

## ASPECTOS GENERALES DEL TRATAMIENTO DEL ABUSO DE DROGAS EN ADOLESCENTES<sup>1</sup>

**Pablo A. Dragotto**

**Licenciado en Psicología**

**Asociación Programa Cambio. Córdoba. Argentina**

Quien haya recibido en su consulta a un adolescente que es llevado a tratamiento por sus padres debido a que se han enterado del consumo de drogas del joven, podrá dar fe de las dificultades que plantea esta situación.

Una madre ansiosa, angustiada, desesperada, demanda soluciones inmediatas, pide que le devuelvan al niño precioso y cariñoso que era su hijo unos meses atrás. En el caso en que el padre asista a la entrevista quizás se muestre sorprendido o indiferente; quizás piense, resignado, que su hijo no tiene remedio. Puede suceder que le reproche, autoritariamente, que no tiene fuerza de voluntad para decidirse a dejar la droga. Pero una cosa es segura: ambos progenitores coincidirán en culpar a "los descarriados con los que se junta" su hijo, de la conducta de éste.

Les costará explicar cómo es que su hijo hace dos años que consume drogas y ellos recién se enteran; o bien, que sabían desde hace mucho tiempo atrás pero al principio creyeron que era mentira, después no sabían qué hacer y luego no se decidían. En otras ocasiones la familia consultará al cabo de un largo peregrinaje por diferentes tratamientos.

### ¿Y el adolescente?

En la entrevista el adolescente podrá mostrarse colaborador (las menos de las veces) o desafiante (las más); con habilidad dará vuelta todos los argumentos de sus

padres. Probablemente niegue de plano todo consumo de drogas aunque le encuentren un papel de cocaína en el bolsillo (siempre es de un amigo).

En caso de que reconozca el uso de sustancias, ofrecerá una versión light disminuyendo tiempo de consumo, frecuencia y cantidad.

El joven concurre a la entrevista con la esperanza de calmar a sus padres, de que no lo molesten más y poder seguir en la misma.

A sus ojos el entrevistador suele ser un "agente del enemigo", un representante del mundo adulto (al cual detesta), un aliado de sus padres... Durante la entrevista buscará confirmar sus hipótesis. En el tiempo que ésta dure seremos desafiados, puestos a prueba y provocados de todas las maneras imaginables.

Es claro que las posibilidades de presentación de un paciente o de una familia son muchas y muy variadas, pero las breves situaciones que hemos esbozado no son raras. En todo caso, cuando seamos consultados por un adolescente que hace uso abusivo de sustancias psicoactivas rara vez nos encontraremos con un sujeto angustiado que pide ayuda porque no entiende lo que le está pasando. La angustia aparecerá en alguno de sus acompañantes y la demanda de ayuda será de alguno de los padres.

### ¿Y las palabras?

Las palabras que el joven diga podrán venir o no cargadas con la intención de engañarnos; generalmente en estas primeras instancias del tratamiento el adolescente hablará con sus actos algo que por el momento no puede decir con palabras.

Estamos convencidos que en el trabajo clínico sólo es posible trabajar caso por caso, abordando la singularidad de cada persona. No obstante nos proponemos comentar

---

<sup>1</sup> Trabajo presentado en las Primeras Jornadas Internacionales de Adicciones "Clínica y Estrategias Terapéuticas" Córdoba, Argentina, 25 y 26 de agosto de 2000.

algunas situaciones frecuentes en el tratamiento de adolescentes que abusan de sustancias psicoactivas y compartir algunas alternativas que, en nuestra experiencia, pueden ayudar a que el joven acepte iniciar un tratamiento, reconozca la presencia de un problema y se encamine hacia una búsqueda del sentido de sus actos.

Estos comentarios se sustentan en la experiencia de cinco años de trabajo en el tratamiento de adolescentes en el Programa Cambio.

### **¿Cómo hacer de los padres aliados para el tratamiento?**

A primera vista esta pregunta puede parecer absurda. Se supone que los familiares directos del adolescente serán los primeros interesados en que éste deje de consumir drogas. Sin embargo, el abordaje familiar del abuso de sustancias en adolescentes siempre nos depara sorpresas.

