

Universidad Siglo 21



Trabajo Final de grado Plan de Intervención
Licenciatura en Psicología
Nuevos Paradigmas en Salud Mental: Adicciones Comportamentales mediadas por Nuevas
Tecnologías como prevalencia de Patología Dual
Sanatorio “Prof. León S. Morra”
De Muro Germán
PSI03413
Tutor: Dr. Y Lic. Rubén M. Pereyra
Córdoba Capital
Junio 2020

ÍNDICE

Resumen	2
Introducción.....	3
Línea estratégica de intervención	4
Síntesis de la organización	11
Delimitación del problema/necesidad objeto de intervención.....	17
Objetivos.....	26
Justificación	27
Marco Teórico	31
Capítulo I: Contextualizando el concepto de adicciones comportamentales a nuevas tecnologías y patología dual:	31
Capítulo II: ¿De qué hablamos cuando hablamos de pacientes con trastornos psiquiátricos?	39
Capítulo III: ¿adicciones comportamentales a nuevas tecnologías y patología dual, que son?.....	46
Capítulo IV: desentramando el dispositivo grupal de metacognicion.....	60
Plan de acción.....	76
Diagrama de Gantt.....	102
Recursos	103
Presupuesto.....	104
Evaluación	105
Resultados esperados	106
Conclusión	107
Referencias	109
Anexo	127

RESUMEN

El presente trabajo fue concebido bajo el formato de Plan de Intervención, enmarcado dentro del Trabajo Final de Grado perteneciente a la Licenciatura en Psicología de la Universidad Siglo XXI. El devenir de la producción ha estado signado por la pesquiza minuciosa de datos institucionales correspondientes al Sanatorio León S. Morra, en donde, a partir de un consecuente análisis, se ha arribado a la identificación de una necesidad propia del ámbito de abordaje de las adicciones. Relacionado con esto, la importancia de echar un vistazo posicionado desde pensamientos epistémicos para repensar el campo de la salud mental ha determinado que el trabajo se desarrolle bajo la línea temática estratégica de los “Nuevos paradigmas en salud mental”. En el cotejo de la línea temática con el análisis institucional, destaca la ausencia de abordaje de las adicciones comportamentales – sin sustancias– como prevalencia de patología dual en pacientes con trastornos psiquiátricos. Allí reside la importancia de la implementación de un mecanismo de prevención mediante la puesta en marcha de un dispositivo grupal de metacognición. La estructura programática de dicho dispositivo se desarrollará en una progresión de seis encuentros semanales. Las actividades propuestas están orientadas a un mejor uso de los dispositivos electrónicos, mediante acciones metacognitivas capaces de brindar conocimiento, autorreflexión, un mejor manejo de las emociones y la consecuente disminución de patologías duales en pacientes con trastornos mentales. Al finalizar, se realizará una evaluación del impacto logrado, con el propósito de valorar la efectividad, el grado de adquisición de las herramientas provistas y, a su vez, efectuar las recomendaciones de seguimiento pertinentes.

Palabras clave: pacientes con trastornos psiquiátricos, patología dual, adicciones comportamentales, TIC, nuevas tecnologías, dispositivo grupal de metacognición.

INTRODUCCIÓN

Al abordar el presente, complejo y vasto mundo de la psicopatología y el estudio de la conducta humana, se localiza a las adicciones sin sustancia como emergente de la posmodernidad y la evolución de la conducta del sujeto en interacción con el entorno. La psique se revela plástica bajo un sistema abierto y en movimiento; con el devenir del tiempo, también deviene el sujeto. Allí se incuba la necesidad de repensar a la psicopatología bajo una mirada histórico-cultural, temporal y presente. Las adicciones a las nuevas tecnologías son un creciente desafío que se presenta en el sector de la salud mental, poniendo en relieve una nueva familia de trastornos antes desconocidos. Este nuevo terreno se encuentra aún fértil, aunque con un creciente desarrollo de estudios empíricos. Como temática aún se halla en proceso de investigación.

El fenómeno mencionado toma especial relevancia en las grandes urbes, que se encuentran lidiando con una creciente demanda de problemáticas relacionadas a la diada persona-máquina. Las adicciones comportamentales abarcan una variada serie de definiciones: adicciones sin sustancia, adicciones conductuales, adicciones no convencionales, no químicas o no tóxicas. Todas ellas hacen alusión a un conjunto de comportamientos que son ejecutados de forma compulsiva y repetitiva, coartando la voluntad y autonomía del sujeto. Por su parte, los denominados "cuadros duales" o

"patología dual", hacen referencia a trastornos mentales de base ligados a una adicción; desde aquí parte la iniciativa de trabajar bajo nuevos paradigmas de salud mental y se remarca la necesidad de fomentar la prevención del consumo problemático de nuevas tecnologías en personas usuarias de instituciones de salud mental.

Dentro del dispositivo metacognitivo, se abordarán ejes tendientes a la autoidentificación de indicadores referentes a la presencia de patología dual en usuarios del servicio de salud, a propiciar un desarrollo de la motivación al cambio y autoeficacia – percibida en relación a conductas de riesgo– y a la promoción del *mindfulness* para el control de impulsos y emociones. Se procura, así, el logro de una mayor posibilidad de autonomía que permita una rectificación subjetiva capaz de añadir sentido de responsabilidad y poder de elección en los pacientes.

LÍNEA ESTRATÉGICA DE INTERVENCIÓN

Pensando la interdependencia, tan real como necesaria entre un plan de intervención y la elaboración de una propuesta dirigida al impacto particular de una problemática, se ha encomendado perseguir aquí uno y varios frutos. En primera instancia, se procura lograr una partida que grave en intereses personales y temas capaces de movilizar montos significativos de motivación. Esta labor estará sostenida en la implicancia de un proceso de evaluación y selección de una línea temática estratégica idónea para el encause del escrito,

mediante la detección y registro de unidades de análisis, categorías conceptuales y variables significativas de estudio.

"Nuevos paradigmas en salud mental" es el título de uno de los lineamientos ofrecidos por Universidad Siglo XXI (año 2019). En él, se problematizan nociones como *paradigma*, *salud*, *enfermedad*, *ser humano* y *complejidad*, entre otros. La deconstrucción y necesidad de desandar los cimientos de un camino estructurado, mediante un repensar crítico y complejo, seduce como opción al intentar resolver las limitaciones de un modelo de pensamiento caduco, cuyas teorías, leyes y supuestos no alcanzan a alumbrar un presente sensible de variabilidad, dinámico en su constante y con su médula en revolución. El concepto de paradigma que aquí trabajamos se reviste de un modelo provisional de investigación y es entendido como la antítesis de una construcción reduccionista, geocéntrica y fenomenológica. En otras palabras, comulga con la definición de paradigma elaborada por el sociólogo francés Edgar Morín, quien lo define como el conjunto de "principios ocultos que gobiernan nuestra visión de las cosas y del mundo sin que tengamos conciencia de ello" (1994, p. 28). Resulta interesante, entonces, aguzar los sentidos y observar qué acontece entre los límites continentales de dichos principios ocultos cuando ya no son ocultos, qué se ha de develar en la deconstrucción del corpus de un discurso legitimado. En tal sentido, Kuhn, en su texto *The Structure of Scientific Revolutions* (1962) establece que el trabajo de los científicos está labrado con base en medios como la educación y el subsiguiente acceso a la literatura. Frecuentemente, sin la necesidad de conocer la totalidad de las características que les han sido asignadas a dichos modelos, a fines de ser concebidos como paradigmas de una comunidad. Incluso pueden, muchas veces, prescindir de ello. Queda demostrado, con esto, que los científicos no

necesariamente deben servirse de un conjunto de reglas, que las investigaciones de las que son parte –regidas por las reglas de coherencia sostenidas por la tradición– pueden constar de la ausencia total de un conjunto básico de reglas y suposiciones capaces de detallar una investigación filosófica o histórica adicional. La ausencia de interrogantes o discusiones habituales por parte de la comunidad científica en torno a lo que hace que un problema determinado o una solución sean aceptables, es indicador de que, al menos intuitivamente, estos son conocedores de las respuestas. También puede sugerir que, tanto la pregunta como la respuesta, no son relevantes para sus investigaciones. Los paradigmas pueden ser anteriores, más inflexibles y más completos que cualquier conjunto de reglas de la investigación, que pudiera abstraerse inequívocamente de ellos.

Recuperando lo afirmado en párrafos anteriores, recurrir a la idea moriniana de paradigma es necesario. Defiende, en su elaboración sintagmática y clara, un firme ideal de conversión, que encuentra en su génesis una máxima necesaria para re-pensar la concepción de paradigma y sus axiomas complementarios: *lo complejo*.

Habría que sustituir al paradigma de disyunción/reducción/unidimensionalización por un paradigma de distinción/conjunción que permita distinguir sin desarticular, asociar sin identificar o reducir. Ese paradigma comportaría un principio dialógico y translógico, que integraría la lógica clásica teniendo en cuenta sus límites de facto (problemas de contradicciones) y de jure (límites de formalismo). Llevaría en sí el principio de la *Unitas multiplex*, que escapa a la unidad

abstracta por lo alto (holismo) y por lo bajo (reduccionismo) (Morín, 1994, p. 34).

Unitas Multiplex, lo discursivo entre las partes y el todo. Término esgrimido por Santo Tomás de Aquino (s.f.) para reconocer al ser humano como unidad múltiple.

He aquí, la importancia encallada en enfatizar el adjetivo “nuevos” en el título de la línea estratégica de intervención elegida. Lo seductivo por detrás del límite.

La concepción del ser humano acuñada por Stern (1906) –citada en la producción de Osbeck, Nersessian, Malone y Newstetter (2010) – postula que, dentro de cada acto, una multiplicidad de experiencias fenomenales conforma una unidad; en cada disposición, una multiplicidad de actos siempre recurrentes se basa en un dominio de posibilidades; en cada materia, una multiplicidad de disposiciones comprende un individuo unificado. Ninguno de estos niveles puede reducirse a uno de los otros, en comparación con los demás, para simplificar el sistema psicológico. Cada uno es necesario, en su naturaleza categóricamente especial. Además, los niveles no pueden materializarse como partes separables del individuo psicológico, porque hay relaciones causales y de orientación a objetivos indisolubles que unen las capas entre sí y, sobre todo, hasta lo último, al individuo unificado. Esto solo es, en tanto persona, lo objetivamente real. Se trata de una mirada integrativa y complejizada del ser humano, vinculando lo uno y lo múltiple. Existe una unidad humana; por tanto, existe multiplicidad humana.

Por un lado, y en consonancia con lo desarrollado, es interesante rescatar el posicionamiento ético-filosófico, recuperado por Karl Jaspers (1913), respecto del estudio

del *ser* puesto al servicio de una psicología explicativa y comprensiva, aunada a una mirada filosófica y antropológica capaz de describir el acontecer psíquico de un ser en libertad, en reflexión, y en espiritualidad.

Por otro lado, impulsar los conceptos desarrollados hacia la noción de *salud mental*, término vasto en su concepción y complejo en su intento de elaboración. La Organización Mundial de la Salud, la definió la salud como: “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1948, p.1).

Para ello, se toma como contrapunto lo desarrollado, desde la Dirección Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud y Acción Social, por el Dr. Galli, (1986). Su trabajo implica un significativo aporte, al apuntalar la salud mental como un:

Estado de relativo equilibrio e integración de los elementos conflictivos y constitutivos del sujeto de la cultura y de los grupos –equilibrio e integración progredientes; con crisis previsibles e imprevisibles, registrables subjetiva u objetivamente– en los que las personas o los grupos participan activamente en sus propios cambios o en los de su entorno social (Ferrari, 1994, p.35).

De esa forma, hallamos que, en las primeras líneas de ambas citas, se encuentra una diferencia agraciada y sustancial capaz de marcar una dicotomía necesaria y justa, saludable: lo sutil de lo *relativo* contra lo absolutista de la *totalidad*.

A fines de perseguir cierto orden en el trayecto del pensamiento que se pretende aquí esbozar, resulta interesante recuperar una aproximación al constructo *salud mental*, rescatada por la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657, en el Artículo N° 3:

En el marco de la presente ley se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona (2010, p.10).

Los constructos desglosados hasta aquí –*paradigma, ser humano, salud mental*– se corroboran y resignifican en su dialectización. Encuentran un sentido co-construido en su entramado de relaciones. Allí convergen el ser humano y el mundo que le rodea. En esta línea, Engels (1977), en su publicación “The need for a new medical model: a challenge for biomedicine”, realiza una crítica al modelo médico imperante de época: la biomedicina. En ella, el abordaje de la disciplina se enmarca en la segregación de afecciones somáticas mediante el sostén de la biología molecular como norte. Conceptos como *salud* o *enfermedad* pretendían ser abarcados en su totalidad por las herramientas conceptuales provenientes de la química y la física, para caracterizar y estudiar fenómenos complejos sin reparar en aristas psicosociales. Para Engels, lo errático del ideario médico en aquél entonces era el estar adherido a un paradigma reduccionista. Sin detenerse estrictamente en la crítica, apuesta y propone un modelo dotado de visajes holísticos e integrales, capaz de

dejar atrás la crisis de un paradigma positivista, en el que los axiomas propuestos no eran suficientes para la investigación, tratamiento y ejercicio de la medicina. Nace, entonces, el modelo biopsicosocial, bregando por una concepción del sujeto que lo considere en sus aspectos biológico, psicológico y social, que se conjugan como un marco referencial. Dice Engels (1977), que el modelo bioquímico no es suficiente para proveer una base para entender los determinantes de la enfermedad y llegar a tratamientos racionales del cuidado de la salud. El modelo médico también debe tomar en cuenta al paciente, el contexto social en que vive y el complementario sistema diseñado por la sociedad para enfrentar los efectos disruptivos de la enfermedad; este es el papel del médico y del sistema de atención a la salud. Requiere un modelo biopsicosocial.

Queda clara, en este punto, la estrecha relación entre pensamiento y filosofía, tratada por los autores cuyas investigaciones resultan un factor esencial para el desarrollo de este trabajo. Hábiles jugadores del terreno de los límites. Pensa(borra)dores de fronteras.

Todos los constructos concuerdan, de alguna manera, en la necesidad de pensar mediante la catectización de la amplitud. Constructos apocales, apolíticos y anacrónicos se nos presentan como unívocos y determinantes. Los autores estimulan a reconsiderarlos a todos, a generar actores que entren en juego para entender el acontecer de un sujeto en un mundo complejo. Un claro ejemplo de esto son las definiciones de salud elaborada por la OMS y la Ley de Salud Mental, citadas más arriba. Abarcando términos trascendentales para la concepción de sujeto –que se hallan revestidos de cierto utilitarismo–, pecan de ser despóticas, mediante una impronta dominante que dictamina y decide qué es saludable o no y dejan fuera el concepto de *época*, imperioso y delicado, tanto en su uso como en el reverso. El resultado de esto es dar por sentado que el significado unilateral de bienestar y

salud afecta por igual a todas las clases etarias, sociales, incluso las vulnerables o en riesgo. Recordamos, en este momento, el *Unitas Multiplex* tomista recuperado por Morin (1994), el *individuo* de Stern (1904) o el *modelo biopsicosocial* de Engels (1977), y podríamos seguir. Lo importante es reflejar en el prisma lo particular de lo general.

Es por ello que, en el afán por tomar el espíritu metodológico del pensamiento evocado, se encomienda el presente trabajo, en un decir de Borges, a perseguir: “no la sencillez, que no es nada, sino la modesta y secreta complejidad” (2013, p. 4).

SÍNTESIS DE LA ORGANIZACIÓN

Como parte de un proceso de trabajo paulatino y secuencial, el plan de intervención dispuso su contenido de tal forma que un continente pueda alojarlo. En este caso, una organización, el sanatorio Prof. León S. Morra, ofrecida por la Universidad Siglo XXI. Se trata de una institución de salud mental de carácter privado que, fundada en el año 1927 por el profesor León Sebastián Morra, ha comprendido un vasto recorrido en lo concerniente a la salud mental y sus implicancias en la sociedad. Fue bautizada, en sus orígenes, como clínica Las Rosas y, contando únicamente con una casona de estilo señorial, se ha convertido con el paso del tiempo en una institución de fuerte impronta e influencia en la provincia de Córdoba.

En sus primeros años, la institución se avocó al abordaje de enfermedades neuropsiquiátricas (entre otras), en la modalidad de internación, pues así lo demandaban las

prácticas profesionales de aquellos tiempos. En el año 1960, se incorporaron consultorios externos; pero, poco después se decidió centralizar la atención, trasladándola al predio original –ubicado en Av. Sagrada Familia, esquina Nazaret, a orillas del emblemático río Suquía–.

Cuentan sus trabajadores que, en los comienzos fecundos del sanatorio, se tuvo como objetivo el establecerse como una clínica de reposo –lugar en donde los pacientes se aislaban–, persiguiendo cierto grado de especialización y especificidad en cuanto a patologías de alcoholismo y neuropsiquiatrías.

Esto revela que, desde su proyección como institución y en su compromiso para con la sociedad, el sanatorio da un lugar relevante a las drogadicciones y consumo problemático, hasta el presente. En la actualidad, lleva un subtítulo en algunos soportes de comunicación que va más allá de la salud mental y abre su ámbito de servicios hacia el de neurociencias.

Desde los primeros años, la institución ha conservado una clara inclinación hacia una apuesta interdisciplinaria, en la que profesionales de áreas como psicología, trabajo social, psiquiatría, neurología, fisioterapia y nutrición –entre otras– abordan problemáticas desde una intersectorialidad, en detrimento de un paradigma médico hegemónico reduccionista. (Universidad Siglo XXI, 2019).

Estas posturas éticas para con la praxis en salud mental, se conciben bajo la gran influencia del fundador de la institución, quien puso énfasis en el aspecto asistencial y concibió a la salud mental desde el vértice de la academia. La visión del sanatorio Prof. León S. Morra se rige por la desestigmatización de los pacientes con padecimientos mentales y la lucha por la abolición de rótulos cosificantes hacia la persona. En su

momento, fue utilizado el término “alienados”, para referirse a los pacientes que sufrían trastornos psiquiátricos, lo que impulsó una serie de declaraciones por parte del Dr. Morra, quien sostuvo que la legislación existente (año 1915) debía ser modificada en pos de contemplar urgentemente una serie de aspectos concernientes a las condiciones con que eran tratados y considerados los “insanos”, buscando especificar una práctica que otorgara mejores resultados y más derechos para los pacientes.

La nueva y actual generación familiar que asumió la dirección del sanatorio, es defensora del legado del profesor Morra y ha puesto en marcha innumerables cambios de todo tipo, apuntando a convertirse en una institución insignia de la salud mental de Córdoba y Argentina, y siempre manteniendo presente el pronunciamiento que plasma la misión que la institución persigue:

Llevar adelante la tarea de generar una mejor calidad de vida para sus pacientes desde la prevención, el tratamiento y la asistencia; para su recuperación personal y su reinserción en los distintos ámbitos. Las principales herramientas de esta institución son el compromiso con la persona, la capacitación junto a la investigación constante y el compromiso humano de sus profesionales, todo enmarcado en un entorno contenedor (Universidad Siglo XXI, 2019, p. 7).

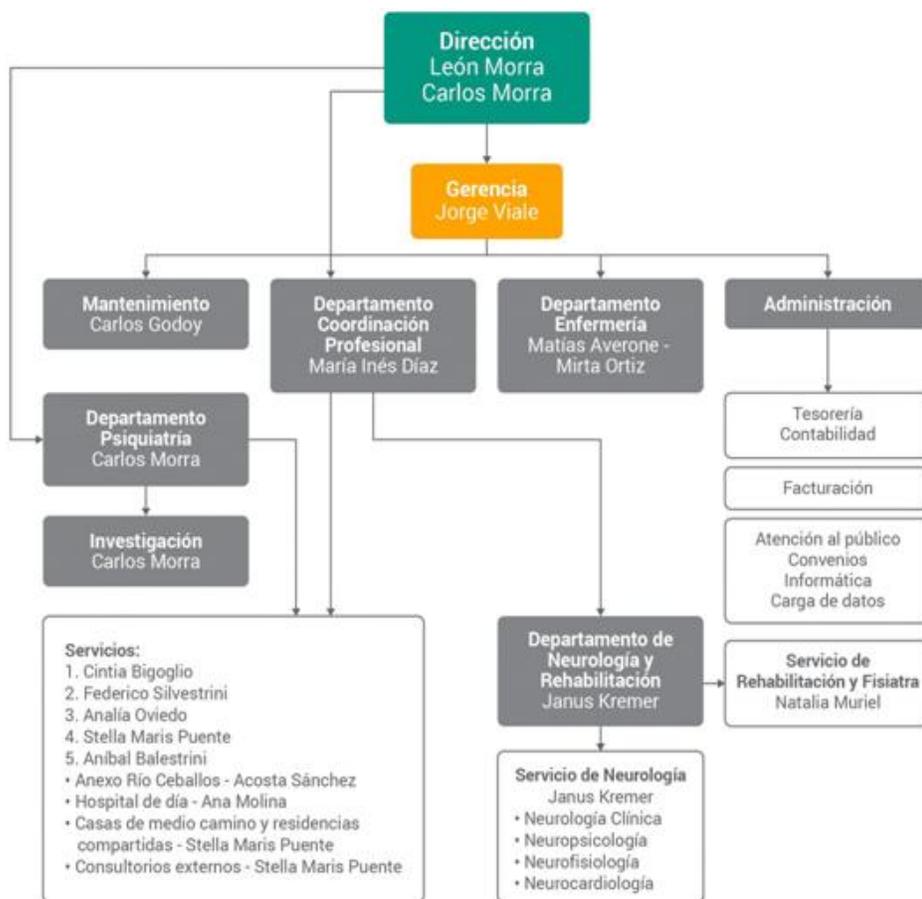
Para ello, herramientas como el trabajo interdisciplinario, la promoción y la prevención de salud, junto con la descentralización de la atención mediante redes de contención más

accesibles a la población, se posicionan como inminentemente necesarias. En el año 2000, el Sanatorio Morra añadió el servicio de hospital de día, como instancia intermedia entre la internación y la externación definitiva. De esa manera, instaló un dispositivo de tratamiento que, con la actual ley de salud mental, tiene plena vigencia. El objetivo de esta herramienta es la prevención, promoción y preservación de la salud mental, y la resolución de patologías psiquiátricas de menor complejidad. Con ello, se procura un mayor alcance y apertura hacia la sociedad, mediante la ampliación de la institución y la posibilidad de ofrecer respuestas a las demandas de atención en salud mental, gracias la construcción de nuevos servicios en los que se distribuyó a los y las pacientes según el sexo, edad y patología.

