. P. y Fernandez, C. R. (2001). Evaluación de tipologías en toxicomanías. *Apuntes de Psicología*, 19(2), 263-282
- Stanton, M. D. y Todd, T. y cols. (1982). The family therapy of drug abuse and addiction. New York: Guilford Press. Versión Cast. (1997). *Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas*. Barcelona: Gedisa.
- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of a definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2/3), 25–52.
- Thompson, R. A. (2014). Socialization of emotion regulation and emotion regulation in the family. In *Handbook of emotion regulation* (2nd ed) (pp. 173–186). The Guilford Press.
- Watzlawick, P., Weakland, J. H., y Fisch, R. (2012). *Cambio: formación y solución de los problemas humanos*. Herder Editorial.

LECTURAS ADICIONALES

- Abeijon, J. (2008). Estrategias de futuro en el abordaje de las toxicomanías. *El trabajo psicoterapéutico con las familias de los consumidores de drogas. Reflexiones desde Europa. Sistemas Familiares*, 24(1), 59-85.
- Cancrini, L. (1982). *Quei temerari sulle macchine volanti*. Rome: Nuova Italia Scientifica. (Versión cast. (1991). Los temerarios en sus máquinas voladoras. Buenos Aires: Nueva Visión.