Como decíamos, en las primeras consultas los padres suelen presentarse con un alto monto de angustia y desesperación a pedir ayuda para que su hijo deje de drogarse; casi tan altos como el nivel de negación acerca de sus responsabilidades en el desarrollo de esa conducta.

Es frecuente encontrarse con una adhesión casi incondicional de los padres a las pautas del tratamiento en sus etapas iniciales, que se torna en resistencia y, a veces, en oposición franca o velada en las etapas posteriores del mismo.

Dice Octave Mannoni refiriéndose al análisis de adolescentes en general:

"... Los padres parecen dimitir de sus obligaciones si recurren a un terapeuta para sus hijos (...) pueden criticar el trabajo del psicoterapeuta y anularlo entre sesiones... y luego, como son los padres quienes lo contratan y le pagan, el analista puede verse privado de una parte de sus medios. (...) El

conflicto de los adolescentes con su familia siempre está presente. Si son los padres quienes hacen intervenir a un analista, éste corre el peligro de verse envuelto en el conflicto si no pone cuidado (...) sus resultados pueden ser enteramente satisfactorios con la condición de que el analista no sea tomado por un aliado de la familia ni por un defensor del adolescente contra la autoridad parental."

Es de suma importancia lograr el compromiso de los familiares que acompañan al joven en su tratamiento.

A diferencia de los adultos adictos que suelen consultar cuando han "tocado fondo", los adolescentes llegan al tratamiento casi siempre por presión externa (de la familia, de la escuela o de un juzgado). Asimismo, la mayor parte de estos adolescentes no han desarrollado aún una dependencia a las sustancias; suelen presentar trastornos por abuso de una o más sustancias según la codificación del DSM-IV. Esto tiene implicancias positivas y negativas para el tratamiento. Entre las positivas podemos afirmar que el abuso de sustancias ofrece un mejor pronóstico que la dependencia de sustancias, ya que puede remitir en forma total y desaparecer como problemática de ese sujeto si el tratamiento tiene éxito.

El diagnóstico de dependencia de sustancias no desaparece, a lo sumo es presentado como "en remisión prolongada" e implica cronicidad. Esta consideración no es trivial ni en el aspecto clínico ni legal, ya que implica aspectos éticos: cuando remitimos un informe a una obra social o a un juzgado consignando un diagnóstico de dependencia de sustancias para un adolescente, ponemos un rótulo que será muy difícil de despegar a posterior.

El adolescente que abusa de sustancias generalmente ha consumido durante menos tiempo y en menor cantidad que quien depende de la sustancia. En otras palabras, la vida cotidiana del joven no está inundada

con actividades ligadas al uso de sustancias (o si lo está, es un fenómeno reciente). Aún quedan áreas de la vida del joven no relacionadas con las drogas, amigos que no usan drogas, etc.

El problema, para nosotros, es que este joven no reconoce que tiene un problema con las drogas y se niega a acudir a un tratamiento. Por su experiencia cotidiana se compara con adictos que conoce, con más años de consumo, con deterioros evidentes en su salud y que no siguen un tratamiento, o bien, han pasado por diversos tratamientos sin dejar de drogarse. Saca sus propias conclusiones: "Yo no soy un drogadicto, la puedo pilotear, tengo cuerda para rato..." Como puede verse, en estas conclusiones juegan un papel importante algunas características propias de la adolescencia, como son: la omnipotencia del pensamiento, el predominio del razonamiento concreto sobre el abstracto, el pensamiento mágico y los sentimientos de invulnerabilidad.

Estas consideraciones son cruciales a la hora de los primeros contactos entre el equipo tratante y el joven y su familia.

Si incluimos en un grupo terapéutico de adictos adultos a un adolescente de 16 años de edad, que consume marihuana desde hace un año, sólo conseguiremos reforzar su convicción de que no tiene un problema con las drogas. Probablemente este joven abandonará el tratamiento después de haber sido "instruido" durante un par de semanas acerca de formas de acceso y consumo de sustancias que desconocía.

Esta es una razón para sostener la necesidad de espacios de tratamiento diferenciados para adultos y adolescentes.