Al respecto, el Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, a través de RU.Ge.Pre.Sa y conforme a la normativa vigente en la ley N° 9848, habilitó al Sanatorio como centro de salud polivalente.

Con el pasar de los años, el organigrama institucional y los servicios ofrecidos sufrieron numerosos cambios.

Comprendiendo ahora a la institución desde una perspectiva actual encontramos que, en términos de organigrama, la misma consta de la siguiente disposición:



Fuente: recuperado de Universidad Siglo XXI, 2019, p.13.

Continuando, establecemos que el foco de atención que aquí nos compete, más allá del sondeo institucional realizado, se asienta en la particularidad de que el sanatorio Morra es el lugar al cual concurren por atención pacientes no solamente oriundos de la provincia de Córdoba, sino también de otras como La Rioja, San Luis, San Juan, Mendoza y Santiago del Estero. Entonces, la cantidad de subjetividades involucradas en la institución es de enorme caudal, por eso resulta poco apropiado reducir el número de patologías tratadas al número de personas tratadas, ya que cada una de ellas puede ser portadora de una o múltiples afecciones. Muestra de ello es que los datos demográficos obtenidos arrojan una

franja etaria de pacientes que va desde: 16 a 30 años =25% / 30 a 60 años = 40% / 60 a 75 años = 25% / más de 75 y menos de 18 años = 10%.

Comprende, entre las diversas patologías que se atienden, la atención a adicciones, es decir, el consumo problemático de sustancias. Esta conforma el grupo de una de las patologías psiquiátricas con mayor demanda, frente a lo cual se ha incrementado la prevalencia de atención a patologías duales como el consumo de sustancias asociado a otros cuadros psiquiátricos como depresión, trastornos psicóticos o trastornos bipolares.

Los cimientos formados mediante la cultura organizacional, la misión, los valores, los principios y objetivos perseguidos por el Sanatorio Morra, tienen como norte dar respuesta a pacientes con necesidades terapéuticas específicas y exclusivas, mediando un abordaje fundado en el contacto humano y empático con una perspectiva de derechos humanos que perciba a las personas no como un cumulo de “dementes” depositados en un asilo, sino como sujetos con problemáticas transitorias.

Por lo anterior, la institución tiene presente la posibilidad de implementación de la propuesta metodológica aquí presentada, concebida y pensada desde los ejes por los cuales la organización rige su praxis. Conforman estos una importante guía, a la hora de intentar sumar a un proyecto que involucre en su seno una mirada más inclusiva del sujeto y la concepción de salud.

DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA/NECESIDAD OBJETO DE INTERVENCIÓN

Delimitar el concepto de “necesidad” y tensionarlo con el de “problema” es ineludible. El primero responde a una percepción de aquello que falta, algo que no se tiene e implica que no es preciso que lo explicita, sino que se puede develar mediante la inferencia. Diferente es el segundo caso, en que lo “problemático” se desenvuelve mediante explícita enunciación de la institución. En este caso, el espacio creativo de este texto descansa sobre el concepto de *necesidad* y se la concibe como oportunidad para algo; allí donde hay una necesidad, hay una posibilidad de cambio, hay crecimiento.

Abordando la presente investigación desde una clara diferenciación entre *problema* y *necesidad*, su posterior enfoque en relación con el funcionamiento del Sanatorio Prof. León S. Morra condujo a una pesquisa con base en numerosas fuentes de información de diversa índole sobre la institución. Esto dio como resultado el señalamiento de una falta –entiéndase necesidad–: la de circunscribir una mirada que contemple la esfera de las adicciones comportamentales (sin sustancias) entre sus dispositivos de abordaje contra el consumo problemático –como bien puntualiza la institución– *de sustancias*, en donde también se inmiscuye la denominada *patología dual* –definida por la institución como consumo de sustancias aunado a otros cuadros psiquiátricos tales como depresión, trastornos psicóticos o psicósomáticos–. En tal definición, encontramos nuevamente la relación unívoca entre adicción y sustancia, configurándose una triada ecológica adicción–sustancia–patología dual, discriminativa de lo que conocemos como adicción comportamental o trastornos del comportamiento. Es bien sabido que, en el campo de la salud mental, cualquier definición hermética y contraída juega a ser funcional a la “pose”

de una fotografía, pero trae aparejado un rápido velo en una escena requirente de instrumentos novedosos y eficaces, como herramientas de prevención, promoción y protección de la salud.

La necesidad de una incisión que promueva un cambio capaz de convulsionar la mirada de las adicciones conductuales dentro de las patologías tratadas en la institución, puede significar un movimiento cardinal en el tipo de servicio ofrecido y en la concepción, allí comulgada, de ser humano. Ahora bien, para una correcta aproximación a las expectativas de este trabajo, es necesario esbozar una mirada introductoria a ciertos conceptos.

La *patología dual* es un concepto aún hoy controvertido, también conocido como diagnóstico dual o comorbilidad, y es utilizado para denominar la existencia de uno y varios trastornos mentales prevalentes en un mismo sujeto. Aunque es un término aceptado por la comunidad científica del mundo, aún no se encuentra registrado en los manuales psiquiátricos. La Revista de Patología Dual sostiene al respecto:

(...) diferentes términos han sido aplicados para referirse a esta importante población clínica que sufre manifestaciones psicopatológicas relacionadas con conductas adictivas (a sustancias o comportamentales) y otros trastornos mentales, incluyendo comorbilidad, diagnóstico dual, trastornos duales o trastornos concurrentes (2014, p.1).

La Sociedad Española de Patología Dual, la Fundación de Patología Dual, la World Association on Dual Disorders y la WPA Section on Dual Disorders (2015), definen a la

patología dual como “la existencia en una misma persona de un trastorno adictivo y otro trastorno mental y está relacionada con procesos neurobiológicos y medioambientales, involucrados en el comportamiento de las adicciones con o sin sustancia” (p.1).

La prevención y promoción de estos cuadros duales son inminentemente necesarios para un correcto abordaje de la problemática. Szerman et al. (2014), sostienen que la comorbilidad de los trastornos adictivos y otros trastornos psiquiátricos es muy común. El tratamiento óptimo de los pacientes con trastornos de adicción requiere una toma de conciencia respecto de sus trastornos comórbidos. Es hora de repensar los trastornos mentales, incluidos los trastornos adictivos y trastornos duales, reconociendo que estos son afecciones del circuito del cerebro probablemente causados por procesos de desarrollo signados por una compleja interacción de genética y experiencia; por lo tanto, pueden considerarse trastornos del desarrollo neurológico. La visión de la *patología dual* como una falla de los sistemas neurobiológicos debería ayudarnos a desarrollar intervenciones más completas, para optimizar las formas en que prevenimos y tratamos a la salud mental como un complejo y multifactorial trastorno.

Las definiciones operativas y contextuales de los diferentes términos utilizados varían significativamente. Nos referimos a trastorno adictivo y otra enfermedad mental, diagnóstico dual, trastornos duales, abusadores químicos con enfermedades mentales, enfermos mentales químicamente adictos, trastorno concurrente o trastorno comórbido, entre otros. Para abordar este problema de terminología, el presente documento propone utilizar la expresión *patología dual*. Siguiendo la línea de Szerman et al. (2014), es también importante aclarar que el concepto de la dualidad no se refiere únicamente a la coexistencia

de dos trastornos en un paciente determinado, sino más bien a la presencia de, al menos, un trastorno adictivo con, al menos, otro trastorno mental.

Ahora bien, lo primero a lo que hacemos alusión cuando nos referimos a las adicciones comportamentales, es la conjugación primordial de dos –entre varios– vectores, como encierra su denominación. El término *adicción* procede de *adictus*, verbo proveniente del latín para definir al sujeto deudor, esclavo de un acreedor. La insolvencia del *adictus* ponía en potestad al acreedor para restringirle una cuota de su libertad mediante el sometimiento. Esto en términos histórico-jurídicos. En términos un tanto más contemporáneos, cuando hablamos de adicciones, en cualquiera de sus múltiples acepciones, es necesario partir de la concepción esgrimida por Becoña Iglesias et al. (2016):

En los últimos años se incluyen distintas conductas bajo la denominación genérica de adicciones o conductas adictivas. Basadas inicialmente en el concepto de dependencia (física y psíquica), y evolucionando a partir del mismo, se aplicaban inicialmente a sustancias psicoactivas que, ingeridas por un individuo, tenían la potencialidad de producir dependencia. Con el transcurrir de los años se observó que también existían conductas, que sin haber sustancia de por medio, tenían la capacidad de producir dependencia y el resto de las características que tenían las dependencias a las sustancias psicoactivas (p.15).

Lo afirmado en el texto de los autores se relaciona estrechamente con una característica común y central en las conductas adictivas que también desarrollan: la pérdida de control. Se trata de un punto cardinal en la conformación de constituyentes como la dependencia, tolerancia, síndrome de abstinencia y un indudable impacto negativo en la vida.

Podemos, ahora, pensar en la relevancia del impacto y magnitud de una complejidad social cada vez mayor, en donde las adicciones –crecientes en todo el mundo– comienzan a ser pensadas no solo como un tema de salud pública, sino social, tomando en consideración también el consumo problemático sin sustancias o usos comportamentales excesivos. La apuesta se redobla y se complejiza el abordaje de una problemática que demanda dispositivos integrales, racionales y sistemáticos.

Retomando al autor en su despliegue teórico, nos topamos con que:

Aunque se han propuesto distintos tipos de adicciones, hoy podemos diferenciarlas en dos grandes grupos: aquellas producidas por sustancias químicas y aquellas producidas por conductas. Serían las adicciones químicas y las adicciones comportamentales. Entre las primeras tenemos la adicción al alcohol, a la nicotina y a las drogas ilegales (heroína, cocaína, marihuana, drogas de diseño, etc.). Entre las comportamentales, el juego patológico, el comer compulsivo, el sexo compulsivo, el trabajo compulsivo, las compras compulsivas, etc. (Becoña Iglesias et al., 2016, p. 26).

Lo anterior supone una metodología de abordaje y concepción en torno a la problemática de las adicciones en que, a la lista desglosada, suma la adicción a las nuevas tecnologías.

Una primera aproximación a este modo de concebir una problemática tan cambiante y volátil, que ha sido compañera del ser humano desde sus inicios bajo formas y ropajes diversos, es la incorporación en las nomenclaturas de adicciones del DSM-V (American Psychiatric Association, 2013). Se añade la categoría de *trastornos no relacionados con sustancias*, que hace referencia a las adicciones conductuales y en donde la única patología aprobada (hasta el momento) es el *juego patológico* 312.31 (F63.0). Se vuelve necesario resaltar la propuesta de inclusión del comité de la APA de la categoría de *trastorno de juego en internet* en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales (DSM-5) de 2013, como una afección “que necesita ser estudiada con mayor detenimiento” (American Psychological Association, 2013).

Además, resalta como positiva la declaración realizada por la OMS (2019) en su boletín oficial, al inclinarse a favor de un consenso médico capaz de definir el trastorno y así lograr la proposición y ejecución de políticas de salud y tratamientos adecuados y eficaces.

A diferencia del DSM-V, la onceava revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) incluye, en su nomenclatura, la incorporación de la categoría de *trastorno por uso de videojuegos (6C51)* dentro de los denominados *trastornos debidos a comportamientos adictivos*, los que define como:

Los trastornos debidos a comportamientos adictivos son síndromes reconocibles y clínicamente significativos asociados con malestar o

interferencia con las funciones personales que se desarrollan como resultado de comportamientos repetitivos en búsqueda de alguna recompensa que no implican el uso de sustancias que producen dependencia. Los trastornos debidos a comportamientos adictivos incluyen el trastorno por juego de apuestas y el trastorno por uso de videojuegos, lo que puede implicar comportamientos tanto en línea como fuera de línea (CIE-11, 2019).

Considera también, dentro de la categoría “padre” (denominación utilizada por el manual para jerarquizar nomenclaturas), trastornos “residuales” como lo son las categorías de *otros trastornos especificados debidos a comportamientos adictivos (6C5Y)* y *trastornos debidos a comportamientos adictivos, sin especificación (6C5Z)*.

En este punto, resulta interesante echar un vistazo a lo que se ha planteado en términos legislativos respecto de las adicciones conductuales. En tal sentido, encontramos, a nivel de legislación nacional, la Ley Nacional de Salud Mental, la cual sostiene en su Artículo 4° (2010) que:

Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud.

De la misma manera, y a nivel de legislación provincial, la Ley N° 9848 (2010) de Protección de la Salud Mental perteneciente a la Provincia de Córdoba sostiene:

Artículo 23.- Faz prestacional - constitución. La “Red Integral de Promoción, Prevención y Asistencia en Salud Mental” en su faz prestacional, estará constituida por instituciones, servicios y programas para la promoción, prevención y atención en salud mental, con las siguientes características: A) Instituciones y Servicios de Salud Mental. C) Programas específicos para el abordaje de problemáticas psicosociales prevalentes, grupos erarios y poblaciones especialmente vulnerables y/o en grave riesgo psicosocial (adicciones, violencia familiar, maltrato infantil, abuso sexual, patologías severas, discapacidades, suicidios, accidentes, catástrofes y otras) (Ley N° 9848, 2010).

La(s) necesidad(es) de deliberar sobre dispositivos capaces de abordar problemáticas actuales, hijas del capitalismo y la globalización, se hace(n) ver como menester(es), ante un continuo crecimiento y proliferación de una sociedad cada vez más efervescente y frágil. Las adicciones comportamentales y la necesidad de un proyecto que las contemple y conciba –en su prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación– quedan fundamentadas en el respaldo institucional del sanatorio referido –desde la declaración del valores, objetivos, cultura y misiones–. Desde el punto de vista legislativo encuentran amparo en la Ley N° 26657 y la Ley N° 9848; en materia de consensos científicos a nivel

mundial son consideradas en el DSM-V y la CIE-11; y, sobre todo, desde una arista ética se traducen en las decisiones de cada uno de los trabajadores de la salud que contenga una cuota de responsabilidad social y compromiso por el bienestar humano en su quehacer diario. La implementación del consiguiente proyecto es capaz (en su lado más pretencioso) de marcar una diferencia dentro de la institución, pero, más importante aun, de marcar una por fuera de ella.

La porosidad del mundo de las adicciones vuelve a esta última idónea para ser víctima de una conversión constante. Y el implemento de nuevos dispositivos de abordaje puede significar, en muchos casos, la emancipación de un sujeto *adictus* encomendado a pagar una deuda incensurable, esclavizado mediante la culpa.

OBJETIVOS

Objetivo General:

- Prevenir adicciones comportamentales mediadas por nuevas tecnologías como prevalencia de patología dual en pacientes con trastornos psiquiátricos del sanatorio León S. Morra, mediante un dispositivo grupal de metacognición.

Objetivos Específicos:

- Facilitar la autoidentificación de indicadores referentes a la presencia de patología dual en usuarios del servicio de salud.
- Propiciar el desarrollo de la motivación al cambio y autoeficacia percibida en relación a conductas de riesgo.
- Promover el *mindfulness* para el control de impulsos y emociones.

JUSTIFICACIÓN

El plan de intervención que aquí se presenta, sustenta sus bases metodológicas y teóricas en una exhaustiva revisión de bibliografía asociada a la temática de las adicciones a tecnologías de la información y comunicación (TIC) y su prevalencia como cuadro dual en trastornos mentales. El mismo, persigue cierto grado de viabilidad en su aplicación, buscando conjugarse como un factor adherente y de relevancia en la prevención de las adicciones comportamentales mediadas por nuevas tecnologías.

Es necesario proyectar una mirada dirigida hacia el campo de las adicciones a las TIC, por múltiples causas. En ese sentido, se cree de vital relevancia la evidencia empírica a la que arribaron Goldstein y Volkow, recuperada en el artículo de la Hazelden Betty Ford Foundation (2017), la cual da cuenta de que, dentro del funcionamiento mental de un individuo que padece una adicción comportamental hacia las nuevas tecnologías de la información y la comunicación, la mente se vuelve progresivamente incapaz de distinguir entre las realidades vividas y las realidades alternas creadoras de estímulos instantáneos que florecen en el entramado de un circuito placer-recompensa. El uso excesivo de la tecnología es capaz de inferir críticamente en los patrones normales de humor y socialización. La creciente dependencia generada por redes sociales, juegos online u otras plataformas, puede convertirse en una nueva y poco saludable “normalidad” si no se actúa a tiempo. En ese sentido, el artículo desarrollado por Goldstein y Volkow arroja evidencia significativa con respecto al hecho de que las personas adictas a la tecnología pueden desarrollar una química cerebral y patrones neuronales similares a los de las personas adictas a sustancias. Los autores sostienen que otro aspecto preocupante es que aquellos que son adictos a la

tecnología tienen, en realidad, más probabilidades de utilizar sustancias adictivas que las que no lo son. Entonces, las adicciones comportamentales a las nuevas tecnologías se podrían configurar como un factor de riesgo para la adicción al alcohol y otras drogas.

Es por lo desarrollado anteriormente que el tomar acciones preventivas hacia la problemática se vuelve inminentemente necesario si se la interpreta desde un posicionamiento crítico con respecto a la importancia y necesidad de programas preventivos. Algunos antecedentes que dan cuenta de esto merecen ser rescatados. Tal es el caso del trabajo desplegado por Pérez, Quiroga, Alzugaray, y Pérez, en donde se incide:

La Organización Mundial de la Salud reconoce que una de cada cuatro personas sufre algún tipo de padecimiento relacionado con adicciones sin sustancias, entre ellas, el uso abusivo de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC). En el 2008, se abrió el primer servicio de asistencia de la Provincia de San Luis destinado a la atención de la ludopatía, adicción no química de la que se tenía escaso conocimiento hasta entonces. En la actualidad se reciben consultas de padres preocupados porque sus hijos están la mayor parte del día inmersos en las redes sociales, con consecuencias negativas a nivel personal, familiar y social; además del creciente desinterés por otras actividades que no incluyan TIC (2017, p. 1).

Por su parte, se destaca también la producción científica de Young y De Abreu (2007), quienes postulan que cualquier profesional que haya trabajado con adicciones a internet

severas ha hecho un fuerte señalamiento hacia la importancia de la identificación temprana y la prevención. Dada la necesidad urgente, el enfoque más simple y fácil que hasta ahora se ha preferido y aplicado es el enfoque educativo, basado en el conocimiento, que ha tenido un éxito parcial en la reducción de la prevalencia de la adicción a internet. Asimismo, los enfoques de prevención actuales incluyen una mezcla de comportamientos y estrategias cognitivas, diseñados para cambiar los patrones de uso de internet y buscar una mejoría en el autocontrol. Un programa de grupo cognitivo-conductual se usa a menudo para reducir el uso pesado y compulsivo de internet por parte de los jóvenes.

Asimismo, es importante destacar como antecedente, también relevante, el despliegue del dispositivo de prevención hacia el abuso y dependencia del teléfono móvil en población adolescente llevado a cabo por Villanueva Silvestre, en donde se demuestra que:

La edad, el sexo y los estados emocionales negativos juegan un papel importante en el inicio y mantenimiento del abuso y la dependencia del teléfono móvil. Asimismo, el programa de prevención del abuso y la dependencia del teléfono móvil ha mostrado ser eficaz a la hora de disminuir el uso del teléfono móvil. Ciertamente, la adolescencia es un periodo especialmente sensible para desarrollo del abuso y la dependencia del teléfono móvil, por lo que es necesario desarrollar programas de prevención y tratamiento específicos que atiendan a las características propias de este grupo de edad (2012, p. 18).

Además, la necesidad de una intervención asertiva hacia una prevención de patología dual en pacientes con trastornos psiquiátricos se fundamenta en lo expuesto en la declaración conjunta de patología dual (2015):

Los pacientes con trastornos mentales, incluidas las adicciones, deben tener acceso a un único modelo asistencial multidisciplinar que integre y/o coordine la red de salud mental y la red de adicciones. La existencia como hasta ahora de dos puertas, adicciones y salud mental, para un único enfermo, conduce al que ha sido llamado “síndrome de la puerta equivocada”. Todo paciente tiene derecho a ser adecuadamente evaluado por profesionales expertos y a recibir una asistencia integral en patología dual, basada en las evidencias científicas. La existencia de dos redes asistenciales no es suficientemente eficaz ni eficiente y deja a muchos pacientes sin diagnóstico de la patología dual (p. 3).

