



**PROGRAMA PARA
ADICTOS A LA
COCAÍNA Y OTROS
PSICOESTIMULANTES**

INDICE

1. **Introducción**
2. **Objetivos del programa**
3. **Características específicas del programa**
4. **Niveles de intervención**
 - 4.1. **Abordaje médico – farmacológico**
 - 4.2. **Intervención psiquiátrica**
 - 4.3. **Actividades psico y socioterapéuticas**
 - 4.4. **Intervención individual**
 - 4.5. **Terapia familiar**

1. INTRODUCCIÓN

Desde hace unos años el consumo de cocaína y de otros estimulantes tanto en la población general como en la de adictos a drogas ha ido incrementándose hasta - dejando de lado el alcohol - suponer el mayor porcentaje de las urgencias hospitalarias por uso de sustancias y un elevado número de la demanda de atención especializada en el campo de las adicciones. Atrás queda la etapa en que era corriente escuchar declaraciones ingenuas respecto a los pretendidos beneficios de la cocaína sobre la heroína y también ver en la cultura “yuppie” el hábitat privilegiado para el consumo de esta sustancia o circunscribir el uso de estimulantes a ciertas franjas de edad. El consumo de cocaína y de estimulantes ya no es una prerrogativa de ciertas clases sociales y todo el atractivo que pudiera tener en el pasado desaparece cuando se evalúa una realidad cada vez más cruda y polimorfa.

Debido a ello, cabe hacer propuestas que tengan en cuenta tanto la especificidad de los trastornos que se derivan del consumo de estas sustancias como de las exigencias del proceso de recuperación de una adicción, puesto que entendemos como error tanto el construir programas sobre un mal entendido perfil diferencial del sujeto cocainómano y/o adicto a estimulantes (circunstancia ésta que muchas veces no logra sino agravar la creencia de “ser especial” y el sentimiento de omnipotencia característicos de estos sujetos) como no tener en cuenta las áreas y aspectos distintivos sobre los que los psicoestimulantes producen sus trastornos.

2. OBJETIVOS DEL PROGRAMA

Los objetivos del programa para adictos(as) a la cocaína y otros estimulantes entroncan con los enunciados en el “Programa Terapéutico Spiral”. No obstante, antes de explicarlos de manera sucinta, cabe señalar que algunos de ellos (especialmente los que hacen alusión a la intervención familiar y al proceso de reintegración social) quedarán circunscritos a las características del régimen residencial en que lleva a cabo el programa e imponen una estrecha coordinación con los profesionales de referencia de cada sujeto:

A corto plazo

- 1.1 - Recuperación de las secuelas somáticas más inmediatas
- 1.2 - Recuperación de las secuelas psico (pato) lógicas
- 1.3 - Recuperación de las secuelas sociorelacionales

A medio plazo

- 2.1 - Inducción de mensajes y metamensajes saludables
- 2.2 - Reestructuración responsable y modificación de la personalidad
- 2.3 - Maduración psicológica y culminación de la recuperación secuelar
- 2.4 – Recuperación de las secuelas somáticas no inmediatas
- 2.5 – Aprendizaje de alternativas de ocio **y de tiempo libre**

2.6 – Fomento de la formación cultural y/o académica

2.6 - Trabajo familiar paralelo

A largo plazo

3.1 - Puesta a prueba de avances conseguidos mediante salidas

3.2 - Estandarización de pautas de vida saludables

3.4 - Intensificación de las medidas de integración social que sean factibles desde el centro

3. CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA

El programa para adictos a la cocaína y otros estimulantes participa tanto de la filosofía terapéutica como de los planteamientos asistenciales del programa terapéutico general. Sin embargo, posee una serie de características específicas que pasamos a describir:

- La primera es que, al llevarse a cabo en un régimen residencial de horario amplio, quienes lo efectúen disponen de un menú de actividades terapéuticas tanto generales como específicas que se va desarrollando según avanza el sujeto en el programa y en un entorno idóneo para tal fin. Se consigue así el doble objetivo de incidir en los trastornos y alteraciones propias del consumo de psicoestimulantes y de permitir al sujeto la toma de conciencia de cuanto supone un proceso adictivo, independientemente de la denominación del mismo.

- El centro no se entiende por ello únicamente como un recurso de aislamiento a medio/largo plazo. Es en sí mismo un molde destinado a la reeducación convivencial y a la adquisición de nuevos hábitos. Los intensos déficits que el consumo de cocaína y de estimulantes crea en el control y en la gestión de los impulsos por parte del sujeto adicto se abordan desde un marco global en el que el paciente debe aprehender una manera nueva de interacción consigo mismo y con los demás combinando elementos tan digregados en estos casos como el soporte normativo con la flexibilidad, el dinamismo con el autocontrol y la autoestima con la apertura emocional.