### **Pautas del tratamiento**

En nuestra experiencia, el abordaje terapéutico del abuso de sustancias en adolescentes debe contemplar las siguientes pautas:

En lo posible el tratamiento debe estructurarse en fases sucesivas, con objetivos diferenciados. Esto brinda al adolescente un esquema referencial que le permite percibir avances en su tratamiento de una manera concreta, reforzando su motivación para continuar en el mismo.

Hablamos de un tratamiento orientado principalmente al abandono del uso de sustancias y al cambio de pautas relacionales y de conducta vinculadas al mismo.

### **ADMISIÓN o TRATAMIENTO INICIAL:**

Los objetivos básicos de esta etapa serán evaluar al paciente y su familia, lograr la motivación necesaria para llevar a cabo el tratamiento, elegir un tratamiento adecuado para este joven y colaborar con los primeros cambios necesarios para la interrupción del uso de sustancias psicoactivas.

Esta etapa puede durar entre tres y seis semanas, y durante la misma se intentará realizar:

1. Una cuidadosa evaluación inicial a través de entrevistas familiares, entrevistas individuales y de la inclusión del joven en un grupo con otros adolescentes en situación similar. También es de suma utilidad la participación de los padres en grupos de padres coordinados por un profesional del equipo.

Entre los aspectos a evaluar en esta primer etapa se encuentran:

- ¿Cómo llega el paciente a la consulta?
- ¿Por qué en este momento?
- ¿De qué manera y cuánto tiempo antes de la consulta la familia se enteró del consumo de su hijo/a?
- ¿Qué lugar ocupa el uso de sustancias en la problemática del joven y en la dinámica familiar?

- ¿Han habido intentos previos de dejar las drogas?
- ¿Han habido tratamientos previos?
- ¿Tiene el joven causas pendientes en la justicia o es derivado por el poder judicial?

2. Llevar a cabo un primer diagnóstico acerca del uso de drogas del paciente, intentando determinar si se encuentra en una etapa de uso experimental reciente, en una situación de abuso o de dependencia de sustancias.

En el caso que el uso de sustancias sea mínimo y reciente pero se observe que la problemática general del adolescente requiere de ayuda terapéutica, la recomendación del equipo probablemente sea de psicoterapia individual y/o familiar fuera de la institución. Dar ingreso a un tratamiento en una institución especializada en adicciones a un joven que no cumple los requisitos para el diagnóstico de abuso o dependencia de sustancias es iatrogénico, entre otros motivos por los efectos de rotulamiento que mencionamos con anterioridad.

Si el diagnóstico presuntivo es de abuso de sustancias podrá optarse entre un tratamiento ambulatorio o uno de semi-internación (Hospital de Día), dependiendo esto de en qué medida el paciente ha podido sostener actividades como estudio o trabajo, el compromiso de la familia con el tratamiento, el grado de implicación de la red social inmediata en el uso de sustancias, etc.

Si el diagnóstico presuntivo es de dependencia de sustancias, el tratamiento deberá ser más prolongado, contemplar la necesidad de desintoxicación con asistencia médica y la posibilidad de internación en una Comunidad Terapéutica.

3. Siempre que sea posible debe evitarse la internación y el aislamiento del paciente.

Esta afirmación, válida para todo ser humano, lo es más aún para un adolescente. El joven se encuentra en una etapa de socialización intensa y los pasos que pierda en ese proceso serán difíciles de recuperar. Hay veces que el uso de sustancias produce el fracaso escolar o el abandono de grupos de amigos; pero es muy importante cuidarse de agregar otro daño con nuestra intención de ayudar. El abandono de la escuela, a veces necesario, es un recurso extremo y que debe plantearse como transitorio.

4. La inclusión del adolescente en un grupo con otros adolescentes permite romper el circuito de negaciones y ocultamientos con respecto al uso de drogas. Los jóvenes conocen las mentiras del otro, los trucos, etc.

Asimismo posibilita la aceptación del problema, el paso de una etapa de precontemplación a una de contemplación y hasta de acción orientada al cambio. Esto redundará en un aumento de la motivación para llevar a cabo el tratamiento.