Sumado a esto, el trabajo realizado por Freimuth et al. (2008) da cuenta de que, muchas veces, el problema en el abordaje de los tratamientos, en cualquiera de sus niveles, se relaciona con antecedentes que datan sobre una fuga en el reconocimiento de trastornos concurrentes. Esto conlleva un resultado peor que la situación inicial a nivel de prevención, tratamiento y rehabilitación, a raíz de que muchos de los profesionales encargados de llevar adelante tales dispositivos se encuentran ocupados en hacer encajar los “desórdenes” estudiados durante su formación. Solo un pequeño número de ellos está capacitado para

reconocer adicciones comportamentales como un paso inicial para contrarrestar estos puntos ciegos, abordando algunas de las muchas formas en que las adicciones comportamentales se pueden combinar con otras adicciones y trastornos psiquiátricos como prevalencia de patología dual.

MARCO TEÓRICO

Capítulo I: Contextualizando el concepto de adicciones comportamentales a nuevas tecnologías y patología dual

Las adicciones a las nuevas tecnologías o *tecnodependencias* son, sin dudas, continentes de una figuración mucho más compleja que la de un simple componente adherido al mundo de las adicciones. La sociedad posmoderna insiste en invitar a un uso desmedido de variados y diversos dispositivos, ante los cuales los seres humanos devienen en eternos hedonistas, motivados por un sinfín de posibilidades electrónicas capaces de acarrear, con su uso, más de una dificultad subyacente en la vida de la persona.

La creciente epidemiología del fenómeno data de principios del siglo XXI, con alarmantes cifras que marcan un punto de partida para realizar un recorrido demográfico sobre la incidencia que ha ido tomando la tecnología en la vida del ser humano.

Es pertinente, entonces, repasar algunas cifras arrojadas por el estudio realizado por Weinstein y Lejoyeux (2010), quienes indican que, a raíz de una exhaustiva revisión

bibliográfica, países como Estados Unidos y algunos pertenecientes al continente europeo, han arrojado una tasa de prevalencia de adicción a internet entre 1,5% y 8,2% en la población mayor a 15 años de edad. En los Estados Unidos, 17.251 personas respondieron una encuesta en línea como parte de un proyecto conjunto con ABC-NEWS.com, dando como resultado que el 6% de esos encuestados cumplían los criterios de la adicción a la internet.

Los autores resaltan que, en una muestra de adolescentes italianos, el 36,7% mostró signos de uso problemático de internet, revelando conjuntamente, en su mayoría, estrategias de afrontamiento disfuncionales y deficientes relaciones interpersonales, a diferencia de aquellos compañeros que no arrojan signos de un uso problemático de internet. En lo concerniente a Alemania, se estima que 1,5 millones de personas, es decir el 3% de la población, presenta un uso problemático de internet. Se cree que la población alemana corre el riesgo de ser adicta a internet. Asimismo, el uso de la escala de uso patológico de internet (PIU) en estudiantes británicos arrojó un valor de 18,3%.

En esta línea, Weinstein y Lejoyeux (2010) sostienen que la adicción a internet ha sido más estudiada en el lejano oriente, citando como ejemplo un estudio chino que utiliza la escala IAT y encontró que, de los estudiantes universitarios de primer año de Taiwán, el 17,9% eran adictos a internet, el 10,2% utilizaba internet de forma moderada y el 6% era severamente adicto. Además, Weinstein y Lejoyeux publicaron datos que demuestran que las tasas de prevalencia de la adicción a internet oscilan en torno 6,44% en la provincia de Shaanxi, en China.

Por otro lado, la OMS, en su Boletín Oficial del año 2019, expresa datos demográficos significativos en cuanto a la problemática del uso de nuevas tecnologías. Respecto del uso

problemático de internet, un estudio realizado en el 2018 en Japón informó que aproximadamente 1,82 millones de hombres de 20 años o más vivían con una adicción a internet, casi tres veces el número reportado en 2013. Asimismo, el artículo recoge los dichos de Poznyak, un experto en sustancias y comportamientos adictivos en la Organización Mundial de la Salud (OMS), quien señala que varias encuestas muestran prevalencia de los trastornos de los juegos de azar en internet, entre el 1% y el 10% en Europa y Norte América. El Boletín Oficial de la OMS cubre también la problemática en Suiza, en donde un informe encargado por la Oficina Federal de Salud Pública (publicado en 2018), constató que alrededor del 1% de la población (aproximadamente 70.000 personas) son "problemáticos" usuarios de internet. En esta línea, un estudio epidemiológico llevado a cabo por Mihara y Higuchi (2017) sobre el uso de dispositivos electrónicos arroja resultados sustanciales sobre la presencia de uso patológico de internet en muestras europeas, en donde las tasas de prevalencia oscilan entre el 1,2% y el 5,0% de la población. Prevalencia similar se ha notificado en muestras de América del Norte y de Medio Oriente, al igual que en las muestras aleatorias o representativas. Otros estudios mostraron una tendencia a una mayor prevalencia (entre el 7,5% y el 26,7%) en las muestras de Asia en comparación con las muestras de otras regiones.

Siguiendo con el análisis epidemiológico, encontramos que la evidencia citada en Navarrete, Vicente y Villamor sustenta que:

La prevalencia del uso problemático de internet en adolescentes es más difícil de determinar que el del juego patológico. La falta de criterios formales, la ausencia de instrumentos de evaluación consistentes y la

dificultad de muestrear en distintos subgrupos poblacionales hacen difícil conseguir datos epidemiológicos al respecto. Existe un estudio modélico que investigó el uso patológico de internet entre 11.356 adolescentes de 11 países europeos. La incidencia del 4,4% fue mayor entre los hombres, quienes tenían tasas significativamente más altas que las mujeres en el caso de juego online en solitario. Este uso patológico de internet se asoció a familias disfuncionales, poco acogedoras, y al desempleo de los padres. Mientras que muchos estudios hablan de una media de uso patológico de internet en torno al 3,5%, el uso mal adaptativo que se asocia a consecuencias menos lesivas alcanza tasas del 13,5% (2014, p. 10).

Además, los autores señalan, también con relación al uso problemático del teléfono móvil, lo siguiente:

(...) un estudio coreano desveló que 16,3 millones de adolescentes, un 18%, eran diagnosticados de adicción al móvil, y de ellos un 24% requirieron ingreso hospitalario. Algo similar ocurre en Japón, donde el gobierno reconoce la necesidad de aplicar programas de gestión sobre el tema. Asimismo, en Europa ya se han creado centros para tratar estas adicciones, como el The Outpatient Clinic for Behavior Addictions en Mainz (Alemania) o el Capiro Nightingale Hospital en Londres (Reino Unido), mientras que en Estados Unidos destacan el Inpatient Centers Restart en

Seattle o el Digital Detoxification Center en Pensilvania. Los datos de adicción al móvil muestran un rango muy amplio en los diferentes países debido a que los métodos de medida son distintos; aun así, podemos concretar que en España un 0,85% de la población es adicta al móvil; en Europa, entre 0.81.5%, mientras que a nivel mundial, entre un 1,58 y un 2%. Pero tras la aparición de nuevas aplicaciones plenamente aceptadas y utilizadas por los menores, como por ejemplo el WhatsApp, se ha constatado en 2014 cifras de un 11% de adicción al móvil en niños de 11 a 14 años en población europea (2014, p. 10).

La problemática de lo simbiótico en que ha devenido el vínculo sujeto-tecnología se grafica, según lo expuesto por Ballesteros y Sánchez (2018) de la siguiente manera:

Encontrar a un joven que no tenga móvil es casi imposible. En menos de una generación hemos pasado de gestionar dos canales de televisión a llevar en el bolsillo nuestro propio canal para conectarnos al mundo. Cerca del 90% de los jóvenes entre 14 y 16 años dispone de dos a cinco dispositivos digitales personales y el 86% reconoce un uso “muy habitual” del móvil (Segarra, s.f., p. 5).

En lo concerniente a América del Sur, se ha realizado un reciente estudio, por parte del Observatorio de Tendencias Sociales de la Universidad Siglo XXI (2019), sobre el uso

excesivo de las tecnologías de la comunicación y su impacto en la vida cotidiana en los habitantes de la Argentina. La encuesta fue realizada a trabajadores de entre 18 y 70 años de edad. La misma arroja datos que invitan a la reflexión sobre la era digital a la que todos asistimos. El estudio constituye que, dentro de los ámbitos científicos actuales, las personas que desplieguen usos excesivos para con los dispositivos electrónicos tienen una alta probabilidad de presentar una adicción a la tecnología. En ese sentido, destaca que el 12% de los argentinos arroja niveles muy altos de uso excesivo y continuo de las TIC, al punto que más del 61% utiliza continuamente las tecnologías, mientras que casi el 34% presenta niveles muy altos de uso compulsivo, manifestando sentir un impulso interno que los obliga a utilizarlas en cualquier momento.

En lo concerniente a la adicción comportamental como cuadro dual, encontramos en la investigación de Freimuth et al. (2008) que las tasas de prevalencia de adicción a internet son difíciles de determinar, ya que los modos específicos de uso de internet que son adictivos son complejos de aislar en sus propiedades. Se necesita investigación para determinar si las diversas formas de interacción –como por ejemplo los juegos, sitios de socialización, pornografía, entre otros– representan adicciones separadas o comparten una fuente común de compromiso generado por internet. Por su parte, los autores sostienen, en cuanto a patología dual, que la depresión (Ha 2007; Young y Rodgers, 1998) y la sintomatología depresiva (Forston, Scotti, Chen, Malone y Del Ben, 2007; Whang, Lee, y Chang, 2003) acompañan comúnmente a la adicción a internet, habiendo resultados importantes de numerosos estudios que muestran también, una mayor incidencia de síntomas obsesivo-compulsivos, problemas de control de impulsos y bipolaridad trastornos con el uso patológico de la Internet (Cao, Su, Liu, & Gao, 2007; Ha, 2007; Shapira,

Goldsmith, Keck, Khosla y McElroy, 2000). Asimismo, se registra un aumento de la incidencia del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y se ha informado la existencia de hostilidad, fobia social (Yen et al., 2007), cuadros duales y la utilización de las tecnologías. Lo antes dicho se grafica en el siguiente cuadro:

Salud Mental y Desordenes Adictivos que Ocurren Conjuntamente con la Adicción a Internet.

**TABLE 5. Mental Health and Addictive Disorders
Co-occurring with Internet Addiction**

Bipolar Disorder I or II	70%
Obsessive-compulsive disorder	10%–15%%
Substance use disorder	55%
Psychotic disorders	10%
ADHD (adolescents)	32.2%–43%

Sources: Ko, Yen, Chen, Chen, & Yen; 2008; Liu & Potenza, 2007; Shapira et al., 2001; Yen et al., 2007.

Fuente: Freimuth, et al. 2008, p. 147.

Finalmente, re-pensando un poco mas allá de las estadísticas y datos citados anteriormente, es importante reflexionar en torno a la falta de un consenso en cuanto a criterios diagnósticos y el establecimiento e incorporación de las adicciones comportamentales a nuevas tecnologías como parte de manuales estadísticos y diagnósticos

de uso mundial. Todo esto ha obstaculizado, hasta ahora, la posibilidad de identificación y diagnóstico certero de tales problemáticas por parte de los profesionales de la salud respecto de la comunidad, estimando que los números de casos de población con adicciones hacia las TIC son mucho mayores que los conocidos hasta el momento. Segarra detalla al respecto:

Estamos ante una realidad que va cambiando cada día. “El diagnóstico de nuevas enfermedades siempre va por detrás de los cambios sociales”, asegura Celso Arango, vicepresidente de la Sociedad Española de Psiquiatría en una entrevista. Como él, muchos especialistas lamentan que no exista un protocolo para actuar en estos casos. “Hay que saber diferenciar entre consumo excesivo y adicción, que es cuando la persona pierde el control y sufre porque, aunque le gustaría parar, no puede” (s.f., p. 5).

Lo expuesto se relaciona con lo fundamentado por Kuss et al. (2014) sobre que la adicción a internet está asociada a una serie de factores sociodemográficos y factores psicosociales, así como con síntomas comórbidos y trastornos en adolescentes y adultos. Son significantes los indicadores en cuanto a que una serie de los síntomas básicos (es decir, el uso compulsivo, los resultados negativos y la saliencia) parecen pertinentes para el diagnóstico que establece la adicción a internet y otros desórdenes adictivos. Y también los diferencia, definiéndolos como un síndrome con una etiología y componentes similares, pero diferentes expresiones de adicciones.

Por otra parte, Navarrete et al. exponen en su investigación que:

Históricamente se ha alimentado la creencia de que la prevalencia de la Patología Dual en personas con Trastornos por Uso de Sustancias es la minoría; sin embargo, la evidencia científica sustenta que los casos de personas con PD son la regla y no la excepción (Marín-Navarrete & Szerman, 2015; Szerman, et al., 2013). Estudios realizados en hogares estiman una prevalencia a lo largo de la vida de entre 20% y 50% (Regier et al., 1990; Kessler et al., 1996), mientras que los estudios realizados en personas con TUS en centros de tratamiento reportan prevalencias que van del 50% al 75% a lo largo de la vida (SAMHSA & CSAT, 2005; MarínNavarrete, et al., 2016; Arias et al., 2013), y del 40% al 65% en los últimos 30 días (Navarrete et al., 2015).

Capítulo II: ¿De qué hablamos cuando hablamos de pacientes con trastornos psiquiátricos?

En nuestra sociedad, se desarrolla un fenómeno algo llamativo, quizás producto de una percepción sometida a las leyes de la Gestalt o, tal vez, producto de la desinformación y escasa deconstrucción de ciertas problemáticas. Un ejemplo claro es tratar de pesquisar, en nuestro funcionamiento perceptual y mental, qué o quién es un paciente psiquiátrico. La

puesta en cuestión es recuperada por Elaine Cumming y John Cumming (1957) en su publicación *Closed Ranks: An Experiment in Mental Health Education* citada en el trabajo de Goffman (1972). Allí se desarrolla la idea de que hay una tendencia a definir la enfermedad mental como aquella condición por la que una persona acude a un hospital psiquiátrico en búsqueda de un tratamiento. Lo cierto es que no todas las personas usuarias de los diversos y variados servicios brindados por hospitales psiquiátricos o centros de salud mental se convierten instantemente en pacientes psiquiátricos. Es por ello que Goffman anuda el término "paciente mental" como un concepto que debe ser interpretado estrictamente desde una perspectiva sociológica: "la concepción psiquiátrica de una persona en cuanto altera su sentido social: y en nuestra sociedad esta alteración parece hacerse significativa solo cuando la persona es sometida al proceso de hospitalización" (Goffman, 1972, p.134).

El autor encuadra a los hospitales psiquiátricos dentro de las denominadas *instituciones totales*, entendiéndolas como: "un lugar de residencia o trabajo, donde un gran número de individuos de igual situación, aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente" (p.13).

No obstante, se entiende, desde la perspectiva de este trabajo, que no todas las instituciones de salud mental son un equivalente del concepto de instituciones totales desplegado por Goffman, ya que se estaría incurriendo en un error de interpretación sociohistórico de conceptos. En tal sentido, la definición acuñada por el autor citado respecto de los denominados establecimientos sociales –o instituciones– engloba fielmente el desempeño que tiene una institución de salud mental en la actualidad: "sitios tales como

habitaciones, conjunto de habitaciones, edificios o plantas industriales, donde se desarrolla regularmente determinada actividad” (Goffman, 1972, p.17).

Lo anteriormente desarrollado comprende una aproximación general y no taxativa del concepto de institución de salud mental, comprendiendo la heterogeneidad de significaciones, constructos y, sobre todo, los servicios que cada una de estas instituciones imparte, volviéndose imposible la localización de un término homogéneo.

Tratar de apuntalar un concepto unívoco en cuanto a la definición del trastorno psiquiátrico es una mera utopía. Con sus múltiples acepciones se hallan múltiples sinónimos: trastorno mental, padecimiento mental, trastorno psiquiátrico, enfermedad mental... y la lista continúa sin un punto final a la vista. El parámetro de análisis y definición sobre tal criterio, de mayor aceptación académica y clínica, es aquella que recae sobre el factor psicológico que produce un malestar o interfiere negativamente en una o varias áreas de la vida de la persona.

El DSM-V (2013), en su 5ª edición, sostiene que, aunque ninguna definición es capaz de contener la multiplicidad de aspectos que engloban los trastornos mentales, la definición con mayor asertividad sería:

Un trastorno mental es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento del individuo que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente, los trastornos mentales van asociados a un estrés

significativo o a discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes. Una respuesta predecible o culturalmente aceptable ante un estrés usual o una pérdida, tal como la muerte de un ser querido, no constituye un trastorno mental. Los comportamientos socialmente anómalos (ya sean políticos, religiosos o sexuales) y los conflictos existentes principalmente entre el individuo y la sociedad no son trastornos mentales, salvo que la anomalía o el conflicto se deba a una disfunción del individuo como las descritas anteriormente (p. 20).

No obstante, es interesante zambullirse en diferentes líneas de pensamiento en cuanto al concepto de trastorno mental y las diferentes opciones que se presentan a la hora de pensar un constructo tan trascendente en el devenir de la humanidad. Al respecto, afirma Buchez (1860) que la enfermedad mental se caracteriza por signos y síntomas y estos han servido siempre como principios clasificatorios. ¿Son suficientes? La respuesta es no. La enfermedad no es para clasificarla" (Berrios, 1999). Para Berrios, por su parte, hay básicamente dos maneras de abordar las clasificaciones psiquiátricas: una consiste en mirar desde el interior de la episteme y aceptar el "punto de vista recibido" de que la clasificación es inherente a la mente humana como la inferencia (aún por probar). El segundo enfoque implica estudiar las clasificaciones psiquiátricas desde fuera de la episteme, sin tomar ninguna, y considerar las clasificaciones psiquiátricas como productos culturales. Las buenas clasificaciones deben ser más que conceptos capaces de encasillarse sin errores.

A fines de graficar "diques" de pensamiento como delimitación entre un posicionamiento y otro, vale aclarar que tampoco se considera acertada la postura que

sostiene que los trastornos mentales son invenciones ficticias que no hacen más que oprimir a los sujetos. Un ejemplo de esta concepción lo conforma la romántica ideación de los trastornos mentales expuesta por Deleuze y Guattari (1972), quienes desarrollan una obra acerca de la esquizofrenia, tanto más parecida a una novela literaria que a una producción realista y responsable sobre el tratamiento del padecimiento psíquico del ser. Sitúan al trastorno psiquiátrico padecido por un sujeto como una etiqueta producto del capitalismo y sostienen que, en realidad, no padece un trastorno, pero sí el sometimiento a mandatos familiares, culturales, ideológicos y dogmáticos que impone la *polis*, siendo un sujeto portador de una afección psíquica grave como la esquizofrenia, el revolucionario capaz de dar rienda libre a sus deseos sin ningún tipo de tapujo. En palabras de Bermejo:

Todo ello estaría muy bien si los esquizofrénicos fuesen idílicamente felices y espontáneas máquinas de liberación de los flujos deseantes, y no personas que tienen que soportar unos terribles sufrimientos, producto de todo un proceso de derrumbamiento personal y social. Los esquizofrénicos de Deleuze y Guattari se parecen más a un grupo de intelectuales parisinos que viven en una sociedad opulenta, en la que se goza de una gran libertad de acción y expresión, que a un grupo de seres humanos torturados con electroshocks o mutilados con lobotomías –en tiempos no muy lejanos– y que serían capaces de cualquier cosa, excepto de formar un grupo social coherente o de desarrollar felizmente su esquizofrenia como un proyecto vital. Quizá el propio suicidio de Gilles Deleuze pudiese ser interpretado

como un síntoma de que la realidad siempre se toma la revancha frente a una mala teoría (2007, p. 125).

Si bien la postura de Deleuze y Guattari es idealista y poco prudente, es cierto que muchas de las definiciones acuñadas por la psiquiatría para tratar el padecimiento mental corresponden y toman validez, únicamente, en el grado vincular que posee una sociedad con una determinada cultura, ética y moral y el concepto de salud y enfermedad del que se hayan apropiado. Negar esta relación entre cultura y significado, implicaría caer en un error difícil de sortear. En este sentido, el estudio de Giosan et al. (2001) resulta de sumo interés, ya que trabaja en torno a esta cuestión de la definibilidad del "trastorno mental", señalando que las culturas pueden arrojar algo de luz sobre cuestiones fundamentales acerca del estatus de "trastorno mental" en tanto concepto. Como tal, tiene claras implicancias en la variabilidad cultural de los conceptos populares de desorden y, tal vez, del desorden en sí mismo. Si el "trastorno mental" puede ser efectivamente definido en su forma clásica, esperaríamos encontrar una consistencia sustancial a través de las culturas, en lo que se considera que constituyen y ejemplifican. El "trastorno mental" es intrínsecamente difuso y heterogéneo, basado en prototipos y un complejo conjunto de características.

De todas maneras, no es la intención de este trabajo establecer una historia de la psiquiatría y las enfermedades mentales en la cultura, sino una mera aproximación epistémica a los entramados socio-históricos aunados a estas. Además, es necesario recalcar que la perspectiva que se cree mayormente criteriosa y asertiva —en términos de lo posible—, para arrojar alguna certeza al mundo semántico de la salud mental, es aquella que eximida

en la Declaración Conjunta de Patología Dual (2015) con respecto a los trastornos mentales y las adicciones en su relación con el individuo:

“El motivo de que se cuestione la adicción como un trastorno mental quizá se debe, entre otros motivos, al desconocimiento de los mecanismos neurobiológicos que subyacen a estas conductas, y que la investigación en neurociencias comienza a aclarar”, según explica la Dra. Nora Volkow, directora del National Institute on Drug Abuse (NIDA) en EEUU. En su opinión: “El concepto de adicción como un trastorno de la mente/cerebro desafía valores profundamente arraigados en la opinión pública, sobre autodeterminación y responsabilidad personal que señalan el uso de drogas por estas personas adictas como un acto voluntario y hedonista”. Recientemente, algunas opiniones publicadas sin fundamento científico cuestionan los avances de las neurociencias y sitúan al paciente adicto como responsable de conductas placenteras y, en último término, viciosas. A este respecto, la SEPD quiere aclarar que: “Nadie elige tener una adicción. Los factores sociales ponen en contacto a la población con las drogas o sustancias pero son factores individuales los determinantes de la vulnerabilidad a la adicción. Solo un 10% de las personas expuestas a sustancias sufrirán una adicción y, de entre estas personas, la gran mayoría sufre, además de la adicción, otro problema mental, padeciendo lo que se denomina patología dual. “No todo el que consume tiene una adicción, y el que la sufre no la elige”, explican. (...) las adicciones constituyen, según las actuales clasificaciones internacionales de la Organización Mundial de la Salud y la Asociación Americana de Psiquiatría (CIE y DSM)³ un trastorno mental, como

otros, y no un problema de voluntad, fallo del “carácter” o vicio de aquellos que lo sufren (p. 1).