- Sabida es la enorme importancia que a nuestro juicio posee el abordaje de las **Áreas Básicas** (Sirvent, C. 1991) o trastornos centrales que mejor cualifican la psicopatología de las adicciones. Según nuestra experiencia, de la eficaz superación de los trastornos de que venimos hablando va a depender gran parte del éxito - por no decir todo ello - del proceso terapéutico que emprenda el adicto, puesto que suponen los principales obstáculos con que se encontrará en su recuperación.

Teniendo en cuenta lo dicho más arriba, durante el programa se abordan los denominados **trastornos motivo – érgicos** y los **trastornos volitivos** (Sirvent, C. 1991) del adicto aplicando las medidas terapéuticas adecuadas para que la vitalidad perdida se recupere y se sepa mantener. De igual forma, se incide en la personalidad dependiente del sujeto para ayudarle a recobrar la capacidad para tolerar las frustraciones, para manejar el displacer, para transformar en muchos casos un estilo consumista y hedonista tanto en la relación con los demás como en su actitud ante la vida en otro más maduro y para manejar la **toxicofilia** (Sirvent, C. 1991), que hace referencia a esa atracción visceral, casi instintiva que el adicto

experimenta hacia la cocaína y hacia el perimundo en que se desarrolló su adicción (ambientes, rituales, estímulos asociados, etc.). Hablar de dependencia, por otro lado, es hablar de **ausencia de autocontrol** de manera que este concepto se convierte no sólo en un objetivo a alcanzar por sí mismo sino en la resultante del trabajo terapéutico realizado en aspectos como la impulsividad y la inmediatez, aspectos que alcanzan dimensiones patológicas en adictos a la cocaína y les conducen a reaccionar de manera ciega e iterativa. Decir finalmente que el programa dedica una atención especial a todos los fenómenos ligados al autoengaño y a la distorsión de la realidad (**Mistificación**) pues crean tal coraza de desconfianza y de falta de sinceridad en el adicto que obstaculizan el proceso de ayuda en las dos direcciones (dar y recibir), hace que muchos sujetos se consideren “curados” prematuramente y provoca esas enormes sorpresas que a veces proporcionan los adictos a psicoestimulantes cuando, inopinadamente, actúan de una manera que nadie esperaba y que no se puede explicar a la luz de su comportamiento previo.

- Mención aparte supone el abordaje de la psicopatología asociada al consumo de cocaína y/o estimulantes. Pudiera parecer una locura que un sujeto paranoide, paranoidizado por las drogas que consume o ambas cosas a la vez sea capaz de prosperar en un entorno inicialmente tan aversivo para él como un centro convivencial. No obstante, así sucede, y las claves de ello se encuentran no sólo en una intervención multiprofesional ajustada e integral que nazca de sensibilidad del Equipo Técnico del centro a la trayectoria y necesidades de cada paciente sino en la llamada “atmósfera terapéutica” (ver “Programa Terapéutico de Instituto Spiral”) tan difícil de crear y de mantener pero que, una vez conseguida, se convierte en un mecanismo de acción holística que potencia el efecto de todo el elenco de medidas terapéuticas grupales e individuales que se adopten.

4. NIVELES DE INTERVENCIÓN

4.1. Abordaje médico – farmacológico

- Se realiza una **evaluación previa** que incluya como mínimo las siguientes determinaciones analíticas: hemograma completo, bioquímica de sangre y orina, prueba del mantoux, marcadores hepáticos y AC. V.I.H.

- **Tratamiento farmacológico**: Se deben tener en cuenta los componentes sintomatológicos de la privación de cocaína, siendo los síntomas ansiosos o agitados y el insomnio los que aparecen con mayor frecuencia. Los síntomas **psicóticos** pueden aparecer tras la ingesta de cocaína u otros psicoestimulantes. Es importante la diátesis personal o predisposición del consumidor a padecer estos síntomas.

- La **sintomatología ansiógena** se contrarresta mediante *ansiolíticos benzodiazepínicos*.
- El **insomnio** se procura tratar con *inductores hipnóticos* de perfil específico y vida media semicorta: (por ejemplo *nitrazepam* y *zolpidem*).
- La **sintomatología psicótica** se aborda con *neurolepticos* sitos en los extremos derechos e izquierdo de la *escala de Lambert* para síntomas disgregados o agitados y neurolepticos intermedios para mantenimiento.