Durante esta etapa se buscará conformar una alianza terapéutica con el adolescente y su familia.

Decíamos que, inicialmente, el joven nos ubicará en el casillero de los adultos aliados a sus padres (por lo tanto enemigos suyos). Entonces el tema de la confianza será un aspecto clave en la relación terapeuta-paciente.

Si conseguimos que el adolescente nos perciba como alguien decidido a ayudar, con un claro deseo de colaborar en el mejoramiento de su situación y, al mismo tiempo neutral ante los conflictos familiares, habremos dado un primer paso hacia el logro de una confianza mínima. Debemos ser claros y directos al preguntar, no dudar en manifestarle cuando creemos que nos miente, ser coherentes en lo que decimos y hacemos.

Es muy importante definir el alcance del secreto profesional en estos casos. Coincidimos con Washton y con Arias en que debe garantizarse al joven la confidencialidad de los temas personales, a excepción del uso de sustancias y otras conductas que impliquen un peligro para él o para terceros.

Como sucede generalmente, las pautas que se establezcan en la primer etapa tendrán validez para el resto del tratamiento. La actitud del equipo terapéutico ante los intentos de transgresión de lo acordado, tanto por parte del joven como de los padres, establecerá una impronta que luego será difícil de cambiar. En un primer momento y luego de la evaluación inicial se acordará con el joven y con sus padres la forma de trabajo.

Además de la modalidad de tratamiento y la frecuencia de los encuentros, se dejarán claramente establecidas las pautas del tratamiento que la familia y el joven se comprometen a cumplir. Estas pautas no son decididas unilateralmente por el equipo sino que se discuten con la familia, pero una vez acordadas tienen el carácter de normas del tratamiento, cuya transgresión tendrá consecuencias directas en el mismo (suspensión, re-contrato, finalización); es decir, pasan a formar parte del encuadre de trabajo. Entre ellas se incluyen la obligatoriedad de la asistencia a grupos y entrevistas para los padres del joven y sugerencias concretas tendientes al bgr de abstinencia: p.ej: no frecuentar lugares donde se consuma alcohol en exceso o drogas, no reunirse con aquellos jóvenes con los que solía consumir drogas, restringir el manejo de dinero, sacar de la casa todo resto de droga y la parafernalia asociada al uso de sustancias, etc.

El logro de abstinencia en el uso de cualquier sustancia psicoactiva (a excepción de aquellos pacientes a quienes se les prescriba tratamiento farmacológico) constituye el objetivo inicial del tratamiento.

Al respecto dice Washton: "La cuestión es, de alguna manera, redefinir la abstinencia como un movimiento hacia la independencia, más que como una sumisión a los deseos de las figuras de autoridad. Se debe incitar a los adolescentes a ver cómo la abstinencia puede suprimir algunos obstáculos entre ellos y el mundo, más que considerarla como un signo de derrota."

5. Con posterioridad a la etapa de Admisión y si la indicación del equipo es la de iniciar tratamiento por abuso de sustancias, el paciente continuará su recorrido por las etapas del tratamiento. El paso de una etapa a otra es connotado positivamente como un logro de importancia, particularmente el paso a la primera etapa que implica la firme decisión de llevar a cabo el tratamiento. Las etapas pueden ser varias y sus objetivos diversos. Lo clásico es la división en tres etapas sucesivas.

A modo de ejemplo describiré objetivos generales de las mismas. Estos tienen la función de brindar una orientación amplia al equipo y a los pacientes, pero no pueden constituirse en un protocolo a seguir ya que cada tratamiento debe ser diseñado y pensado de acuerdo a la singularidad de cada caso.

#### **Objetivos de la FASE A :**

- ?? Lograr y sostener la abstinencia de sustancias psicoactivas.
- ?? Sostener el cumplimiento de las normas que la familia y el equipo hayan acordado.
- ?? Planificar los fines de semana y el tiempo libre aprendiendo a asumir responsabilidades básicas.
- ?? Trabajar la separación de amigos que consumen.
- ?? Anticipar y evaluar riesgos en lo cotidiano, la casa, el barrio, la escuela, el trabajo.
- ?? Sostener responsabilidades en el trabajo y el estudio (horarios, tareas, etc.).