La adicción, entonces, es un trastorno mental y no un acto voluntario y vicioso.

Capítulo III: Adicciones comportamentales a nuevas tecnologías y patología dual, ¿qué son?

Ante la pregunta sobre tal problemática, es interesante incurrir en lo desarrollado por Luque (2010), cuando postula que la persona se conjuga como un producto del desarrollo tecnológico que generaciones anteriores han iniciado. Se desprende así una dialéctica producto-productor que hace a lo imparable e impensable de los avances tecnológicos. A su vez, la tensión producida por el contradictorio y pleno del devenir humano resalta en tanto se crearon nuevas tecnologías como respuesta a ciertas necesidades. Empero, paradójicamente –o lógicamente– algunas de estas tecnologías aparecen como generadores de nuevas y renovadas necesidades. Por otro lado, sostiene Luque, incluye un espectro continente de artefactos y tecnologías como las computadoras, internet, videojuegos, televisión, telefonía móvil, mp3 y pornografía, entre otras. Siguiendo esta línea, y habiendo especificado la amplia *ratio* de las TIC, la autora pone en escena cierta terminología adecuada para referirnos al vínculo sujeto-objeto. Utilizar el término *tecnodependencia* para referirse al uso problemático de estas tecnologías, nos lleva a denominar como

tecnodependientes a aquellas personas que exhiben una dependencia psicológica hacia estas nuevas tecnologías de la información y comunicación. En este sentido, la autora desarrolla parte de la problemática de la siguiente manera:

Cuando hablamos de “adicciones psicológicas” o “sin sustancias” o “comportamentales”, hacemos referencia a la realización de una conducta que por sí misma no es perjudicial, y que se torna problemática cuando se realiza de manera excesiva y/o compulsiva. Estas adicciones son básicamente patrones conductuales desadaptativos, que producen malestar o deterioro en la vida del sujeto que los ejecuta; al igual que las dependencias a sustancias, también se producen tolerancia, síndrome de abstinencia, fallos en los intentos de controlar el impulso, búsqueda de alivio por medio de la misma conducta problemática. El malestar clínicamente significativo y las consecuencias negativas sobre la vida familiar, escolar/laboral y social, son claros indicadores de la conducta adictiva (Luque, 2010, pp. 117-118).

Siguiendo esta línea de abordaje, es interesante llevar a cabo una reflexión acerca de algunos de los componentes que se encuentran dentro de las TIC. En ese sentido, el tratamiento que realiza Young, citado en el estudio de García del Castillo et al., con respecto a las denominadas *adicciones tecnológicas* es el siguiente:

¿Estamos ante una nueva adicción real o potencial? El referente ante esta pregunta lo encontramos en autores como Young (1996) que definía y acotaba el concepto de adicción a Internet como un deterioro centrado en el control de su uso, que tiene manifestaciones sintomáticas a nivel cognitivo, conductual y fisiológico. Se llega a hacer un uso excesivo de Internet que acarrea como consecuencias la distorsión de los objetivos personales, familiares y profesionales (García del Castillo et al., 2013, p. 8).

García del Castillo et al. (2010) sostienen, en su trabajo, que el abordaje a la problemática de internet se debe llevar a cabo bajo dos vertientes: como una adicción *per se* y como un motor o vehículo para desarrollar otro tipo de adicciones (sexo, compra, trabajo, redes sociales, etcétera). Además, puntualiza:

El proceso de adicción conlleva una alta vulnerabilidad psicológica (Echeburúa y Corral, 2010) que se traduce en déficits de personalidad (introversión, baja autoestima, búsqueda de nuevas sensaciones), déficits en las relaciones interpersonales (timidez, fobias sociales), déficits cognitivos (fantasías, dispersión de la atención) y otras alteraciones psicopatológicas. Viña (2009), señala que el perfil psicológico de los adolescentes que pasan más tiempo en Internet aparecen como emocionalmente inestables, tendentes a la introversión y pesimistas. Presentan un afrontamiento improductivo que no persigue la resolución de problemas. García del Castillo et al. concluyen,

en su trabajo, con un perfil psicosocial de las personas con mayor frecuencia de uso de Internet que se sintetiza en:

- Tendencia a la introversión.
- Pensamientos negativos sobre su capacidad para interactuar con otros.
- Incomodidad con las relaciones sociales reales.
- Búsqueda de relaciones “reforzantes” a través de medios con los que “evitar” la presencia física.
- Posibilidad de mantener el anonimato (coincidente con los trabajos de Young, 1997).
- Posibilidad de elaborar una personalidad “ficticia” (coincidente con los trabajos de Young, 1997).
- Posibilidad de abandonar la “relación virtual” sin consecuencias negativas directamente perceptibles (coincidente con los trabajos de Young, 1997) (2008, p.10).

A la problemática de las adicciones a nuevas tecnologías, o *tecnodependencias*, hay que sumar la aclaración de que algunas tecnologías parecen tener o encuadrar una posibilidad de “enganche” mayor que otras con las que guardan similitudes. Tal es el caso del teléfono móvil. Al respecto, Barrón expresa que:

puede describirse un comportamiento compulsivo relacionado con el teléfono en quienes no pueden dejar de usarlo, gastan cantidades ingentes en ello y no siempre tienen objetivo comunicacional concreto al llamar. Este comportamiento no es nuevo, pero se ha visto renovado con el surgimiento y popularización de la telefonía móvil (2010, p. 120).

Sintetiza que los adictos al teléfono móvil no pueden pasar minutos sin el dispositivo a su lado. Algunas de las consecuencias que esto acarrea son:

El sueño alterado y el mal humor correlativo, la pérdida de privacidad, la disminución de rendimiento y posterior abandono de actividades productivas, la progresiva pérdida de relaciones sociales, son indicadores de uso abusivo. Hay dependencia cuando existe aislamiento y/o preferencia casi exclusiva de contacto con otros por vía telefónica, particularmente si es por vía SMS (p. 120).

Por otro lado, la autora trae a colación el concepto de *teleadicción*, entendido como un consumo abusivo –y obsesivo– de televisión o una fijación hacia ella, considerándose su uso excesivo si en la vida de una persona hay un consumo equivalente o superior al 50% de tiempo libre que tiene en su cotidianeidad, resumiéndose en:

La falta de esparcimiento extrafamiliar por permanecer ante el televisor, la contemplación de la pantalla sin atender a otros estímulos o presencia de personas, la dificultad para apagar el televisor aunque no haya programación de interés, la preocupación por la programación no vista cuando hay otras obligaciones escolares y/o laborales, y el atracón televisivo de los fines de semana o días libres, son indicadores de uso problemático de la televisión (Barrón, 2010, p. 121).

En el caso de la adicción a los videojuegos, el trabajo realizado por Choliz y Marco constata que:

(...) en gran medida, el patrón de consumo excesivo está favorecido por las propias características que tienen muchos videojuegos y que son, precisamente, algunas de sus principales virtudes que hemos descrito anteriormente: sensación de dominio y autodeterminación, estética agradable y fantástica, feedback de actuación, compromiso con otras personas (en el caso de los multijugadores), absorción de la realidad, etcétera (2011, p. 419).

En ese sentido los autores también rescatan:

Tanto estas propiedades motivacionales, como las consecuencias derivadas del consumo excesivo, pueden llegar a provocar una imperiosa necesidad de jugar por parte de algunas personas. Hay suficiente evidencia empírica clínica y científica (Griffiths, 2000) de que, el juego en exceso, se trata de una actividad que puede convertirse en problemática (Tejeiro y Bersabé, 2002) y en algunos casos adictiva (Griffiths, 2008a) especialmente en juegos online, en los que se trata de una actividad expansiva y sin fin, en la que las posibilidades de acción son innumerables (Chappell, Eatough, Davies y Griffiths, 2006). Además, suele ser común que el uso excesivo de videojuegos vaya en menoscabo de otras actividades igualmente importantes (Choliz y Marco, 2011, p. 419).

Habiendo desarrollado algunos intercambios en torno a las adicciones a nuevas tecnologías más recurrentes dentro del amplio mundo de las TIC, en las siguientes líneas se procurará llevar a cabo una búsqueda de entendimiento respecto de algunos de los procesos neurobiológicos implicados en las adicciones comportamentales.

El trabajo de Goldstein y Volkow (2011) sostiene que, desde un inicio, se creyó que la pérdida de control sobre la ingesta de drogas que se produce en la adicción era el resultado de la interrupción de los circuitos de recompensa subcorticales. Sin embargo, los estudios de imagen en comportamientos adictivos, han identificado una implicación clave de la corteza prefrontal (PFC), tanto a través de su regulación de la límbica, buscando recompensar ciertas regiones, así como también por su participación en la función ejecutiva de orden superior (por ejemplo: el autocontrol, atribución de la notoriedad y la conciencia).

Al mismo tiempo, en los estudios de Navarrete, et al. (2016), los autores parten de la base de que el sistema mesolímbico de recompensa se compone por el núcleo accumbens (NAc) y el área tegmental ventral (ATV), junto con sus conexiones aferentes y eferentes. Las drogas afectan y moldean a este sistema. La idea de comenzar por entender la neuroanatomía implicada es el punto de partida esencial para pensar qué estímulos asociados son capaces de producir conductas motivacionales relevantes. Ahora bien, junto con las neuronas dopaminérgicas, se hallan las neuronas del ATV, continentales de ácido gamma-aminobutírico (GABA) en un 30%, aproximadamente. Tradicionalmente, las neuronas dopaminérgicas eran las únicas a las que se les atribuía la tarea de conexión entre el ATV y el NAc ante estímulos gratificantes y aversivos, dejando fuera de ese rol a las neuronas continentales de ácido gamma-aminobutírico. Estas últimas, además, sostienen los autores, proporcionan una inhibición local de las neuronas dopaminérgicas y aquellas GABA que se dirigen al NAc cumplen acción inhibitoria en las proyecciones de largo alcance desde el ATV.

Los autores señalan que en el estudio realizado por Creed, Ntamati y Tan (2014):

Algunos resultados observados, sugieren que las neuronas gabaérgicas del ATV, regulan bidireccionalmente la actividad de las neuronas dopaminérgicas locales que subyacen en las conductas de gratificación o aversión. A la inversa, las proyecciones GABA de largo alcance que van desde el ATV al NAc se dirigen selectivamente a las interneuronas colinérgicas para espaciar su disparo y así reducir temporalmente el tono

colinérgico en el NAc, lo cual modula el aprendizaje asociativo (Navarrete et al., 2014, p. 8).

Asimismo, hacen énfasis sobre la importancia del sistema endocannabinoide en su función de regulación de la conducta, siendo que se ha conservado a lo largo de 500 millones de años en el reino animal y mantenido su gran influencia en procesos críticos del comportamiento: recompensa, aprendizaje, asociación, comportamiento dirigido a un objetivo, habilidades motoras, entre otras. Más allá de los procesos mencionados, cabe destacar la importancia del sistema endocannabinoide en la conversión de una acción en un hábito y la regulación neuronal de la dopamina.

En esta línea, Navarrete et al. sostienen que:

La toma de decisiones es un constructo etológico de adaptación que se altera en múltiples trastornos psiquiátricos. Tradicionalmente la actividad de la dopamina dentro del sistema mesocorticolímbico se ha asociado a la toma de decisiones. A través de sus acciones en las sinapsis inhibitoras y excitadoras, el sistema endocannabinoide modula la actividad de la dopamina y la toma de decisiones, por lo que es un sistema que tiene una gran importancia en todo aquello relacionado con los comportamientos y, por ende, las adicciones comportamentales. Existen factores genéticos que podrían condicionar una desregulación en el sistema endocannabinoide y en

consecuencia, en las respuestas al estrés y los estados emocionales negativos y el craving relacionado con las adicciones (Navarrete et al., 2014, p. 9).

Así mismo, en el trabajo realizado por Toranzo, Marín y Morán (2018) se puntualiza que:

Hay diversas sustancias naturales y actividades que tienen propiedades reforzadoras positivas que inciden en los centros de recompensa, tales como la comida, bebida, comportamientos sexuales, entre otros. De acuerdo a Domjan (2011), el reforzador ha sido definido como cualquier estímulo que incrementa la probabilidad de repetición de una conducta. Los trabajos muestran que las drogas de abuso sirven como reforzadoras positivas y la diferencia con los reforzadores naturales es que éstos acceden al sistema de recompensa mediante las vías sensoriales, mientras que las drogas de abuso estimulan directamente dicho circuito, creando una señal que indica falsamente la llegada de un beneficio adaptativo. Esto provoca que haya un aumento de la frecuencia del consumo y un mayor desplazamiento de las conductas adaptativas (p. 565).

Sumado a esto, la revisión bibliográfica realizada por los autores arroja evidencia sólida sobre la presencia de fenómenos relacionados con la tolerancia y abstinencia en *tecnoadictos*:

La tecnoddependencia o adicción a la tecnología es la implicación excesiva del hombre con la máquina (internet, computadora, teléfono móvil, video juegos y televisión), específicamente a tecnologías de la información y comunicación (Sanchez-Cabonell, X., et al. 2008). Cada tipo de tecnología puede generar comportamientos compulsivos, tolerancia, síndrome de abstinencia y se producen consecuencias indeseables o negativas a raíz de la falta de control del impulso de uso y adquisición. Sin embargo, existen sujetos que no cumplen por separado los criterios de uso problemático de cada tecnología, lo que lleva a suponer la existencia de tecnodpendientes, es decir, personas que no son adictos o dependientes a una sola de estas tecnologías, pero que sí lo son a varios tipos de tecnología a la vez (Luque et al., 2010) (Toranzo, Marín y Morán, 2018, p. 562).

Habiendo puesto la mirada sobre las implicancias neurobiológicas de las adicciones, es necesario puntualizar en la relación entre las adicciones a nuevas tecnologías de la información y comunicación y las denominadas *patologías duales*. Estas últimas se refieren a la concurrencia de un trastorno adictivo con otro trastorno mental en la misma persona. Ambos pueden ocurrir al mismo tiempo o ser antecedido o precedido uno por el otro. La patología dual también implica la interacción entre las dos enfermedades o bases neurobiológicas comunes, dando como resultado una nueva entidad clínica:

En las adicciones comportamentales y más concretamente en la adicción a internet, los comportamientos compulsivos resultantes conllevan la merma de la capacidad para controlar los impulsos a pesar de las consecuencias negativas, de manera similar a otras adicciones con sustancias. Es de esperar que, al igual que sucede con las personas adictas a sustancias, aquellas que sufran adicciones comportamentales reciban el diagnóstico de otros trastornos mentales, y viceversa. Volkow y Li han sugerido que los fenotipos propensos a la adicción para trastornos por uso de sustancias presentarán también una vulnerabilidad a otros reforzadores alternativos en el entorno de la persona, como podría ser el uso problemático de internet. La realidad clínica es que en el caso de las adicciones comportamentales la asociación a otros trastornos mentales suele ser la norma y no la excepción (Navarrete et al., 2014, p. 13).

Los autores rescatan la presencia de gran cantidad de evidencia en cuanto a la adicción a internet y su asociación con tasas elevadas de síntomas psicopatológicos y trastornos comórbidos. No obstante, es un tema que requiere una mayor exploración. Algunos estudios sobre patología dual en adicción a internet se asocian con variadas consecuencias para la salud, encontrando, entre los trastornos comórbidos, trastornos afectivos y de ansiedad, síntomas obsesivos compulsivos y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Los trastornos depresivos y de ansiedad son los más comunes en la asociación a la adicción a internet. También hay una alta correlación con el consumo problemático de alcohol y el abuso de drogas.

Al respecto, un importante estudio llevado a cabo por Kuss et al. (2014) incluye, entre los síntomas comórbidos en la adicción a internet, el consumo de alcohol y sustancias, propensión a conductas problemáticas, depresión, ideación suicida, fobia social y ansiedad fóbica, esquizofrenia, trastorno obsesivo-compulsivo, psicoticismo y conductas antisociales/agresivas. Asimismo, una serie de problemas psicosomáticos se han vinculado al uso problemático de internet, como una mala condición de salud, excesiva somnolencia diurna, falta de energía, disfunción fisiológica, inmunidad debilitada, obesidad y una visión deficiente.

En la Declaración Conjunta de Patología Dual, Szerman et al. (2015) expresan:

Las adicciones se presentan, en su amplia mayoría, junto con otros trastornos mentales, situación clínica reconocida y denominada Patología Dual, que sucede en, al menos, el 70%, según estudios epidemiológicos españoles e internacionales, datos que con las evidencias actuales, están probablemente infra diagnosticados. Los trastornos mentales de cualquier tipo cursan en más del 50% con usos problemáticos o adictivos a sustancias.⁶ Las actuales evidencias científicas apoyan que no se trata de dos trastornos diferentes, sino de distintas manifestaciones clínicas que interactúan y se presentan según circunstancias individuales y medioambientales, de forma conjunta o secuencial, indistintamente de que se manifieste primero una u otra (p. 2).

Allí también puntualizan la necesidad de que los estudios epidemiológicos incorporen, en la configuración de sus metodologías, la esfera de las adicciones comportamentales o adicciones sin sustancia, reconocidas en la actualidad como equivalentes, en términos neurobiológicos y clínicos, a los trastornos adictivos a sustancias. Szerman et al. remarcan, como punto esencial, la urgencia y necesidad de un modelo asistencial basado en patología dual:

Los pacientes con trastornos mentales, incluidas las adicciones, deben tener acceso a un único modelo asistencial multidisciplinar que integre y/o coordine la red de salud mental y la red de adicciones. La existencia como hasta ahora de dos puertas, adicciones y salud mental, para un único enfermo, conduce al que ha sido llamado “síndrome de la puerta equivocada”. Todo paciente tiene derecho a ser adecuadamente evaluado por profesionales expertos y a recibir una asistencia integral en patología dual, basada en las evidencias científicas. La existencia de dos redes asistenciales no es suficientemente eficaz ni eficiente y deja a muchos pacientes sin diagnóstico de la patología dual, como puso de manifiesto el estudio epidemiológico de Madrid, y por tanto sin acceso a un tratamiento integral (2015, p. 3).

Y sostienen, en esta línea, la importancia fundamental de llevar adelante un abordaje integral en el tratamiento de los trastornos mentales y adicciones:

En el abordaje de las personas con adicciones y con patología dual se deben aplicar los conocimientos científicos, tanto de la medicina como de la psiquiatría y psicología actual. El tratamiento basado en las evidencias científicas debe centrarse en el paciente, ser integral, de calidad y de libre acceso. Todo ello ayudará a no repetir los errores del pasado y evitará que se estigmatice gravemente tanto al paciente como a sus familias (Szerman et al., 2015, p. 3).

Capítulo IV: Desentramando el dispositivo grupal de metacognición

Para realizar una primera aproximación a una deconstrucción semántica del término *dispositivo*, es apropiado reposar en Foucault (1977) quien, si bien nunca desarrolló una idea o definición en sentido estricto, sostiene que:

Aquello sobre lo que trato de reparar con este nombre es [...] un conjunto resueltamente heterogéneo que compone los discursos, las instituciones, las habilitaciones arquitectónicas, las decisiones reglamentarias, las leyes, las medidas administrativas, los enunciados científicos, las proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas. En fin, entre lo dicho y lo no dicho, he aquí los elementos del dispositivo. El dispositivo mismo es la red que tendemos entre estos elementos. [...] Por dispositivo entiendo una suerte,

diríamos, de formación que, en un momento dado, ha tenido por función mayoritaria responder a una urgencia. De este modo, el dispositivo tiene una función estratégica dominante [...]. He dicho que el dispositivo tendría una naturaleza esencialmente estratégica; esto supone que allí se efectúa una cierta manipulación de relaciones de fuerza, ya sea para desarrollarlas en tal o cual dirección, ya sea para bloquearlas, o para estabilizarlas, utilizarlas. Así, el dispositivo siempre está inscrito en un juego de poder, pero también ligado a un límite o a los límites del saber, que le dan nacimiento pero, ante todo, lo condicionan. Esto es el dispositivo: estrategias de relaciones de fuerza sosteniendo tipos de saber, y [son] sostenidas por ellos (Agamben, 2011, p. 250).

El dispositivo siempre tiene una estrategia concreta. Agamben realiza una comparación entre la idea foucaultiana y la definición de dispositivo provista por varios diccionarios franceses y describe que allí se pueden encontrar tres significados:

1) Un sentido jurídico en sentido estricto: “El dispositivo es la parte de un juicio que contiene la decisión por oposición a los motivos”, es decir, la parte de la sentencia (o de la ley) que decide y que dispone. 2) Una significación tecnológica: “La manera en la que están dispuestas las piezas de una máquina o de un mecanismo y, por extensión, el mecanismo en sí

mismo”. 3) Una significación militar: “El conjunto de medios dispuestos conforme a un plan” (Agamben, 2011, p. 253).