Las anteriores consideraciones no nos deben hacer olvidar que el tratamiento psicofarmacológico nunca debe ser exclusivo. Las medidas farmacológicas se completan con otras medidas que normalicen al sujeto a otros niveles: ritmos biológicos, equilibrio psicofísico, lucidez mental, etc. Estas medidas comprenden un régimen de horarios, de ejercicio físico, de normas alimenticias, etc.

- **Medidas psico y socioterápicas:** La intervención psicoterápica en esta etapa es todavía embrionaria ya que, por un lado, ni el paciente está plenamente consciente ni es oportuna una intervención muy diferenciada. Se procurará motivar y animar al paciente a proseguir en el importante paso que ha dado, reforzando su decisión e implicando a la familia (si es posible). Se aprovecha para explicar en qué consiste el programa y se esboza un plan lo más personalizado posible (sobre todo en el discurso terapéutico).

- **Medidas socioambientales:** Se procurará un clima cálido y acogedor. Se recomienda que el paciente haga ejercicio, pasear, o lo que desee de forma moderada pero activa y a se posible siempre acompañado de alguien de confianza, por si siente deseos de consumo.

- **Medidas de orden general e higiénico dietético:** Alimentación equilibrada con aporte hidroelectrolítico, vitamínico y calórico suficiente.

4.2. Intervención psiquiátrica

Indicada en las complicaciones psicopatológicas propias del consumo de cocaína y en trastornos asociados que se ven agravados por el consumo de psicoestimulantes. Las drogodependencias de tipo **psicoestimulante** se suelen asociar a trastornos de tipo psicótico esquizomorfo, trastornos de ansiedad y disociativos, síndromes paranoides, estados confusionales, procesos desorganizativos, etc. Sabido es que dichas sustancias (cocaína, anfetaminas, etc.) generan a medio y largo plazo síndromes de morfología paranoide y esquizoide, en tanto que a corto plazo provocan alteraciones ansiosas, estrés, síndromes maniacos y descompensaciones agudas: bufés delirantes, estados de agitación, etc. La privación produce síndromes distímicos de notable magnitud con hipotimia, inedia y arreactividad.

Los psicoestimulantes pueden exacerbar trastornos preexistentes (psicosis, manía, etc.), reavivando la sintomatología o descompensando el proceso, lo cual se evidencia incluso a dosis bajas. También pueden desencadenar o hacer debutar procesos latentes, subclínicos o incipientes, en cuyo caso la sintomatología suele sorprender por representar algo inesperado en un sujeto que hasta entonces no presentaba trastorno alguno. Si a éllo añadimos un inicio por lo general abrupto en forma de episodio agudo y virulento, se comprenderá la necesidad de conocer bien las contingencias que rodean a estos trastornos, bastante frecuentes y que suponen una de las más nominadas complicaciones psiquiátricas de las drogodependencias.

En todos estos casos el tratamiento es análogo al de las psicosis agudas. Se valora el conjunto sindrómico y en función de la sintomatología predominante se aplica un tratamiento adecuado, por lo común asociando un neuroléptico incisivo dentro de la escala de Lambert de tipo butirofenónico por ejemplo, junto a otro neuroléptico sedativo en dicha escala, por ejemplo

una fenotiazina. También se puede optar por un neuroléptico de amplio espectro, por ejemplo clotiapina, risperidona o clozapina.

4.3. Actividades psico y socioterapéuticas

Entendemos que todas las actividades que realiza el sujeto tanto en el centro como fuera del mismo (salidas) forman un conjunto concatenado en el cual no es posible desligar unas de otras ni establecer un orden jerárquico según las apetencias del propio adicto o, en algunos casos, de los profesionales que le atienden. Además, cabe recordar en este punto la regla 30/70 (relación porcentual ideal entre tiempo dedicado a psico y socioterapias y al resto de actividades) pues variar dicha relación significa fatigar al sujeto con excesiva psicoterapia o bien dejarle sin apoyo psico y socioterapéutico (si la relación disminuyen uno u otro sentido).

Por motivos prácticos – y teniendo en cuenta que el resto de actividades se recogen y describen en el Programa Terapéutico global – nos centraremos ahora en las actividades psico y socioterapéuticas, destinadas a analizar las necesidades del sujeto en diferentes áreas, adaptar las intervenciones a dichas demandas y aplicar diferentes instrumentos que posibiliten una respuesta terapéutica más fiable y objetiva.