- ?? Prevenir posibles recaídas, a través de la realización de tareas específicas.
- ?? Rearmar y recrear nuevas redes de apoyo.
- ?? Cortar con la gente que consume drogas y/o alcohol.

El trabajo de Prevención de Recaídas es de suma utilidad en el tratamiento de adolescentes. Los pacientes suelen tener una expectativa mágica acerca de su decisión de dejar las drogas. Para ellos y para sus familiares bastaría con proponérselo para no volver a consumir. Cuando acontece la recaída arrecian los sentimientos de culpa y desesperanza, los reproches y la sensación de haber fracasado con la consecuente caída de la motivación para seguir adelante con el tratamiento. El abordaje de Prevención de Recaídas permite a la persona aprender a reconocer los signos tempranos de la recaída y aprender estrategias de evitación y enfrentamiento que pongan en juego nuevas habilidades o reflen habilidades perdidas a fin de evitar que aquellas acontezcan.

Las técnicas a implementar en el trabajo de Prevención de Recaídas deben adecuarse a las características de la adolescencia y de los adolescentes en tratamiento.

El modo de presentación debe ser accesible y entretenido. Por ejemplo: el uso de una serie de filminas (transparencias) con el lenguaje gráfico del comic (caricaturas), permite trabajar con los jóvenes la detección de señales de riesgo de recaídas, la identificación de pautas de pensamiento y sentimientos que pueden ser disparadores o precursores del proceso de recaída y la elaboración de estrategias de enfrentamiento para evitar la recaída.

El juego y el humor son herramientas indispensables a la hora de evaluar riesgos de recaídas y discutir modos de enfrentar los mismos de manera eficaz.

Las dramatizaciones de situaciones vividas o por vivir que pueden desembocar en un

retorno al consumo de sustancias permiten ubicar al joven in situ y tornan evidentes los riesgos, las dificultades y las posibilidades de acción, desbaratando el arsenal de racionalizaciones y justificaciones encubridoras del deseo de consumir.

Asimismo la utilización de "mapas de recaídas" (Marlatt) ha sido de gran utilidad como modo de ejemplificar la noción de proceso y la posibilidad de efectuar cambios a tiempo a fin de evitar el consumo de sustancias.

Una vez más, todo el trabajo que se lleve a cabo con los adolescentes perderá gran parte de su impacto si no se realiza simultáneamente un trabajo similar con los padres o adultos responsables del menor, cuando los haya. El mismo material utilizado con los jóvenes puede ser empleado con la familia. El objetivo será no sólo identificar factores de riesgo de recaídas en el consumo de drogas sino también promover la comprensión de los procesos inherentes a la adicción y a la recuperación, así como la identificación de las conductas y actitudes del medio familiar que favorecen el consumo de sustancias. En este último sentido es que hablamos de recaídas en actitudes y no solamente en el uso de drogas.

La familia debe aprender (1) a reconocer aquellas actitudes, conductas y estados de ánimo del joven que pueden estar denunciando el inicio del proceso de recaída; y (2) a identificar las conductas, actitudes y mensajes propios que favorecen el consumo de sustancias en sus hijos.

### **Objetivos de la FASE B:**

- ?? Promover que el paciente pueda identificar, discriminar y expresar sus sentimientos.
- ?? Indagar sobre la historia personal y familiar, trabajando aquellos aspectos relacionados con el uso de sustancias.
- ?? Expandir la red de apoyo.

- ?? Trabajar con el adolescente su proyecto de vida para la etapa en que se encuentra.
- ?? Prevenir y trabajar posibles recaídas.
- ?? Trabajar salidas, estructuración del tiempo libre y recreación.
- ?? Planificar y evaluar el fin de semana.

En esta etapa, el tratamiento deja de girar casi exclusivamente en torno al logro y sostén de la abstinencia, para apuntar a aspectos más generales de la vida del paciente: su historia personal y familiar, su personalidad, los conflictos internos e interpersonales, etc. Quien observe un grupo en fase B funcionando diría que es un típico grupo terapéutico de adolescentes, de no ser por la rapidez con que todo el grupo cambia su dinámica, el foco y las intervenciones al menor indicio de recaída en uno de sus miembros.