Especifica, posteriormente, que “cada uno de estos significados está presente, de cierta manera, en el uso que Foucault efectúa del término” (Agamben, 2011, p. 253).

Existiendo una diversa y variada bibliografía sobre etimologías y significaciones sobre lo que la palabra *dispositivo* pueda contener o no, se recupera la concepción de Foucault porque, mas allá de la presencia de una disposición de mecanismos o piezas destinadas a lograr una determinada función o ejercer un determinado impacto, comparte la perspectiva de una imperancia de una relación de poder latente en el desenvolvimiento del dispositivo que aquí se pretende abordar. No obstante, a dicha relación de poder –quizás asimétrica a priori–, en términos de pedagógicos se la piensa como temporal, procurando a posteriori un cambio de perspectiva capaz de abrir paso al *fortalecimiento*, noción desarrollada por Montero, quien afirma que:

por fortalecimiento se entiende el proceso mediante el cual los miembros de una comunidad (individuos interesados y grupos organizados) desarrollan conjuntamente capacidades y recursos, para controlar su situación de vida, actuando de manera comprometida, consciente y crítica, para lograr la transformación de su entorno según sus necesidades y aspiraciones, transformándose al mismo tiempo a sí mismos (Montero, 2003, p. 616).

Se procura que el grupo, mediante el despliegue del dispositivo, se abra paso a procesos de empoderamiento capaces de potenciar el control de sus vidas mediante la facilitación de un espacio. Ahora bien, si hablamos de grupo, esta noción se entiende bajo la concepción grupal como “un mundo de vida”, en donde lo intersubjetivo de los actores está presente en todo momento, interactuando realidades. En ese sentido, Schutz (1993) citado en el trabajo de Agüero, sostiene que “el mundo de la vida cotidiana no es, en modo alguno, mi mundo privado; sino desde el comienzo, un mundo compartido con mis semejantes, experimentado e interpretado con otros; en síntesis, un mundo común a todos nosotros (p.90).

Es en ese grupo en donde la relación cara a cara se nutre de distintas miradas, situaciones, historias y emociones que propenden a un cambio, un movimiento acarreado por una *metacognición* que, a su vez, es objeto de gran interés y estudio en las respuestas obtenidas en áreas como la toma de decisiones, la memoria, aprendizaje y motivación, mediante el desarrollo de habilidades cognitivas (Metcalf,1994). Además, la metacognición está relacionada con los pensamientos. Dunlosky (2009) sostiene que metacognición refiere a los pensamientos sobre los pensamientos y la cognición de uno. Así que, para la metacognición, en lugar de preguntarse cómo una persona puede verse a sí misma actuar, una pregunta aun más apropiada sería: "¿Cómo puede una persona pensar y pensar en su pensamiento al mismo tiempo?". Cada día pensamos en nuestros propios pensamientos y tomamos decisiones sobre cómo actuar, basadas en esta metacognición. El conocimiento metacognitivo pertenece al conocimiento declarativo de la gente sobre la cognición; es decir, el conocimiento de nuestros propios modos de pensar. El conocimiento declarativo está compuesto de hechos, creencias y episodios que pueden ser declarados

verbalmente o no. La tabla propuesta por el autor, refleja algunos conceptos centrales sobre los cuales orbita la concepción de metacognición:

Definición de conceptos importantes relevantes a la Metacognición.

Table 1.1 Definitions of Important Concepts Relevant to Metacognition

<i>Concept</i>	<i>Definition</i>	<i>Examples</i>
Cognition	Symbolic mental activities and mental representations	Learning, problem solving, reasoning, memory
Metacognition	Cognitions about other cognitions	See examples in text
Metacognitive knowledge	Knowledge about a kind of cognition	<ul style="list-style-type: none"> • Knowledge about how learning operates • Knowledge about how to improve learning
Metacognitive monitoring	Assessing the current state of a cognitive activity	<ul style="list-style-type: none"> • Judging whether you are approaching the correct solution to a problem • Assessing how well you understand what you are reading
Metacognitive control	Regulating some aspect of a cognitive activity	<ul style="list-style-type: none"> • Deciding to use a new tactic to solve a difficult problem • Deciding to spend more time trying to remember the answer to a trivia question

Fuente: Dunlosky, 2009, p. 3.

A fines de sintetizar conceptos y aunar términos, resulta interesante el planteamiento que realiza González sobre la metacognición y el aprendizaje estratégico:

Una estrategia constituye la puesta en juego de una organización sistémica y social, cultural e históricamente situada, de los recursos que dispone una persona (u organización) para alcanzar un fin (meta, propósito), previamente establecido. Así que, cuando el fin se refiere al logro de capacidades, competencias, habilidades, destrezas, conocimientos, que hagan viable la ejecución futura de determinadas acciones, entonces se trata de una estrategia de aprendizaje. El logro del aprendizaje estratégico requiere de los siguientes dispositivos: recursos, heurísticas, creencias, afectos, prácticas y metacognición. En el caso específico de la matemática, hay autores (como Alan Schoenfeld) que consideran a la metacognición como un componente sustantivo del pensamiento matemático, el cual, además de los recursos conceptuales, procedimentales y experienciales, propiamente matemáticos, incluye aspectos de carácter afectivo, tales como las actitudes, emociones y creencias. Además de los dispositivos antes mencionados, el aprendizaje estratégico amerita las condiciones personales siguientes, cuya presencia resulta imprescindible: conservar la capacidad de asombro, ser persistente, plantearse preguntas, disminuir la impulsividad, transferir conocimientos, escuchar la opinión de otros, usar lenguaje con precisión, ser creativo, tener flexibilidad de pensamiento, usar todos los sentidos, chequear la adecuabilidad de las respuestas y ejercitar la metacognición (2009, p. 132).

Al estar el vocablo *educación* muy presente dentro de la concepción metacognitiva se pretende, en este trabajo, sumar al constructo un componente ineludible y necesario: el de

psicoeducación. Toda metacognición, encarna en su *locus* una psicoeducación, la cual comprende que:

Al sistematizar estudios donde se realizan intervenciones psicoeducativas se evidencia una concepción esencialmente informativa, caracterizada por: involucrar a una persona proveedora de información y un usuario receptor de esa información, desde esta perspectiva ha primado el carácter pasivo de los participantes. (...) La psicoeducación constituye una alternativa válida para responder a estas exigencias, es por esto que los autores en esta comunicación pretenden socializar acerca de las características que debe tener la estrategia psicoeducativa para la prevención del consumo de drogas en adolescentes y jóvenes (Fernández-Castillo, 2020, p. 225).

Resalta la importancia del carácter preventivo que deben encausar estos dispositivos y que, al ser la adicción un problema de salud, la prevención aporta una puerta de entrada hacia el potencial activo y autorregulador de la persona. Agrega, además:

La American Psychological Association enunció directrices para la prevención en Psicología dentro de las que se destacan la necesidad de implementar acciones basadas en la evidencia científica y ajustadas al contexto, que respondan a las necesidades de sus miembros (p. 225).

En ese sentido, para la prevención se hace ineludible, por un lado, la utilización de herramientas orientadas hacia fines educativos. Por otro lado, pero en el mismo escalafón, se necesitan métodos que fomenten la capacidad de introspección, mediante la cual se enriquecería la metacognición. Dunlosky desarrolla el tema muy pertinentemente sosteniendo que, tal como describió elocuentemente Woodworth (1921), la introspección es la "observación por parte de un individuo de su propia acción consciente... Es una forma de observación, y no una especulación o un razonamiento de una experiencia pasada. Es una observación directa del hecho" (Dunlosky, 2008 p.10).

Wilhelm Wundt (1832-1920) fue, quizás, el más famoso defensor de este método introspectivo. Sostuvo que el tema de la ciencia psicológica es la experiencia inmediata. La "experimentación inmediata" –o introspección concurrente–, defendida por Wundt, eludía completamente la paradoja de Comte, porque involucraba a un introspector que observaba indirecta y pasivamente la mente "por el rabillo del ojo mental" (Nelson, 1996, p. 104). Por consiguiente, la paradoja de Comte –que dicta que la introspección no podía ocurrir porque el órgano observador y el órgano observado eran idénticos– no era una paradoja en absoluto porque, para que se produjera la introspección actual, solo se necesitaba una porción del órgano mental para mirar hacia atrás sobre sí mismo. Este argumento resuena bien con una resolución contemporánea de la paradoja de Comte, que se basa en la evidencia neuropsicológica (Dunlosky, 2008).

La introspección, en ese sentido, también favorecería el proceso metacognitivo mediante el cual individuo percibe y entiende las conductas que realiza. Este proceso de *insight* –darse cuenta– pudo ser facilitado por la técnica del *mindfulness* en tanto motor hacia la atención plena. Kabat-zinn (2010), pionero en *mindfulness*, define la atención plena como

un encuentro con la esencia de la vida; se trata de emprender una aventura con lo que se podría asemejar a la “verdad” –que incluye la belleza, lo desconocido y lo posible–, percibiendo las cosas como son, presentes aquí y ahora ya que no hay otro tiempo más que este.

La atención plena es una capacidad incubada en la atención selectiva y mantenida; es ahí donde florece lo consciente. Si a esa atención la dotamos de calma, surge indefectiblemente la mejora de su calidad (Kabat-Zinn, 2010).

De esta forma, la práctica de *mindfulness* es una herramienta altamente eficaz para la prevención de las conductas adictivas. Saporiti rescata que:

El Mindfulness se ha postulado como una práctica útil en el abordaje de múltiples psicopatologías (T. de ansiedad, del estado de ánimo, T. Límite, alimentarios, etc.) y en la disminución del estrés derivado de algunas patologías orgánicas crónicas. (...) la práctica del Mindfulness proporciona una conciencia metacognitiva (darse cuenta, Insight) lo cual brinda la oportunidad de responder eficazmente y no simplemente reaccionar de forma automática. “Entre un estímulo y una respuesta hay un espacio de tiempo que es lo que nos hace libres para responder (s.f., párr. 1).

Por otro lado, cuando se piensan metodologías de abordaje para facilitar estas prácticas, resulta interesante volver al pensamiento foucaultiano y profundizar en la investigación

realizada por Pagotto, en donde se tocan vértices pertenecientes a la técnica de la *parrêsía* y la potencia grupal, en donde la *parrêsía* se conjuga del siguiente modo:

El uso clásico de la parresía Foucault lo presenta ligado a la noción de práctica. Se encuentra la posibilidad de acceder a la palabra para todos, un derecho a la palabra para todos, como rasgo determinante del campo político: “[...] la palabra en tanto que es un acto de afirmación de sí mismo y de su opinión del campo político” (Foucault, 2017a: 126). A partir de un compromiso denominado pacto parresíastico donde se garantiza que no habrá represalias ni castigo a la hora de oír la verdad. Encontramos a partir de esta indicación un punto interesante que exige el arte de la parresía: “[...] disociar lo que es enunciado de aquel que lo enuncia” (2019, p. 6).

La utilización de la técnica parresiana en este tipo de dispositivos grupales favorece la subjetivación, concientización y responsabilización del sujeto para con su vida y la de los demás. Es por ello que:

Cuando indagamos el paseo que traza Foucault por el pensamiento antiguo grecorromano, podemos advertir la conformación de un nudo borromeo entre ética, estética y política en el planteo sobre la relación verdad-subjetividad. El anillo político que constituye el nudo, sobre todo en el sentido de la gestión de la no-dominación, es el gobierno de sí como

condición primera para el gobierno de los otros. Esta referencia a la resistencia nos permite un acceso rápido a la indagación sobre quien tiene la posibilidad de decir la verdad también tiene la disponibilidad de cómo quiere expresarla; y hacer de esta tarea la autoafirmación de su vida. Por otra parte y en esta misma orientación, Deleuze nos ofrece una serie para la posición subjetivante: quiero la verdad - no quiero engañar - no quiero engañarme a mí mismo - quiero un mundo y una vida mejor. La subjetivación siempre entendida como una práctica estética y lúdica que permite el desenvolvimiento de una vida activa. Conclusivamente, advertimos la voluntad de verdad a la invención de nuevas posibilidades o modos de vida (Pagotto, 2019, p. 3).

Esta idea esgrimida por la autora, nos lleva a pensar en el potencial del trabajo grupal como catalizador de una creatividad capaz de funcionar como acto de creación subjetivante, individual y colectivo, que apunta a lograr un modo de vida libre mediante la resistencia, entendiendo la libertad como gobierno de sí y gobierno de otros. Resulta interesante relacionar este acto de liberación mediante la potencia grupal con la etiología de la palabra *adicto*, mencionada en las primeras páginas de este trabajo – *adictus* como sujeto deudor, esclavo de un acreedor– y la herramienta como opción y posibilidad que genera el dispositivo aquí planteado al sujeto. Es por ello que una de las máximas que motivan y acompañan al despliegue de este dispositivo es la evocación del uso de la palabra *parresiaca* para referirnos a una manera de hablar con franqueza, libremente:

El parresiasta es claro en la formulación de la verdad-convicción y se instala en el presente, en la crítica de su tiempo que lo lleva a incitar un orden de conducta aquí y ahora; 2. La práctica de la parresía interpela permanentemente nunca se sustrae, ¿será acaso porque es posible pensar un vínculo entre decir verdad y lo intolerable?; 3. La parresía siempre desencadena un proceso donde es posible que ese lazo se rompa en pos de la crítica y del decir verdadero. El ocuparse de sí mismo, desde esta perspectiva, es la consecuente producción ética de una forma de vida otra: en ruptura y transgresora. Quizás un modo otro de incitar la vida a otros modos de ser. La verdad ética, es decir, parresiasta ya no es identidad sino alteridad y otredad a partir de un uso diferente del discurso y la lengua que afirman la vida (Pagotto, 2019, p. 7).

La evocación de la palabra *parresiasta* y la atención plena funcionan como modos subjetivadores importantes a la hora de pensar en una estrategia de prevención y promoción de la salud. Estos habilitan al sujeto a concebirse en un proceso de des-gobierno de la sustancia como un acto de resistencia y libertad, recuperando el derecho de replegarse hacia la felicidad constitutiva de la potencialidad individual y colectiva, mediante la obligación hacia el saber decir-saber hacer, la ocupación de sí mismo y del recordar como acto metacognitivo.

Este acto de utilización de la palabra, diálogo y parresía como antesala de un proceso de cambio y de *insight*, se ve saneado –en este dispositivo– por la utilización de la *entrevista motivacional* en su despliegue que, en palabras de Miller y Rollnick:

(...) presta atención al lenguaje natural acerca del cambio, y su propósito es tener conversaciones más efectivas acerca del mismo, sobre todo cuando se dan en un contexto en el que alguien ofrece ayuda profesional a otra persona. En nuestra experiencia, muchas de estas conversaciones transcurren de un modo disfuncional, por muy buenas que sean las intenciones del entrevistador. La EM se ha diseñado para encontrar un modo constructivo de superar los retos que suelen aparecer cuando alguien, con la intención de ayudar, se adentra en la motivación para el cambio de otra persona. En concreto, la EM consiste en organizar las conversaciones de modo que las personas se persuadan a sí mismas para cambiar, en función de sus propios valores e intereses. Las actitudes no sólo se reflejan en el discurso, sino que este puede modelarlas activamente (1999, p. 26).

Entonces, nos podemos preguntar: ¿qué es efectivamente la entrevista motivacional como técnica? Con base en esta pregunta, descubrimos múltiples significaciones y un *continuum* de posturas y estilos que han prevalecido a lo largo de los años, cada una con diferentes grados de eficacia y eficiencia. Entre ellas se destacan el *estilo directivo*, el *estilo de acompañamiento* y el *estilo de guía* como intermediario de ambos extremos. Al respecto, Miller y Rollnick sostienen que la EM es una técnica amplia y compleja que abarca mucho más que el simple hecho de hacer preguntas, ya que es atravesada necesariamente por una escucha de calidad. Se la puede pensar en tres niveles distintos de definición:

La primera es una definición para el público general que se centra en el propósito de la EM: La entrevista motivacional es un estilo de conversación colaborativo cuyo propósito es reforzar la motivación y el compromiso de la persona con el cambio. En primer lugar y sobre todo, la EM es una conversación acerca del cambio. Si hubiéramos tenido que llamarla de otra manera, probablemente hubiera sido «conversación motivacional». Puede ser breve o prolongada y puede darse en muchos contextos distintos, individualmente o en grupo, pero siempre se trata de una conversación colaborativa, jamás de un sermón o de un monólogo. Se trata más de guiar que de dirigir. Además, tal y como indica el nombre, su propósito principal es reforzar la motivación para el cambio: la motivación de la propia persona. La motivación sin compromiso es incompleta (Miller y Rollnick, 1999, p. 37).

La entrevista motivacional tiene como objetivo, en este trabajo, ser cultivadora y transformadora de la *autoeficacia* percibida en las personas, término intrínsecamente relacionado con el concepto de cambio y cognición que se viene persiguiendo. En palabras de Albert Bandura (1999), la autoeficacia percibida se define como el conjunto de creencias de las personas sobre su capacidad para producir niveles designados de rendimiento, que ejercen influencia sobre los acontecimientos que afectan a sus vidas. Las creencias de autoeficacia determinan cómo se siente, piensa, se motiva y se comporta la gente. Tales creencias producen estos diversos efectos mediante cuatro procesos principales: cognitivo,

de motivación, afectivos y de selección. Un fuerte sentido de eficacia mejora los logros humanos y el bienestar personal de muchas maneras. Las personas con alta seguridad en sus capacidades abordan tareas difíciles como desafíos a dominar, en lugar de percibirlos como amenazas a evitar. Una perspectiva tan eficaz fomenta el interés intrínseco y el profundo ensimismamiento en las actividades. Las personas se enfrentan a un reto en relación con el planteamiento de objetivos y el mantenimiento de un fuerte compromiso con ellos. Una perspectiva tan eficaz conduce a logros personales, reduce el estrés y disminuye vulnerabilidad a la depresión. Por el contrario, las personas que dudan de sus capacidades rehúyen de las tareas difíciles que son percibidas como amenazas personales. Tienen bajas aspiraciones y un débil compromiso con los objetivos que eligen seguir. Cuando se enfrentan a tareas difíciles, se concentran en sus deficiencias, en los obstáculos que encontrarán y todo tipo de resultados adversos, en lugar de enfocarse en cómo actuar con éxito. Aflojan sus esfuerzos y se dan por vencidos rápidamente ante dificultades. Son lentos para recuperar su sentido de eficacia después de un fracaso o un contratiempo. Debido a que consideran que un rendimiento insuficiente es una aptitud deficiente, no requieren de muchas experiencias de fracaso para perder la fe en sus capacidades (Bandura, 1999).

Habiendo desarrollado algunos conceptos, técnicas y objetivos sobre los que se sustenta y nutre el dispositivo a desarrollar, resulta apropiado pensarlos en relación con la noción de *prevención*, definida por la OMS como “las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida” (1998, p. 13). Seguido, se extiende la explicación al concepto de promoción de la salud, definiéndola

como “la promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla” (OMS, 1998, p.10). Ambos conceptos son contenidos por el dispositivo planteado, para perseguir un impacto capaz de rectificar la autonomía del sujeto y mejorar los lazos consigo mismo y con el mundo que lo circunda. El tipo de prevención que proponemos es la prevención selectiva. Se trabaja con poblaciones con mayor riesgo de desarrollar una conducta adictiva, previa presentación de sus características biológicas, psicológicas, sociales y/o ambientales. Al mismo tiempo, se lleva a cabo una prevención indicada aun cuando las características del consumo no sean consideradas problemáticas desde los manuales de criterios diagnósticos; este tipo de prevención busca anticiparse, mediante el despliegue de estrategias tendientes a un enfoque conductual del individuo (Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas CICAD, 2013).

Asimismo, al tratarse, la problemática que aquí se aborda, de pacientes psiquiátricos y patología dual, el impacto táctico del dispositivo acarrea consigo la habilidad de generar un punto de impacto en dos niveles diferentes. Por una parte, incidiría en las adicciones comportamentales a nuevas tecnologías como cuadro dual, en tanto el sujeto ya tuvo y tiene contacto con la tecnología, se despliega un nivel de prevención secundaria, la cual:

Debería identificar los casos en los que ya hay consumo y donde la prevención primaria no tuvo efecto, con el fin de tratarlo y evitar otros riesgos asociados o patologías médicas y psiquiátricas que se puedan desencadenar por el consumo (Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas CICAD, 2013, p.11).

Por otra parte, en el trastorno psiquiátrico de base, el dispositivo actuará a un nivel de prevención terciaria, ayudando a la reinserción social y al mejor manejo de su *locus* de control, emociones, impulsos y conductas.

PLAN DE ACCIÓN

El dispositivo grupal de metacognición se aplicará mediante un desarrollo periódico, comprendido en un total de seis encuentros, en los que cada objetivo específico encontrará su *ratio* de aplicación y elaboración. Cada uno de los encuentros constará de una duración no mayor a dos horas. El espacio físico será facilitado por la institución Sanatorio León S. Morra. Se trabajará en los pabellones, que cuentan con *office* de enfermería, salas de estar y salones de visita, además de un área destinada al ejercicio físico, relajación y recreación con elementos tales como televisor, juegos de mesa, revistas y libros. Los encuentros serán semanales; es decir, que el aproximado de la duración total del dispositivo es de dos meses. Las jornadas deberán ser coordinadas por un profesional psicólogo, en conjunto con un médico, por posibles casos de descompensación, malestar o cualquier tipo de accidente que requiera asistencia médica. Muchas de las actividades del presente taller están basadas en las intervenciones realizadas por Williams y Kraft (2012) en su obra *The Mindfulness Workbook For Adicction* en donde los autores realizan un excelso abordaje hacia el manejo

del dolor, el estrés y la ira que desencadenan conductas adictivas mediante una concatenación de psicología, espiritualidad, aceptación y compromiso.