Con los datos obtenidos en ellas se dispone, además, de una información más concreta y objetiva tanto del momento evolutivo específico en el que se puede encontrar el sujeto en cuanto a actitud, conducta, pensamiento y tiempo como de su recorrido por las diferentes etapas del proceso de cambio personal.

Las principales son:

Monográficas: atienden al repertorio personalizado de elementos psicológicos a considerar (asertividad, autoestima, autocontrol, etc.) en cada persona.

Psicoeducativas: se centran en la identificación, comprensión y aprendizaje de nuevas formas de interacción y estilos de vida mediante la reeducación y el entrenamiento (una vez identificado el problema) en habilidades sociales tanto de decisión como de codificación. Sirven además para adquirir conocimientos teórico-prácticos sobre la adicción y sus problemas asociados en una primera etapa y para el análisis y ulterior reestructuración de aquellos aspectos psicosociales más íntimamente vinculados a la dependencia en etapas posteriores.

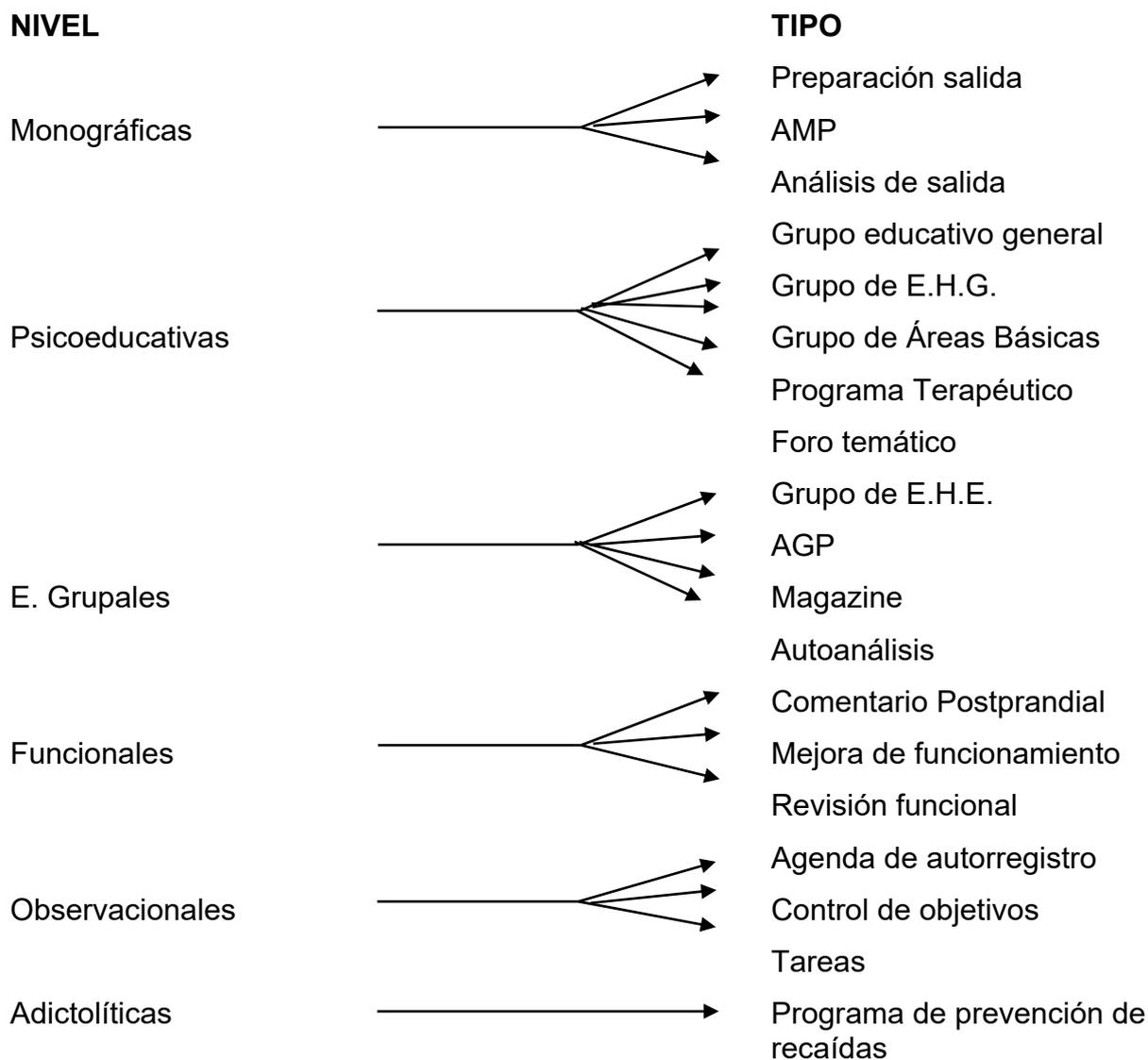
Estructurales grupales: atienden al repertorio de elementos psicológicos que comparten (de forma análoga o antagónica) los sujetos protagonistas de la sesión.