Este es un buen momento para identificar y señalar las situaciones que pueden hacer necesario un tratamiento de psicoterapia en paralelo o posterior al tratamiento del abuso de sustancias.

El trabajo con los padres es intenso. Dado que durante los meses transcurridos en el tratamiento han logrado algo que les parecía imposible (que su hijo deje de drogarse), y por la rigidez que suele caracterizarlos, intentan perpetuar las pautas de control de la conducta del adolescente sin reconocer el progreso de sus hijos. Así puede suceder que, aunque el joven lleve casi un año sin drogarse y sostenga su tratamiento con compromiso, sea obligado por sus padres a cumplir horarios, a no manejar dinero o se le impida salir de noche con amigos. Es tarea del equipo trabajar con la familia las ansiedades que se despiertan a fin que el joven pueda continuar su proceso de socialización de manera acorde con la etapa que vive.

Asimismo, algunos padres suelen tener expectativas poco realistas con respecto al tratamiento. Esperan que éste les devuelva

un joven manso y tranquilo, que no presente conflictos con ellos, que obedezca, etc., etc.

También es tarea del equipo ayudar a los padres a comprender que el adolescente que no se droga sigue siendo precisamente eso: un adolescente.

### **Objetivos de la FASE C:**

- ?? Trabajar el despegue progresivo del tratamiento y la institución.
- ?? Vehiculizar en la realidad cotidiana el proyecto de vida formulado con anterioridad.
- ?? Sostener y ampliar la red de apoyo.
- ?? Evaluar la necesidad de recibir otro tipo de ayuda individual o familiar.
- ?? Prevenir posibles recaídas.

En esta etapa la tarea principal será acompañar al joven y a su familia en un proceso de autonomía paulatina con respecto a la institución. Puede permitirse el consumo de alcohol en forma moderada y controlada a aquellos pacientes que no hayan presentado signos de dependencia previamente; habrá que estar muy atentos a lo que suceda a partir del uso de alcohol tanto por las posibilidades de que éste dispare una recaída en el sentido de un uso descontrolado, o en el uso de otras sustancias. Es notable observar cómo, a través de mecanismos de negación y de la inducción social al consumo de bebidas alcohólicas, jóvenes que han presentado graves síntomas de dependencia a sustancias piensan que esto no tiene nada que ver con el alcohol.

En esta etapa se hacen evidentes las expectativas mágicas, triunfalistas, de muchas familias en tratamiento quienes comienzan a vivenciar el problema con las drogas como algo del pasado, totalmente superado.

Deberemos luchar contra esa fantasía promoviendo una cierta alerta mínima constante que permita sobrellevar los

próximos meses, justamente cuando el joven es más vulnerable a la recaída. Es recomendable un período de seguimiento a través de entrevistas o contactos telefónicos mensuales.

Si el tratamiento ha sido efectivo, además de haberse interrumpido el consumo de drogas, el joven habrá logrado esclarecer conflictos personales y familiares y replantearse alternativas para sus próximos años de vida.

El punto crucial es que haya podido romper ese cortocircuito que la droga posibilita y que va de la necesidad a la satisfacción sin la mediación de la palabra y de los otros. Que puedan pasar del hacer al decir. En el camino aparecerá la angustia y en buenahora.

Pensamos que un abordaje como el que hemos delineado hoy, es efectivo para lograr que el joven deje de drogarse, sostenga la abstinencia y realice cambios concretos en su vida cotidiana, pero también sabemos que para muchos es sólo el comienzo de un camino que posiblemente continúe con una psicoterapia posterior.