Encuentro Nro. 1:

El primer encuentro se ha dispuesto en formato capaz de generar un clima de calidez, vinculación y reconocimiento entre los integrantes que participen. Dividido en dos etapas, el objetivo de la primer dinámica será la de lograr la presentación de cada miembro y abordar las pautas del encuadre, mientras que la segunda se corresponderá con la aplicación de un ejercicio de reflexión.

Primer dinámica: presentación y encuadre

- Realizar una presentación de todos los participantes.
- Integrar a todos los participantes para lograr una participación activa.
- Fomentar el respeto y el reconocimiento de los pares
- Establecer normas y pautas necesarias para llevar adelante el

dispositivo,

Actividad 1: “la tela de araña”

Materiales:

- ovillo de lana
- Una sala para la realización de actividades grupales.

- Un profesional del área de psicología.
- Sillas para todos los participantes.

Tipo de estrategia: Presentación grupal, actividad informativa.

Tiempo estimado: 1 hora

Instrucciones para el coordinador:

Como punto de partida, el coordinador deberá dar la bienvenida a todos los participantes, pedirles que se sienten en las sillas formando un círculo donde todos se puedan ver las caras. Acto seguido, deberá presentarse él mismo, y explicar que es lo que allí los convoca, marcando temáticas a abordar, cantidad de encuentros y duración del dispositivo. Se fomentará y pedirá a los participantes absoluto respeto por todas las personas que participan del encuentro fomentando el trabajo en equipo. Acto seguido, se les explicará de que va la temática de presentación: se utiliza un ovillo de lana, el cual tiene que pasar por todos los participantes, el ovillo, se irá desmadejando conforme pase por cada uno de ellos. La persona que tenga el ovillo en las manos, deberá decir su nombre, edad, y alguna virtud o cualidad que tenga, acto seguido deberá desenredar dos vueltas del ovillo y cortar el hilo de lana para pasarlo al siguiente. Una vez culminada la ronda y el ovillo desenmarañado, cada participante se quedará con un pedazo del ovillo que previamente cortó, se les pedirá que recuerden la virtud y cualidad que han nombrado de sí mismos y que se aten el hilo de lana a la muñeca como una pulsera que sirva de recordatorio y a la vez, que fomente la identidad grupal.

Segunda dinámica: el contrato de los “no sentimientos”

Materiales:

- Sillas para todos los participantes
- Radiograbador o dispositivo de audio
- Un profesional del área de psicología

Tipo de estrategia: Reflexiva. Intercambio de ideas

Tiempo estimado: 1 hora

Instrucciones para el coordinador:

El coordinador comenzará por propiciar un ambiente de calidez y calma mediante el uso de música clásica de fondo buscando la relajación, así mismo, dará paso a la actividad la cual consiste en la narración de un “contrato de no sentimientos” de la siguiente manera:

La relación con el mundo de las adicciones, es una sociedad, en donde uno firma un contrato interno con lo que le produce adicción, Es como si hubieras hecho un pequeño contrato contigo mismo: Yo..... haré lo que sea necesario para no sentir mis sentimientos. Estoy seguro de que las emociones son las cosas más peligrosas del mundo. Para ganar la guerra contra mis sentimientos, estoy dispuesto a vivir una vida limitada. No quiero ser todo mi yo. Evitaré mis sentimientos..... con el móvil, internet, jugando, viendo pornografía, apostando, mirando televisión, o pasando horas frente a la computadora..., preguntándote si sentir tus sentimientos seguramente te matará. Así que renuncias a la mayor parte de tu vida en lugar de dejar que tus sentimientos existan. preguntándote si sentir tus sentimientos seguramente te matará. Así que renuncias a la mayor parte de tu vida en lugar de dejar que tus sentimientos existan... Son las cosas más peligrosas del mundo. Para ganar la guerra contra mis sentimientos, estoy dispuesto para vivir una vida limitada. Nunca seré todo mi yo. Evitaré mis sentimientos ...bebiendo, usando, durmiendo, teniendo

sexo, apostando, cortando, comiendo.., viendo la televisión, etc.) Tanto como sea posible; cuanto más, mejor. Sentir mis sentimientos seguramente me matará. Así que renunciaré a la mayor parte de mi vida en lugar de dejar que mis sentimientos existan. Al firmar este contrato, también has hecho un trato con tu adicción. Has dicho: son las cosas más peligrosas del mundo. Para ganar la guerra contra mis sentimientos, estoy dispuesto para vivir una vida limitada. Nunca seré todo mi yo. Evitaré mis sentimientos ...bebiendo, usando, durmiendo, teniendo sexo, apostando, cortando, comiendo.., viendo la televisión, etc.) Al firmar este contrato, también has hecho un trato con tu adicción. Usted ha dicho:

- Dejaré que mi adicción me domine, que me controle, que gobierne mi vida.
- Dejaré que mi adicción me quite todo.
- Renunciaré a mis sueños.
- Dejaré de ser la persona que quiero ser.
- Renunciaré a la verdadera felicidad, al verdadero amor y a la buena salud.
- Dejaré que mi adicción me destruya.
- No me hagas sentir. ¿Me lo prometes?

¿Por qué alguien haría un trato como este? Tal vez no lo hiciste. saber a qué te estabas apuntando realmente cuando empezaste. Probablemente no leíste la letra pequeña. los comportamientos adictivos probablemente comenzaron como una "solución" para ti, también. ¿Suena extraño? Tal vez estás pensando, Pero la verdad es que no estás tratando de resolver tus problemas reales con tus conductas adictivas. Los problemas que estás

tratando de resolver son tus emociones y estamos aquí para escucharlas. Williams y Kraft (2012)

Luego al terminar se deberá abrir un espacio de reflexión donde los participantes que quieran compartir dicha experiencia puedan expresarse y registrar las diferentes situaciones que atraviesan las personas que utilizan de una forma poco saludable la tecnología.

ENCUENTRO Nro. 2:

Para el encuentro número dos, se han dispuesto dos dinámicas las cuales tienen como objetivo, el adentramiento a la temática concerniente a la patología dual y las adicciones comportamentales, y la autoidentificación de indicadores referidos a patología dual.

Primera dinámica: patología dual y adicción a las TIC's. ¿Qué son?

Materiales:

- Sillas para todos los participantes
- Computadora y proyector
- Hojas y lapiceras
- Un profesional del área de psicología

Tipo de estrategia: educativa/informativa.

Tiempo estimado: 1 hora

Instrucciones para el Coordinador:

El coordinador primeramente saludará y preguntará a todos los participantes como se sienten, que se han llevado del primer encuentro y si están disfrutando de compartir el espacio, acto seguido pedirá la atención del grupo, y proyectará dos cuadros correspondientes a la patología dual (ver anexo 1), con la finalidad de dar a conocer la temática mediante información objetiva. También se brindará información y pasarán imágenes correspondientes a las adicciones comportamentales, haciendo ver la alta prevalencia de estos cuadros en la actualidad a fines de procurar una toma de consciencia por parte de los participantes. Seguidamente se les pedirá que pongan en una hoja, cuales son los dispositivos electrónicos que más usan, y que definan mediante una palabra la relación que tienen con el objeto, cuantas horas de uso por día le dan, y que les gustaría cambiar al respecto.

Segunda dinámica: conociendo la patología dual

Materiales:

- Sillas para todos los participantes
- Un profesional del área de psicología
- Lapiceras y hojas impresas con el cuestionario

Tipo de estrategia: educativa/informativa. Intercambio grupal

Tiempo estimado: 1 hora

Instrucciones para el Coordinador:

El coordinador reparte un cuestionario sobre el uso de uso problemático de nuevas tecnologías (ver anexo 2) a los participantes, es de tipo autoadministrado y no tiene fines

diagnósticos, la finalidad del cuestionario es evocar un pensamiento crítico mediante las respuestas a las preguntas realizadas, buscando generar una toma de consciencia para con sus hábitos y conductas y la utilización de la tecnología.

Luego al terminar se deberá abrir un espacio de reflexión donde los participantes que quieran compartir dicha experiencia puedan expresarse y registrar las diferentes situaciones que atraviesan las personas que utilizan de una forma poco saludable la tecnología.

ENCUENTRO Nro. 3:

Para el encuentro numero 3 se ha dispuesto llevar a cabo dos de dinámicas, en la primera de ella, se aplicará un dialogo basado en la técnica entrevista motivacional apuntado al cambio, en la segunda se realizara la exposición de una reflexión llamada “abrazando al perro”

Primera dinámica: el dialogo y el otro

Objetivo general del encuentro:

- Promover el conocimiento de uno mismo y de los otros.
- Aumentar la percepción de autoeficacia percibida
- Generar puntos de apoyo

Materiales:

- Sillas para todos los participantes
- Un profesional del área de psicología

- Radiograbador o dispositivo de audio

Estrategia: conversación motivacional

Tiempo estimado: 1 hora

Actividad 1: conversación motivacional: yo puedo

Instrucciones para el Coordinador:

El coordinador comenzará la actividad preguntando cómo se sienten todos otorgando la palabra a cada participante que desee hablar, acto seguido, pondrá música para generar un clima ameno y explicará algunas pautas y preguntas importantes para poder dialogar con otra persona como método de ayuda al cambio. Luego les pedirá que se pongan frente a frente con la persona que tengan a su lado y comiencen a desarrollar su conversación motivacional aplicando una serie de preguntas mutuamente. El coordinador comenzará diciendo: "todo el que se introduce voluntariamente en el dolor de un extraño es una persona extraordinaria", la tarea que hoy nos convoca es escuchar a la otra persona y ayudarla a cambiar, la ambivalencia es el primer paso al cambio, por lo general escuchamos en el discurso de una persona ambivalente: el sí, pero. Uno de los patrones habituales consiste en pensar un motivo para cambiar, entonces pensar en un motivo para no cambiar y, finalmente, dejar de pensar sobre ello. La persona ambivalente ya cuenta con argumentos a favor y en contra del cambio es por ello que nuestra función no será la de aconsejar, sino la de escuchar y acompañar. Las preguntas que guiarán nuestro encuentro con la otra persona serán: 1. ¿Por qué querrías cambiar? 2. ¿Qué crees que podrías hacer para conseguirlo? 3. ¿Cuáles son los tres mejores motivos para hacerlo? 4. ¿Cuán importante es

para ti el cambio y por qué? 5. Entonces, ¿qué piensas hacer? Entonces ¿Qué puedo hacer yo para ayudarte?

Al finalizar, el coordinador abrirá un dialogo grupal para que los participantes puedan expresar que fue lo que el compañero le compartió, y de qué forma, ha decidido ayudarlo.

Segunda dinámica: reconociendo mis emociones.

Objetivo general del encuentro:

- Promover el conocimiento de uno mismo.
- Aumentar la aceptación y reconocimiento de emociones.
- Propiciar un diálogo intento en cada uno de los participantes.

Materiales:

- Sillas para todos los participantes
- Un profesional del área de psicología
- Radiograbador o dispositivo de audio
- Disponibilidad de hojas y lapiceras en caso de necesitarse

Estrategia: narración reflexiva

Tiempo: 1 hora

Actividad 1: Abrazando al Perro

Instrucciones para el Coordinador:

El coordinador, pondrá música relajante y les pedirá a los participantes su atención, comenzará haciendo recordar la actividad realizada en el primer encuentro “contrato de no sentimiento”, haciendo un repaso por aquella temática, buscare unirla con la siguiente reflexión: Abrazando al perro Hace un momento, hemos notado una forma en la que puedes experimentar emociones: como un perro que te pellizca la cabeza. Exploremos eso un poco más para que puedas entender mejor cómo puedes estar respondiendo a las emociones en tu vida. Imagina tus emociones como este perro: un perro sarnoso que no tienes interés en adoptar pero que tiene...de alguna manera estableció su residencia en su vida. Has intentado todo para deshacerte de esta molesta bestia. ¿Por qué? ¿No es así? Ahí está, día tras día, debajo de tu escritorio en el trabajo, tirando de tu pantalón, saltando... en el supermercado, distrayéndote cuando intentas conducir. No huele muy bien, tampoco. Le pides a un compañero de trabajo que te lo quite de las manos. El dice educadamente que no, que ya tiene unos pocos perros propios. Intente encerrar a este perro fuera de su casa o mantenerlo en el garaje. Usted incluso intentar dejarlo en el parque, no cualquier parque, el que está al otro lado de la ciudad, pero allí está en el umbral de la puerta cuando llegas a casa. Se sienta allí, esperándote. Hay mañanas en las que te despiertas seguro de que este perro no te va a molestar hoy, pero en pocas horas, aparece, ladrando fuera de la puerta de tu ducha o manoseándote en tu el descanso para el almuerzo. Cada día, te sientes más frustrado, más y más convencido de que hasta que si te deshaces de este perro, vivirás en el infierno. Piensas que no podré soportar un día más de esto. Tú piensa, si este perro no me deja en paz pronto, me voy a volver loco. Nunca se te ocurre abrazar al perro. Está aquí para quedarse, después de todo. Es parte de tu vida, te guste o no. Puede que no lo hayas invitado a tu mundo, pero

seguro que no lo deja. ¿Puedes... aceptar eso? ¿Puede aceptar este perro? Ahora imagina que respiras profundamente, exhalas lentamente, y miras bien a este perro. Él no da miedo, realmente-más irritante que cualquier otra cosa. Parece tan necesitado, siempre luchando...para llamar la atención. Algo en ti comienza a rendirse. Te rindes. Te encoges de hombros, agacharse, y acariciar al perro.

Al finalizar la historia, el coordinador compartirá una serie de preguntas como disparadores:

- ¿Esta metáfora encaja con ustedes: ven a sus emociones como un perro molesto que está evitando?
- Si la metáfora se ajusta a ti, ¿cómo te imaginas a tu perro? ¿Es un chihuahua, un gran danés, un pitbull? ¿Qué tan agresivo se pone cuando necesita tu atención?
- Cuando intentas ignorar a tu perro, ¿dónde es más probable que aparezca? ¿Mientras estas trabajando, conduciendo, comiendo? ¿Cuando estás solo, o con otros? ¿Te despierta por la noche y lo hace difícil para ti dormir?
- ¿Has intentado alguna vez abrazar a su perro? ¿Cuál es el resultado cuando le prestas algo de atención?
- Si no es así, tómense un tiempo para hacer una lluvia de ideas y crear una imagen que tenga sentido para cada uno de ustedes. Escriban sobre ello con todo el detalle posible. ¡Sean creativos! Ver tus emociones de nuevas maneras cambiará tu relación con ellos. Williams y Kraft (2012)

ENCUENTRO Nro. 4:

Para el encuentro numero 4, se han planteado dos dinámicas a seguir, en la primera de ellas, se buscara reforzar la vinculación con sin la mediación de una pantalla, mientras que en la segunda, se perseguirá la reflexión y conexión emocional como método introspectivo.

Primera dinámica: ¿con-tacto o sin-tacto?

Objetivo general del encuentro:

- Promover el pensamiento crítico en cuanto al impacto de la tecnología en la sociedad.
- Resaltar la importancia del vinculo con los otros
- Generar puntos de apoyo mediante cohesión grupal.

Materiales:

- Sillas para todos los participantes
- Un profesional del área de psicología
- Computadora y proyector
- Hojas y lapiceras

Estrategia: reflexión individual/grupal.

Tiempo estimado: 1 hora

Actividad 1: la isla de sentimientos.

Instrucciones para el Coordinador:

Al comenzar el encuentro, el coordinador proyectará el video (ver anexo nro. 3) el cual aborda la temática del impacto de la tecnología en la sociedad. Al terminar el video, se les pedirá a los participantes que presenten atención y escriban en una hoja que ha suscitado el video en ellos, invitándolos a reflexionar sobre sentimientos, sensaciones y pensamientos evocados. Acto seguido se pedirá compartir con el resto de los participantes las producciones realizadas y se los invitará a participar de la “dinámica de la isla desierta”: En esta dinámica, es necesario aplicar un pequeño cuestionario a los participantes, pidiéndoles que respondan 3 preguntas simples:

- suponiendo que estás perdido en una isla desierta, ¿con qué compañero te gustaría estar?
- Suponiendo que ganaste un viaje con derecho a 3 compañeros, ¿a quién del grupo elegirías?
- Suponiendo que necesitas organizar un evento, ¿con qué colega elegirías compartir esta tarea?

Es importante guiar a los empleados para que las respuestas no contengan solo los nombres de los colegas, sino también una justificación. Cada persona llenará su tarjeta sin identificarse.

Una vez completado, es necesario colocar los cuestionarios en un sobre. El coordinador de la dinámica pedirá que todos se sienten en un círculo y presenten sus justificaciones para las elecciones, sin mencionar los nombres de los colegas elegidos.

Las palabras clave presentadas en estas justificaciones se anotarán en una tabla y se convertirán en valores importantes de compañerismo, siendo las características necesarias para desarrollar.

Segunda dinámica: esquivar las emociones

Objetivo general del encuentro:

- Propiciar el autoconocimiento mediante prácticas introspectivas
- Generar el reconocimiento y aceptación de las emociones.

Materiales:

- Sillas para todos los participantes
- Un profesional del área de psicología
- Radiograbador o dispositivo de audio

Estrategia: narrativa/reflexiva.

Tiempo estimado: 1 hora

Actividad 1: las emociones y mi perro

Instrucciones para el Coordinador:

Para esta actividad, el coordinador pedirá a los participantes que sienten en ronda, y se relajen, pondrá música suave y procurará la creación de un ambiente cálido, les informará a los participantes que en caso de desearlo, cierren los ojos y comenzara narrando: Esquivar

las emociones, en este punto, es beneficioso obtener una mejor comprensión de las formas en que ha estado tratando de no sentir ciertas emociones. Algunos de estos métodos pueden estar relacionados con sus conductas adictivas. Otros pueden parecer bastante inofensivos; el problema surge sólo cuando los usas una y otra vez para esconderte de tus sentimientos. Recuerda, encerrar a ese molesto perro ladrador en el garaje puede funcionar por un tiempo, pero la única manera de encontrar una paz permanente es aceptarlo como parte de tu vida.

Mira algunas de las formas en que la gente intenta controlar o alejarse de sus sentimientos. ¿Alguna vez has usado, alguno de estos métodos para esquivar un sentimiento? ¿Ver demasiada televisión? ¿Usar el teléfono y mantenerse alejado de los amigos? ¿Hacer ejercicio? ¿Juegos de azar? ¿Preocuparse una y otra vez por algo que no puedes controlar? ¿Mentir sobre cómo te sientes? ¿Saltarse el trabajo? ¿Dormir demasiado? ¿Quedarse en la cama? Recuerda, la razón por la que empezaste a usar estas estrategias fue que pensaste que esquivar tus sentimientos fue la solución. Las falsas creencias que aprendiste sobre las emociones te hicieron pensar que tenías que evitar, disminuir o deshacerse de ellas. Parte del problema aquí es que probablemente no sabes con qué estás tratando. La mayoría de nosotros hemos estado evitando nuestros sentimientos durante tanto tiempo que no podemos decir lo que sentimos en todos. Puede que no sepas lo que es normal en el mundo de los sentimientos, como la pena, y cuando puedes necesitar ayuda externa, tal vez terapia u otros tratamientos como... para la depresión. Piensa en la siguiente analogía, Imagina que tienes un vecino que ha vivido al lado tuyo durante treinta años. Después de treinta años de vivir tan cerca el uno del otro, asumirías que tú y él tendrían algún tipo de la relación. ¡Pero ni siquiera estás seguro de cómo se llama! No sabes lo que hace por el trabajo, o incluso si tiene hijos. ¿Cómo puede ser esto? Bueno, en algún momento temprano, escuchaste un

rumor sobre él. Oíste que era un peligroso criminal, un asesino sin corazón. No es verdad; es un tipo estupendo. Pero nadie te dijo eso. De hecho, todos los vecinos tienen la misma información errónea que tú. Durante treinta años, has evitado escuchar al hombre a toda costa, fingiendo que no le oye gritar "Buenos días" desde el otro lado del césped; manteniendo la cabeza agachada cuando se acerca a su entrada, sin mirarle a los ojos. Ahora que pienso, es probable que ni siquiera estés seguro de cómo es este tipo. Puede parecer ridículo estar tan fuera de contacto con tus emociones que ni siquiera puedes darles un nombre, pero si piensas en este ejemplo, no es sorprendente. No importa cuánto tiempo hayas vivido con tus sentimientos, si nunca los has mirado a los ojos y estrechado las manos, ¿Cómo puede ser esto? Bueno, en algún momento temprano, escuchaste un rumor sobre él. Oíste que era un peligroso criminal, un asesino sin corazón. No es verdad; es un tipo estupendo. Pero nadie te dijo eso. De hecho, todos los vecinos tienen la misma información errónea que tú. Durante treinta años, has evitado esto el hombre a toda costa, fingiendo que no le oye gritar "Buenos días" desde el otro lado del césped; manteniendo la cabeza agachada cuando se acerca a su entrada, sin mirarle a los ojos. Ahora que pienso en ni siquiera estás seguro de cómo es este tipo. Puede parecer ridículo estar tan fuera de contacto con tus emociones que ni siquiera puedes darles un nombre, pero si piensas en este ejemplo, no es sorprendente. No importa cuánto tiempo haya vivido con tus sentimientos, si nunca los has mirado a los ojos y estrechado las manos, si has corrido a tu comportamiento adictivo a la vista de ellos, tus sentimientos pueden ser muy extraños para ti mismo. En estos encuentros, las estamos conociendo juntos, nos estamos conociendo juntos, recuerden que debe tener cuidado con usted mismo; no te preocupes si tienes problemas para identificar lo que sientes aún, esto es un proceso. Se trata de estar dispuesto a aprender y practicar. Williams y Kraft (2012)

ENCUENTRO Nro. 5:

En el quinto encuentro, las temáticas a abordar se dispondrán en dos dinámicas, la primera de ellas, se trabajará el balance de los pensamientos y emociones mediante una dinámica grupal seguida de la lectura de un ejercicio,

Primera dinámica: Equilibrio dinámico

Objetivos del encuentro:

- Promover una mirada autocompasiva
- Resaltar la importancia del balance en como inteligencia emocional
- Generar puntos de apoyo mediante cohesión grupal.

Materiales:

- Sillas para todos los participantes
- Un profesional del área de psicología
- Fotocopias con ejercicio “encontrando el balance en tus pensamientos”

Estrategia: actividad grupal.

Tiempo estimado: 1 hora

Actividad 1: la estrella del equilibrio + encontrando el balance en tus pensamientos

Instrucciones para el Coordinador:

En esta ocasión, el coordinador presentara la temática diciendo: Nos ponemos en círculo y a continuación nos numeramos en dos grupos. Uno, dos, uno dos. Nos agarramos de las manos hasta que el círculo quede tenso. A continuación, y sin soltarse de las manos, las personas numeradas con el uno van hacia delante y las numeradas con el dos, hacia atrás. Hay que hacerlo despacio. Poco a poco para hasta encontrar el punto de equilibrio. Cuando este se encuentra solo hay que dejar pasar un poco de tiempo para que los participantes vean como el equilibrio de fuerzas funciona. Luego puedes cambiar, el equipo dos tira hacia dentro y el uno hacia fuera. Recuerda, despacio y paso a paso.

A continuación damos paso a un tiempo de reflexión y comentarios sobre cómo ha ido la actividad. Como el aunar fuerzas y el trabajo en equipo han hecho posible encontrar el equilibrio. Prosiguiendo con el encuentro, el coordinador repartirá a cada participante una copia con un pequeño fragmento sobre los pensamientos diciendo: Encontrar el equilibrio en tus pensamientos El pensamiento erróneo puede ser muy fuerte. Y, como dijimos antes, porque tu mente ha alcanzado los mismos pensamientos una y otra vez durante tanto tiempo, puede ser difícil para ti empezar a pensar en nuevas y más realistas formas. Para ayudarle con esto, aquí hay algunos ejemplos de evaluaciones equilibradas que tal vez quieras tener en mente:

- Sólo soy humano.
- Nadie es perfecto; puedo entender que me pude haber equivocado.
- Esto es algo sobre mí mismo en lo que estoy dispuesto a trabajar.
- Esa persona me hizo daño, pero puede que no fuera intencionado. Me pregunto, ¿qué estaba pasando por él en ese momento?

- No soy todo bueno o todo malo.
- A veces las cosas no salen como yo quiero, y eso es frustrante, pero puedo soportarlo.
- Todo el mundo comete errores; yo puedo aprender de los míos y seguir adelante.
- Es bueno para mí afirmarme; sólo necesito hacerlo de manera saludable.
- Puedo manejar esto; ¡ya he manejado tiempos difíciles antes!
- Nadie tiene el 100 por ciento de la culpa, no

A mí y no a la otra persona.

- A veces actúo mal y hago cosas de las que me arrepiento, pero siempre puedo intentar remediar la situación.

- La próxima vez manejaré las cosas de manera diferente.
- No existe el "siempre" o el "nunca".
- Cometer errores no significa que sea estúpida, rota, débil o mala.
- Tengo muchas bendiciones en mi vida por las que estar agradecido, a pesar de los tiempos difíciles.
- Tal vez estoy siendo demasiado duro conmigo mismo o con alguien más.

Segunda dinámica: la aceptación

Objetivos del encuentro:

- Promover una mirada autocompasiva y autorreflexiva

Materiales:

- Sillas para todos los participantes
- Un profesional del área de psicología

Estrategia: narrativa/reflexiva.

Tiempo estimado: 1 hora

Actividad 1: ¿La aceptación, que es?

Instrucciones para el Coordinador:

En esta dinámica, el coordinador comenzará compartiendo una reflexión con el grupo:

Luego de la primera dinámica, tu mente comienza a calmarse. Ahora revisaremos la idea de aceptar las cosas como son. Esta puede ser una idea extraña para ti. Puede que estés pensando, ¿cómo puedo aceptar algo por lo que estoy enfadado? ¿Cómo puedo aceptar algo de lo que me avergüenzo? Sí, al principio esta idea puede parecer extraña. ¿Qué pasaría si pudieras no sólo aceptar sino también abrazar esas partes de ti mismo que no te gusta? ¿Y si esas partes pudieran ser envueltas como un regalo y devueltas a ti mismo? Aquí está el regalo de la confusión. ¿Qué puedo aprender sobre mí mismo a partir de este regalo de la confusión? Este es el regalo de sentirse herido. ¿Qué puedo aprender sobre mí mismo a partir de este regalo de sentirme herido? Este es el don de la ira. ¿Qué puedo aprender sobre mí mismo a partir de este don de la ira? Ya no te resistes a los sentimientos, sino que los abrazas. ¿Qué es lo que notas? ¿Son los sentimientos se hacen más grandes o más pequeños? ¿Los sentimientos son más fáciles o más difíciles de manejar? ¿Qué se siente al

no luchar contra tus propios sentimientos? Puede que notes un poco de compasión por ti mismo. Un poco de la bondad llega muy lejos. ¿Alguna vez notaste que eres amable con todos excepto contigo mismo? Acto seguido, el coordinador compartirá una serie de copias con un ejercicio que los participantes deben realizar: ejercicio: El regalo para ti mismo.

Tómese unos minutos para reflexionar sobre un problema o situación que le haya molestado. Tal vez esto problema o situación te ha llevado a comportamientos destructivos o adictivos en el pasado.

1. Escriba el problema o la situación:

2. Ahora anota tus sentimientos sobre el problema o situación:

3. A continuación, completa las siguientes oraciones usando tu lista de sentimientos del paso 2:

Me doy el regalo de...

Me doy el regalo de...

Me doy el regalo de...

Luego de que lo hayan completado, el coordinador prosigue de la siguiente forma: el ejercicio culmina con Visualización de regalos: Ahora que tienes tus sentimientos en la lista, es hora de usar la visualización para traer a casa el mensaje. Cierra los ojos. Visualiza un regalo maravillosamente envuelto. El regalo está envuelto en papel que te hace sonreír. Adelante, sonríe si quieres. Toma el regalo con ambas manos y ponlo delante de ti. Agradece en silencio el regalo. Con los ojos todavía cerrados, empezar a abrir el regalo, quitando lentamente el papel de envolver. Abre la tapa. Mira dentro. ¿Qué es lo que hay?

¿Lo ves? Son tus sentimientos: ira, confusión, retraimiento, tristeza, pena. Ahora, en lugar de tirar tus sentimientos o reaccionando a ellos, simplemente tenlos. Eso es todo. Son tuyos. Acéptalos. Con los ojos cerrados, di gracias, gracias. Williams y Kraft (2012)

ENCUENTRO Nro. 6:

En el sexto encuentro, la dinámica se dividirá en dos partes, en la primera se trabajara en el reconocimiento de las situaciones placenteras alejadas del uso tecnológico, en torno a despedirse, compartir apreciaciones en cuanto a lo vivido a lo largo del taller

Primera dinámica: diversión

Objetivos del encuentro:

- Relajar las actividades que generen satisfacción
- Promover un estilo de vida saludable
- Generar recursos por medio de una psicoeducación para afrontar situaciones frustrantes.

Materiales:

- Sillas para todos los participantes
- Un profesional del área de psicología

- Fotocopias con ejercicio “actividades placenteras”

Estrategia: actividad individual.

Tiempo estimado: 1 hora

Actividad 1: ¿Cómo me divierto?

Instrucciones para el coordinador:

En esta primera dinámica, el coordinador compartirá con los participantes una breve reflexión sobre el sostenimiento de hábitos saludables y una lista de actividades (ver anexo 4) que cada uno de ellos puede marcar para tener un recordatorio:

La mejora del estado de ánimo se logra aumentando las actividades que le resultan agradables. Participar en actividades agradables puede ser otra forma de disminuir los niveles de estrés. La mejor estrategia es que tú mismo programes la actividad agradable. Es fácil decir: "Es una buena idea. Una forma de averiguar qué es divertido para ti es echar un vistazo a la siguiente lista de actividades agradables. La mayoría de ellas son cosas sencillas que puede que te haya gustado hacer en el pasado pero que posiblemente hayas olvidado por el uso de la tecnología, y lo mejor es que la mayoría son gratis o de muy bajo costo!, Además, puedes hacer la mayoría de ellas en poco tiempo. El principal mensaje aquí es que la actividad tiene que ser agradable para ti, no algo que creas que deberías hacer. Puede que te lleve unos cuantos intentos encontrar la cosa que disfrutas ahora. No tengas miedo de elegir otra cosa de inmediato. La mayoría de ellas son cosas sencillas que puede que te haya gustado hacer en el pasado pero que posiblemente hayas olvidado por el uso de la tecnología, y lo mejor es que la mayoría son gratis o de muy bajo costo!, Además, puedes hacer la mayoría de ellas en poco tiempo. El principal mensaje aquí es que la actividad

tiene que ser agradable para ti, no algo que creas que deberías hacer. Puede que te lleve unos cuantos intentos encontrar la cosa que disfrutas ahora. No tengas miedo de elegir otra cosa de inmediato. Una actividad agradable al día es la mejor manera para empezar este nuevo hábito positivo. Una actividad agradable al día es la mejor manera para empezar este nuevo hábito positivo. Una vez completa la lista, el coordinador dirá: ¡Gran trabajo! Recuerden programar su actividad agradable en la semana.

Segunda dinámica: Despedida

Objetivos del encuentro:

- Propiciar una despedida cálida y afectiva.

Materiales:

- Sillas para todos los participantes

Estrategia: actividad de cierre, despedida y reflexión

Tiempo estimado: 1 hora

Instrucciones para el coordinador:

El coordinador deberá abrir un espacio de conversación en donde cada uno de los participantes tome la palabra y exprese lo que desee expresar, al finalizar la ronda, un prototipo de mensaje de despedida podría ser:

Felicitaciones por elegir mejorar. Mejorar la nutrición, dormir mejor, aumentar el ejercicio, disfrutar de tu trabajo, y añadir actividades más agradables son las claves para continuar su exitosa recuperación.

Reconózcanse a ustedes mismos los logros que han conseguido. Recuerden las habilidades de atención que aprendieron y practicaron a lo largo de este dispositivo grupal de trabajo. Las decisiones que tomen ahora les ayudarán a continuar su vida de una forma amena y a aumentar su sentido de bienestar en el futuro.

DIAGRAMA DE GANTT

Cronograma Dispositivo Grupal de Metacognición						
Encuentro	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Semana 5	Semana 6
“La Tela de Araña” + “El Contrato de los No Sentimientos”						
2" patología dual y adicción a las TIC's. ¿Qué son? " + “Conociendo a la Patología Dual”						
3 " conversación motivacional: yo puedo " + “Abrazando al Perro”						
4 " ¿con-tacto o sin-tacto?" + “Esquivando Emociones”						
5 " Equilibrio dinámico " + “La Aceptación”						
6 "Diversión" + “Despedida”						

RECURSOS:

En el siguiente cuadro, se detallan los recursos materiales y recursos humanos necesarios para el despliegue del dispositivo grupal de metacognición.

Recursos humanos:

- Psicólogo
- Coordinador

Recursos Materiales:

- Computadora
- Proyector
- Hojas
- Lapiceras
- Copias
- Radiograbador o dispositivo de audio
- Ovillo de lana
- Sillas

PRESUPUESTO

Muchos de los materiales utilizados para la conformación de este dispositivo grupal de metacognición son previstos por los recursos existentes en la institución, no obstante, hay ciertos objetos que son necesarios adquirir:

Materiales	Cantidad	Valor
Pack de lapiceras por 15	2	\$120
Block de hojas A4	1	\$300
fotocopia del material para realizar actividades		\$80
Ovillo de lana	1	\$80

TOTAL: \$ 580

El Colegio de psicólogos de la Provincia de Córdoba, establece en la resolución de junta de gobierno 137/14 que los honorarios mínimos éticos profesionales son:

- Psicoterapia Individual \$ 1080
- Psicoterapia de Pareja y Familia \$ 1660
- Psicoterapia Grupal \$410 por integrante

Será utilizado para el cálculo de los honorarios profesionales el valor fijado para la Psicoterapia de grupo con un valor de \$ 410 por cada participante del dispositivo grupal de metacognición.

EVALUACIÓN

Matriz de Impacto:

Una definición que puede plantear una aproximación certera al objetivo que tiene la evaluación de este dispositivo es la siguiente:

El Joint Committee on Standards for Educational Evaluation señala que "la evaluación es el enjuiciamiento sistemático de la validez o mérito de un objeto" (Stufflebeam y Shinkfield, 1995, p. 19). De tal manera, que en un estudio es importante tanto lo bueno como lo malo de la situación evaluada, de lo contrario no se trata de una evaluación. En consecuencia, Stufflebeam y Shinkfield (1995, p. 20), consideran que la evaluación es un proceso complejo pero inevitable. Es una fuerza positiva cuando "sirve al progreso y se utiliza para identificar los puntos débiles y fuertes, y para tender hacia una mejora". (Mora Vargas, 2004, p.2)

El propósito principal de la evaluación es descubrir la efectividad de un proyecto y/o programa y para esto, se toma como base de comparación sus objetivos, a la luz de la relación entre los objetivos y sus presuposiciones.

La matriz de evaluación de impacto (ver anexo Nro. 5), ha sido diseñada para ser aplicada al comienzo del dispositivo grupal de metacognición y una segunda vez al finalizar el mismo, a fines de pesquisar y cotejar resultados tendientes a describir que grado de eficacia ha tenido el dispositivo.

RESULTADOS ESPERADOS

El presente proyecto de intervención, persigue como finalidad el despliegue de un dispositivo preventivo multidimensional, a la vez, la de remover algunos cimientos arraigados a una forma de pensar la psicopatología desde una arista ortodoxa y rígida. La propuesta se embarca en la búsqueda de una mejora en la salud mental de personas con trastornos psiquiátricos, propiciando un mejor pronóstico en el desarrollo de su vida mediante el posicionamiento subjetivo que le ayude a conocer y decidir sobre tal desarrollo, discerniendo entre lo que quiere y no quiere, lo que desea y lo que no. La actividad metacognitiva da una oportunidad de cambio, de reincursión y de autonomía que son capaces de movilizarse mediante la motivación, la autoeficacia, el autoconocimiento, y el buen manejo de las emociones.

CONCLUSIÓN

El presente desarrollo, fue concebido bajo una mirada reflexiva, crítica, y temporal. Llevando a cuestionar ciertas definiciones implícitas sobre las adicciones, aquellas, reducen el campo en vez de ampliarlo, pero el campo no es un entramado hermético, evoluciona y con él, distintos factores entran en juego. La patología dual es una problemática y una

forma de abordaje recurrente en este último tiempo, y el tratamiento de las adicciones comportamentales mediadas por nuevas tecnologías podría significar un gran avance el abordaje en cualquiera de sus niveles de un cuadro psiquiátrico. Se invita desde este espacio, a promover un pensamiento integrativo y así también, el despliegue de dispositivos de prevención que traten la problemática de las adicciones comportamentales para velar en pos de una mayor calidad de vida en las personas usuarias de servicios de salud mental.

Por otro lado, una de las limitaciones con las que ha colindado este trabajo, ha sido – entre otras- la imposibilidad de acceder a información estadística y empírica como lo es la colecta de datos cualitativos y cuantitativos mediante toma de entrevistas semi-estructuradas y estructuradas, accesos a historias clínicas, informes, cuestionarios, administración de técnicas proyectivas y psicométricas, etcétera, para lograr el relevamiento sustancial que la problemática amerita debido a que, la coyuntura bajo la cual se produjo este documento, aconteció bajo el escenario de aislamiento social, preventivo y obligatorio a causa de la pandemia mundial perteneciente al virus COVID-19 en el año 2020. Esta particularidad sanitaria, ha imposibilitado una ida a campo y recogida de datos por fuera de los brindados por lo estipulado académicamente desde el convenio conformado entre la Universidad Siglo XXI y el Sanatorio León S. Morra. El espíritu de la presente elaboración, enmarca en el deseo de brindar una revisión bibliográfica y técnica, capaz de visibilizar una problemática, aun poco estudiada: las adicciones comportamentales a nuevas tecnologías como cuadros duales. En el mundo, ya se cuenta con información relevante y bibliografía que acredite la necesidad de poner atención en este tema, en Argentina, por el contrario, los estudios con los que se cuenta son escasos pero la evidencia de los mismos alarmante ante el uso compulsivo de dispositivos electrónicos en personas con alguna

psicopatología de base. Es necesario continuar investigando y profundizando en la relación que entabla el sujeto con la tecnología, y como esto impacta en nuestras vidas. Es por esto, que se recomienda dar difusión al presente plan de intervención a fines de propagar el mindfulness como herramienta fundamental para buscar una mejora en la calidad de vida de las personas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Agamben, G. (2011). ¿ Qué es un dispositivo?. *Sociológica (México)*, 26(73), 249-264.

Recuperado de:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-01732011000200010

Agüero, J. O. (2016). *El mundo de la vida en trabajo social* (Doctoral dissertation, Universidad Nacional de La Plata). Recuperado de:

<http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/51939>

American Psychiatric Association. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5®: Spanish Edition of the Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5®*. American Psychiatric Pub. Recuperado de:

<https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=1pmvBAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT8&dq=dsM+v+CITA&ots=9IAKGcHawl&sig=EVBeSIbTyXXYziUuaRIVPNuiOnY#v=onepage&q=no%20relacionados%20con%20sustancias&f=false>

Bandura, A., Freeman, W. H., & Lightsey, R. (1999). Self-efficacy: The exercise of control. [Autoeficacia: el ejercicio del control]. Recuperado de:

<https://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/Bandura1994EHB.pdf>

Bermejo, J. C. (2007). Psiquiatría y lenguaje: Filosofía e historia de la enfermedad mental. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 45(3), 193-210. Recuperado de:

<https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnp/v45n3/art04.pdf>

Berrios, G. E. (1999). Classifications in psychiatry: a conceptual history. [Clasificaciones en psiquiatría: una historia conceptual]. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33(2), 145-160. Recuperado de:

<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1046/j.1440-1614.1999.00555.x>

Boletín de la Organización Mundial de la Salud 2019;97:382-383. Recuperado de:

<https://www.who.int/bulletin/volumes/97/6/19-020619.pdf>

Borges, J. L. (2013). *El otro, el mismo (1969)*. Ediciones Neperus. Recuperado de:

<http://23.253.41.33/wp-content/uploads/10.208.149.45/uploads/2013/03/1969-El-Otro-El-Mismo-Poes%C3%ADa.pdf>

Camarotti, A. C. (2013). Lineamientos Hemisféricos de la CICAD para la construcción de un Modelo Integral de Abordaje Comunitario para la reducción de la demanda de drogas.

Chóliz, M., & Marco, C. (2011). Patrón de uso y dependencia de videojuegos en infancia y adolescencia. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 27(2), 418-426.

Recuperado de:

<https://www.redalyc.org/pdf/167/16720051019.pdf>

CIE-11 Clasificación Internacional de Enfermedades. (2019). 13.a revisión Estandarización mundial de la información de diagnóstico en el ámbito de la salud. Recuperado de:

<https://icd.who.int/browse11/l-m/es>

Del Castillo, J. A. G. (2013). Technological addictions: The rise of social networks/Adicciones tecnológicas: El auge de las redes sociales. *Health and Addictions/Salud y drogas*, 13(1). Recuperado de:

<https://ojs.haaj.org/index.php/haaj/article/viewFile/188/186>

Deleuze, G., & Guattari, F. (1972). Capitalismo y esquizofrenia. El Anti-Edipo. Recuperado de:

<http://www.medicinayarte.com/img/gilles-deleuze-y-fc3a9lix-guattari-capitalismo-y-esquizofrenia-el-antiedipo.pdf>

DO, H. (2011). Uses and Gratifications of Internet Addiction. [Usos y Gratificaciones de la Adicción a Internet]. *INTERNET ADDICTION*, 55. Recuperado de:

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/9781118013991>

Documentos básicos: *cuadragésima novena edición* (con las modificaciones adoptadas hasta el 31 de mayo de 2019) [Basic documents: forty-ninth edition (including

amendments adopted up to 31 May 2019)]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Recuperado de:

https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-sp.pdf

Dual, A. (2016). Dual. *LAMP*, 3, 0-015. Recuperado de:

<https://www.patologiadual.es/docs/protocolos/8-PDUAL-adicciones.pdf>

Dunlosky, J., & Metcalfe, J. (2008). *Metacognition*. [Metacognición]. Sage Publications.