## **ESTUDIOS COMPARATIVOS**

Es en Norteamérica donde se han llevado cabo la mayor cantidad de estudios comparativos de diferentes modalidades de tratamiento del abuso de drogas en adolescentes. Si bien las conclusiones son aproximativas y muy generales, estos estudios han encontrado que los programas que tienden a ser más efectivos son aquellos que:

- ofrecen un abordaje flexible que se ajusta a las necesidades individuales del adolescente,
- tratan a un gran número de adolescentes,
- tienen una escuela especial para quienes abandonan el sistema de educación,
- emplean a terapeutas con más de dos años de experiencia con adolescentes abusadores de drogas,

- proveen servicios especiales tales como: orientación vocacional, recreación, orientación acerca de sexualidad y control de la natalidad,
- incluyen a familiares y personas de apoyo en el tratamiento.

Pero nada de esto nos servirá si no somos capaces de acercarnos a cada adolescente con un genuino deseo de ayudar, desprovistos de prejuicios y otorgándonos el permiso para crear y jugar en los espacios de encuentros y de desencuentros que constituyen lo que llamamos un tratamiento. No alcanza con la técnica y la teoría. El adolescente se encargará de desbaratar nuestro armazón explicativo en el preciso momento en que más seguros estemos en nuestro pensamiento y nuestras certezas.

Para cerrar, otra cita de Octave Mannoni:

"En un análisis de adolescente, el analista no logrará gran cosa si permanece ceñido a su saber, saber que forma parte del mundo que el adolescente repudia. El analista debería permitir el JUEGO del repudio y la discusión..."

## **Bibliografía**

- Aberastury A, Knobel M et al. La adolescencia normal, 13ª. Reimpresión. Buenos Aires. Paidós (1993).
- Arias, José Antonio (2000) Diagnóstico del abuso y la dependencia de sustancias. En: Grau Martínez, Arturo (Editor) Meneghello Julio (Director). *Psiquiatría y Psicología de la Infancia y la Adolescencia*. Editorial Medica Panamericana. Buenos Aires
- Di Clemente C., Prochaska J., Fairhurst S., et al.(1991) "The Process of Smoking Cessation. An Analysis of Precontemplation, Contemplation, and Preparation Stages of Change". *J. Consultant Clinical Psychology* 59: 295-304.
- Dragotto, Pablo y Suárez, Alejandra (1999) Prevención de recaídas: Su implementación en el tratamiento de adolescentes por abuso de sustancias. Trabajo presentado en la VII Conferencia Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas. Viña del Mar, Chile, marzo de 1999 (disponible en [www.programacambio.org](http://www.programacambio.org))
- Dusenberry L, Khuri E and Millman R.(1992) Adolescent Substance Abuse: A Sociodevelopmental Perspective. En: Lowinson J, Ruiz P and Millman R (Ed.) *Substance Abuse: A comprehensive textbook* (2nd Ed.) Williams & Wilkins. Baltimore. USA.
- Friedman A.S. et al. (1986) Program Characteristics for Successful Treatment of Adolescent Drug Abuse. *J of Nervous and Mental Diseases*. Vol.174 No.11 669-679
- Knobel, Mauricio (2000) Terapia en adolescentes adictos. En: Grau Martínez, Arturo (Editor) Meneghello Julio (Director). *Psiquiatría y Psicología de la Infancia y la Adolescencia*. Editorial Medica Panamericana. Buenos Aires
- Mannoni, Octave y otros(1996) La crisis de la adolescencia. Editorial Gedisa. Barcelona. p 22.
- Marlatt, G. A. y Barrett, K. "Relapse Prevention" en Galanter, M. y Kleber, H.D.(Ed.) *The American Psychiatric Press Textbook of Substance Abuse Treatment*, American Psychiatric Press, Washington DC, 1994.
- Marlatt, G.A. y Gordon, J.R: (Ed.) *Relapse Prevention, Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*,The Guilford Press, New York, 1985.
- Roberts, Gary and Osborne, Alan (prep.) (1999) *Best Practices, Substance Abuse Treatment and Rehabilitation*. Office of Alcohol, Drugs and Dependency Issues. Health Canada. Minister of Public Works and Government Services. Canada.
- Octave Mannoni y otros, La crisis de la adolescencia, Editorial Gedisa, Barcelona, 1996. p 22.
- Washton, Arnold. La adicción a la Cocaína. Editorial Paidós. Buenos Aires 1995 (1989).