Recuperado de:

<https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=AyNzAwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=metacognition+skinner&ots=77V8SBn51P&sig=tlc9pgdx1j5yintt70gEl-0JEnc#v=onepage&q&f=false>

Engel, G. (1977). *The need for a new medical model: a challenge for biomedicine*. [La Necesidad por un nuevo modelo médico: Un reto para la biomedicina]. *Science*, 196(4286), 129–136. doi:10.1126/science.847460. Recuperado de:

<https://science.sciencemag.org/content/196/4286/129>

Fernández-Castillo, E., Molerio-Pérez, O., & Rodríguez-Martínez, Y. (2020). Pertinencia del empleo de estrategias psicoeducativas en la prevención del consumo de drogas. *Edumecentro*, 12(2), 223-229. Recuperado de:

<http://scielo.sld.cu/pdf/edu/v12n2/2077-2874-edu-12-02-223.pdf>

Ferrari, H. A. (1996). *Salud mental en medicina: contribución del psicoanálisis al campo de la salud*. Recuperado de:

https://cdn-cms.f-static.com/uploads/1040802/normal_5b122b636cad3.pdf

Freimuth, M., Waddell, M., Stannard, J., Kelley, S., Kipper, A., Richardson, A., & Szuromi, I. (2008). Expanding the scope of dual diagnosis and co-addictions: Behavioral addictions. [Ampliando el alcance del diagnóstico dual y las coadicciones: adicciones conductuales] *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 3(3-4), 137-160. Recuperado de:

<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/15560350802424944>

Giosan, C., Glovsky, V., & Haslam, N. (2001). The lay concept of 'mental disorder': a cross-cultural study. [El Concepto Laico de "Trastorno Mental": Un Estudio Transcultural]. *Transcultural Psychiatry*, 38(3), 317-332. Recuperado de:

<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/136346150103800303>

Goffman, E. (1972). Internados. Ensayos sobre la situación de los enfermos mentales. *Amorrortu Editores. Buenos Aires*. Recuperado de:

<https://sociologiaycultura.files.wordpress.com/2014/02/goffmaninternados.pdf>

Goldstein, R., Volkow, N. Dysfunction of the prefrontal cortex in addiction: neuroimaging findings and clinical implications. [Disfunción de la corteza prefrontal en la adicción: hallazgos de neuroimagen e implicaciones clínicas]. *Nat Rev Neurosci* **12**, 652–669 (2011). Recuperado de:

<https://www.nature.com/articles/nrn3119>

González, F. E. (2009). Metacognición y aprendizaje estratégico. *Revista Integra Educativa*, 2(2), 127-136. Recuperado de:

<http://www.scielo.org.bo/pdf/rieiii/v2n2/n02a05.pdf>

Hazelden Betty Ford Foundation (2017). Technology Addiction, Creating a Healthy Balance. [Adicción a la Tecnología, Creando un Balance Saludable]. Recuperado de:

<https://www.hazeldenbettyford.org/articles/fcd/teen-technology-addiction>

Iglesias, E. B., Tomás, M. C., Horcajadas, F. A., Sorribas, C. B., Barreiro, J. B., Castillo, I. I., ... & Mangado, E. O. (2016). *Manual de adicciones para psicólogos clínicos en formación*. Recuperado de:

<http://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/270.pdf>

J Kuss, D., D Griffiths, M., Karila, L., & Billieux, J. (2014). Internet addiction: A systematic review of epidemiological research for the last decade. [Adicción a

Internet: Una Revisión Sistemática de la Investigación Epidemiológica de la Última Década]. *Current pharmaceutical design*, 20(25), 4026-4052. Recuperado de:

http://irep.ntu.ac.uk/id/eprint/16223/1/3001_Griffiths.pdf

Jaspers, K. (2013). *Allgemeine psychopathologie*. [Psicopatología General] Springer-Verlag. Recuperado de:

https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=LAupBgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA1&dq=1.+Jaspers+K.+Allgemeine+Psychopathologie.+Ein+Leitfaden+f%C3%BCr+Studierende,+%C3%84rzte+und+Psychologen.+Berlin,+Springer,+1913&ots=DnrdbUHcTB&sig=u5MUFadHwiDf_QP5wDTNcO49iX8#v=onepage&q&f=false

Kabat-Zinn, J. (2010). *La práctica de la atención plena*. Editorial Kairós. Recuperado de:

<https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=duybdwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT42&dq=Kabat-Zinn+Jon:+%E2%80%9CLa+pr%C3%A1ctica+de+la+Atenci%C3%B3n+Plena%E2%80%9D.+Edt.+Kairos.+2007.&ots=AwwK1CqtgJ&sig=dz9AyqhVfKPQB26U2Ctbt74CKVM#v=onepage&q=mindfulness&f=false>

Kuhn, T. S. (19962). *The structure of scientific revolutions*. [La estructura de las revoluciones científicas] The University of Chicago Press, Chicago 60637. The University of Chicago Press, ltd., London. Recuperado de:

<https://www.lri.fr/~mbl/Stanford/CS477/papers/Kuhn-SSR-2ndEd.pdf>

Legislatura de la Provincia de Córdoba. (2010). Ley N° 9848. Protección de la Salud Mental. Recuperado de:

<http://web2.cba.gov.ar/web/leyes.nsf/85a69a561f9ea43d03257234006a8594/40ed8f3bd4407b42032577d600628328?OpenDocument>

LUQUE, L. E. (2010). Dependencia psicológica hacia las tecnologías de información y comunicación. Barrón, M (comp.) *Adicciones; los nuevos paraísos artificiales*, 115-127. Recuperado de:

http://www.quiero-puedo.com/wp-content/uploads/woocommerce_uploads/2016/06/Adicciones_nuevos-paraAsos-art-BarrA3n-MargaritaAuthor.pdf#page=115

Marín-Navarrete, Rodrigo & Szerman, Néstor & Ruiz, Pedro. (2018). Conceptos Básicos sobre Patología Dual. Recuperado de:

https://www.researchgate.net/publication/324273042_Conceptos_Basicos_sobre_Patologia_Dual

Marín Navarrete, R., & Szerman, N. (2015). Repensando el concepto de adicciones: pasos hacia la patología dual. *Salud mental*, 38(6), 395-396. Recuperado de:

https://www.researchgate.net/publication/317438001_Repensando_el_concepto_de_adicciones_pasos_hacia_la_patologia_dual

Metcalfe, J., & Shimamura, A. P. (Eds.). (1994). *Metacognition: Knowing about knowing*.

[Metacognición: saber sobre saber]. MIT press. Recuperado de:

<https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=Ci0TDgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA1&dq=metacognition+skinner&ots=qFcz7tQyVs&sig=snbjJEGqFtfpZ5dwOxc6o9TPcog#v=snippet&q=metacognition%20means&f=false>

Mihara, S., & Higuchi, S. (2017). Cross-sectional and longitudinal epidemiological studies of Internet gaming disorder: A systematic review of the literature. [Estudios epidemiológicos transversales y longitudinales del trastorno del juego en Internet: una revisión sistemática de la literatura]. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 71(7), 425-444. Recuperado de:

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/pcn.12532>

Miller, W. R., & Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional*. Barcelona: Paidós.

Recuperado de:

https://planetadelibrosar0.cdnstatics.com/libros_contenido_extra/31/30319_La_entrevista_motivacional.pdf

Montero, M. (2009). El fortalecimiento en la comunidad, sus dificultades y alcances. *Universitas psychologica*, 8(3), 615-626. Recuperado de:

<https://www.redalyc.org/pdf/647/64712155005.pdf>

Morin, E., & Pakman, M. (1994). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Gedisa. Recuperado de:

http://grupal.reletran.org/wp-content/uploads/2013/09/MorinEdgar_Introduccion-al-pensamiento-complejo.pdf

Osbeck, L. M., Nersessian, N. J., Malone, K. R., & Newstetter, W. C. (2010). *Science as psychology: Sense-making and identity in science practice*. [Ciencia como Psicología: Sentido e Identidad en la Práctica Científica] Cambridge University Press. Recuperado de:

https://books.google.com.ar/books?id=5zDMyTKliLcC&printsec=frontcover&dq=Science+as+psychology:+Sense-making+and+identity+in+science+practice.&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjb152Szu_oAhVmGrkGHQBNCpQQ6AEIJzAA#v=onepage&q&f=false

Pagotto, M. A. (2019). La parrêsía y la potencia grupal como dimensiones de análisis para configuraciones autogestionadas. In *1º Congreso Internacional de Ciencias Humanas-Humanidades entre pasado y futuro*. Escuela de Humanidades, Universidad Nacional de San Martín. Recuperado de:

<https://www.aacademica.org/1.congreso.internacional.de.ciencias.humanas/748>

Pérez, M. J., Quiroga, A. B., Alzugaray, P. O., & Pérez, J. (2017). Uso abusivo de Tecnologías de la Información y la Comunicación: experiencia de intervención en prevención de adicciones en San Luis. *Virtualidad, Educación y Ciencia*, 8(14), 182-188. Recuperado de:

<https://revistas.psi.unc.edu.ar/index.php/vesc/article/view/17344/17050>

República Argentina. (2010). Ley Nacional N° 26.657. Recuperado de:

http://www.msal.gob.ar/images/stories/ryc/graficos/0000001237cnt-2018_ley-nacional-salud-mental-decreto-reglamentario.pdf

Sanatorio Morra. (s. f.). *Homepage*. Recuperado de: <https://www.morrasanatorio.com/>

Saporiti, J. C. R. C. M., & CEDRO, U. Una experiencia de Mindfulness en adicciones. BMRP. Recuperado de:

<http://vlg2015.serglo.es/uploadedFiles/vlg2015.7c9t3/fileManager/Una%20experiencia%20de%20Mindfulness%20en%20adicciones.pdf>

Segarra, J. F. L. Afrontamiento de la problemática de los jóvenes atrapados por las redes sociales y las TIC. Recuperado de:

http://www.cendocbogani.org/Archivos/Temas/Afrontamiento%20de%20la%20problematica%20de%20los%20jovenes%20en%20redes%20sociales%20y%20tic_0.pdf

Szerman, N., Martínez-Raga, J., Baler, R., Roncero, C., Vega, P., & Basurte, I. (2015). Declaración conjunta sobre Patología Dual. *Sociedad Española de Patología Dual. Manuscrito no publicado. Recuperado de http://www.patologiadual.es/docs/Declaracion-conjunta_Patologia_Dual_SEPD.pdf*. Recuperado de:

https://www.patologiadual.es/docs/Declaracion-conjunta_Patologia_Dual_SEPD.pdf

Szerman, N., Martínez-Raga, J., Peris, L., Roncero, C., Basurte, I., Vega, P., ... & Casas, M. (2013). Rethinking dual disorders/pathology. [Repensando los trastornos duales / patología]. *Addictive Disorders & Their Treatment*, 12(1), 1-10. Recuperado de:

https://journals.lww.com/addictiondisorders/Abstract/2013/03000/Rethinking_Dual_Disorders_Pathology.1.aspx

Toranzo, F. E., Marín, G. A., & Morán, C. G. (2018). Relación entre las Bases Neurobiológicas de las Adicciones a Sustancias y las Tecnoadicciones. *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología*, 3(3), 560-568. Recuperado de:

<https://revistas.psi.unc.edu.ar/index.php/aifp/article/view/20761/20390>

Universidad Siglo 21 (2019). Observatorio de Tendencias Sociales y Empresariales. Recuperado de:

<https://identidad.21.edu.ar/tecno-adiccion-casi-el-60-de-las-personas-chequea-su-celular-en-medio-de-una-conversacion-cara-a-cara/>

Universidad Siglo 21 (2019). *Sanatorio "Prof. León S, Morra"*. Recuperado de:

<https://siglo21.instructure.com/courses/7659/pages/plan-de-intervencion-modulo-0#org5>

Vargas, A. I. M. (2004). La evaluación educativa: concepto, períodos y modelos. *Actualidades investigativas en educación*, 4(2). Recuperado de:

<https://www.redalyc.org/pdf/447/44740211.pdf>

Villanueva Silvestre, V. (2012). Programa de prevención del abuso y la dependencia del teléfono móvil en población adolescente. Recuperado de:

<http://acise.cat/wp-content/uploads/2017/03/Tesis-Ver%C3%B3nica-Villanueva-Silvestre.pdf>

Weinstein, A., & Lejoyeux, M. (2010). Internet addiction or excessive internet use. [Adicción a Internet o uso excesivo de Internet]. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 36(5), 277-283. Recuperado de:

<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/00952990.2010.491880>

Williams, R. E., & Kraft, J. S. (2012). *The mindfulness workbook for addiction: A guide to coping with the grief, stress and anger that trigger addictive behaviors*. [El libro de ejercicios de Mindfulness para la adicción]. New Harbinger Publications.

Recuperado de:

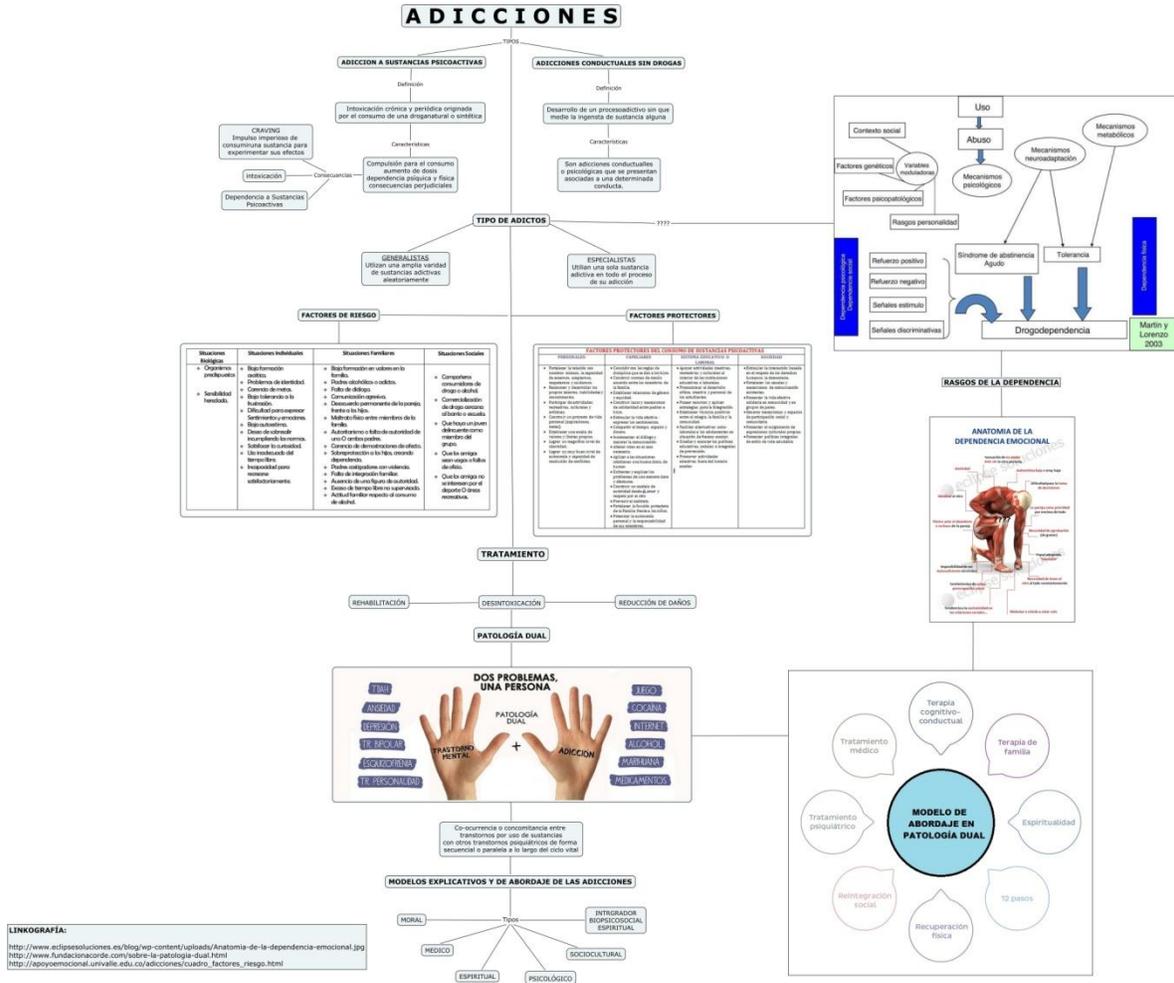
<https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=vdyKfYxOLSIC&oi=fnd&pg=PR11&dq=the+workbook+for+addiction+mindfulness&ots=bdN6GFyIsP&sig=DZR9Vj2DXTARiFrGX9GNpOmMBjE>

World Health Organization. (1998). *Promoción de la salud: glosario* (No. WHO/HPR/HEP/98.1). Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf;jsessionid=B40A208756EDD9C414A068C97AB7EDF3?sequence=1

Young, K. S., & de Abreu, C. N. (Eds.). (2011). *Internet addiction: A handbook and guide to evaluation and treatment*. [Adicción a Internet: manual y guía para la evaluación y el tratamiento]. John Wiley & Sons, Inc. Recuperado de: <https://psycnet.apa.org/record/2010-22949-000>

ANEXO:

ANEXO 1: cuadros sobre patología dual



Adicciones comportamentales y adicciones a sustancias

1 Factores personales

Factores predisponentes

- Características de personalidad: algunos jugadores patológicos puntúan alto en la dimensión "búsqueda de sensaciones excitantes"...
- Factores de aprendizaje.
- Variables cognitivas: como tener percepción ilusoria de control...

2 Factores familiares

Factores predisponentes

Disciplina familiar inadecuada, exposición al juego durante la adolescencia...

3 Factores ambientales

Factores predisponentes

Oferta de juegos de azar y bebidas alcohólicas y su difusión publicitaria, accesibilidad a los mismos, falta percepción de riesgo...

Características de personalidad o estados emocionales que aumentan la vulnerabilidad psicológica.

- Impulsividad.
- Estado de ánimo disfórico.
- Intolerancia a los estímulos displacenteros, tanto físicos como psicológicos (exigencias laborales, familiares...)
- Baja autoestima.
- Estilo de afrontamiento inadecuado ante las dificultades cotidianas.
- Búsqueda de sensaciones
- Timidez y dificultades para relacionarse.
- Sentimientos de soledad.

La evolución del proceso adictivo

31

- Es necesario ver la adicción como un proceso gradual.
- Al principio, el tipo de uso que la persona hace de la sustancia o conducta, no es adictivo, pero progresivamente, el tipo de uso varía aumentando hacia la habituación primero, y luego hacia el abuso. Aun en este momento no se puede hablar de adicción, pues el abuso es un estado en el cual la persona conserva el control sobre su uso.
- En sus primeras fases, la adicción puede pasar inadvertida.

Consecuencias negativas de las adicciones

LOS PROBLEMAS MÁS RELACIONADOS

- Psicológicos: depresión y la ansiedad.
- Físicos: el estrés produce mareos, dolores de cabeza, dolores musculares, fatiga, insomnio, alteraciones gastrointestinales y sensación de debilidad.
- Familiares: el adicto se aísla, ya no participa en decisiones y actividades familiares, desaparece dinero en casa, deudas...
- Escolares/laborales: absentismo laboral o escolar, falta de concentración...
- Sociales: empobrecimiento de las relaciones sociales, pérdida de amistades, aislamiento, pérdida de interés por actividades que realizaba antes...
- Consumo de otras drogas.
- Problemas legales: hurtos o robos

Consecuencias negativas de las adicciones

ALTERACIONES PERSONALES

- Alteraciones cognitivas: pensamientos distorsionados, pensamiento mágico, obsesiones...
- Alteraciones fisiológicas: estrés, ansiedad, malestar físico general...
- Alteraciones emocionales: cambios de humor, irritabilidad, agresividad, baja autoestima, sentimientos de culpa, vergüenza...

ANEXO 2: cuestionario de uso problemático de nuevas tecnologías (UPNT)

http://scielo.isciii.es/img/revistas/ap/v29n3/psicologia_clinica13_anexo.pdf

ANEXO 3: video adicciones a la tecnología:

<https://www.youtube.com/watch?v=lOoLmGcnBfU>

ANEXO 4: tabla de actividades placenteras

Actividad Agradable	Disfrute de esta actividad	Fecha en la que empezaré esta actividad
Ve a dar una vuelta		
Montar en bicicleta.		
Arreglar una habitación.		
Limpiar mi oficina.		
Toma una clase de baile.		
Ir a un parque.		
Aprender un instrumento musical.		
Ser voluntario en una organización local.		
Ayudar a un vecino.		
Ir al cine.		
Hacer obras de arte.		
Ir a los jardines locales.		
Ir al centro de la ciudad.		
Tomarse un tiempo para meditar o sentarse en silencio.		
Ir a un concierto.		
Planear unas vacaciones.		
Lee una historia inspiradora.		
Usar ropa que me guste.		
Tomar un baño.		
Leer un libro o una revista.		
Salir a escuchar una		

conferencia.

Escuchar música relajante.

Cocinar para un amigo.

Lavar los platos.

Trabajar en mi coche.

Terminar una tarea.

Ir a la iglesia o al templo.

Juega un juego de mesa.

Empieza a aprender otro idioma.

Completar un rompecabezas o un crucigrama.

Hacer galletas.

Ir a una reunión.

Hacer trabajo de jardinería.

Jugar con mi mascota.

Empaparme del sol.

Unirme a un equipo deportivo.

Categoría De Análisis	Indicador	Respuestas (informes)
nivel de conocimiento sobre patología dual y adicciones comportamentales a nuevas tecnologías	Reconocimiento del significado de los constructos abordados	
	Entender el uso excesivo de la tecnología como una problemática relevante	
Motivación al cambio y autoeficacia percibida	Sentimiento de deseo de cambio	
	Creencia de poder llevar adelante los cambios planteados	
Vinculación con el otro	Sentimiento de apoyo con sus pares	
	Creación de canales dialógicos sinceros y asertivos	
	Autoconocimiento de sí mismo	

Introspección	Reconocer emociones e impulsos	
Aceptación y compromiso	Pensamiento crítico	
	Autocompasión y aceptación	
El estar consciente como técnica de cambio y	Incorporación de la técnica en su vida personal	
	Control de las reacciones e impulsos severos.	
Postura frente al uso de la tecnología	Critica y prudencia	
	Diversión sin medios tecnológicos.	