Funcionales: dirigidas más a las áreas funcionales de la persona que a las afectivo-emocionales. Atienden a los niveles de responsabilidad, ejecución de tareas concretas, organización y cooperación grupal.

Observacionales: atienden tanto al análisis de la trayectoria del sujeto y la adopción de medidas para su adecuado progreso en el programa como a la verificación de la cobertura de éstas.

Adictolíticas: dirigidas a la prevención de recaídas pues incitan a comprender y analizar el problema con las drogas, identificar qué situaciones, pensamientos y estados emocionales pueden conducir al consumo de éstas y cómo afrontarlos adecuadamente.

Para conseguir los objetivos que abarcan cada una de las anteriores categorías generales se programan actividades concretas dirigidas al logro de tales objetivos:



4.4. Intervención individual

Si bien hoy por hoy los encuadres grupales (en toda la vasta extensión de modelos, metodologías, orientaciones y técnicas que se conocen) ocupan gran parte del espacio asistencial de las adicciones – al menos en lo que se refiere a las vertientes psico y socioterápicas – y permiten un abordaje eficaz de trastornos que, en la reciente historia de la Psicoterapia, no hace mucho se consideraban propiedad exclusiva de la relación terapeuta - paciente ensayada en el marco de la consulta, persiste aún la necesidad de completar la oferta de servicios profesionales con planes sistematizados de intervención individual que posean consistencia propia y refuercen los avances que cada usuario consigue a través del grupo.

No queremos establecer, sin embargo, ninguna relación jerárquica o menos aún dicotómica entre lo individual y lo grupal, dado que ambos polos vienen a entremezclarse en la

realidad compleja de la actuación terapéutica y todavía más en el balance final de los cambios de personalidad que se busca promover.

De hecho, el primer contacto entre un potencial usuario de la red asistencial y algún dispositivo de la misma suele venir enmarcado, precisamente, por relaciones personales paciente - profesional que dan comienzo al acercamiento individual a sus dificultades, porte o no el sujeto una demanda definida, cuya transcendencia puede llegar a ser decisiva sobre posteriores decisiones respecto a la rehabilitación.

Tomaremos como punto de referencia el proceso estándar que seguirá una persona que realiza un tratamiento residencial de duración y amplitud suficientes como para permitir elaborar un plan secuencial de intervención individualizada según etapas y objetivos y que resulte coherente y sinérgico con el resto de programas y rutinas terapéuticas del proceso global.

Las etapas que comprende el programa individualizado de intervención serían:

- 1ª Etapa: Evaluación Bio-Psico-Social.
- 2ª Etapa: Desintoxicación.
- 3ª Etapa: Integración-Reorganización.
- 4ª Etapa: Maduración.

1ª ETAPA: Evaluación Bio-Psico-Social

Como ya se ha dicho, el acercamiento individual al usuario da comienzo en el instante en que se le recibe por primera vez y se inicia la evaluación y el estudio médico, psicológico y social previo a su ingreso. Los objetivos de esta etapa serían, entonces, los específicos del proceso evaluador, esto es:

- Establecer el perfil clínico del usuario mediante un detenido estudio médico, psicológico y social que proporcione datos para planificar las siguientes actuaciones.
- Mantener a lo largo del proceso que finalmente siga una monitorización constante y fiable de la evolución en los distintos niveles que se contemplan (bio-psico-social), así como de las personas, relaciones y acontecimientos que rodean al sujeto.
- Obtener feedback sobre el impacto de las intervenciones que, desde niveles los ya señalados, se lleven a cabo como información complementaria para establecer los pasos siguientes dentro del proceso de cada usuario.
- El incremento de la motivación del usuario respecto al posterior proceso terapéutico mediante una clarificación de sus verdaderas necesidades y una toma de conciencia de la naturaleza de sus problemas.

2ª ETAPA: Desintoxicación

Puesto que la mecánica de la misma ya se expone en el apartado correspondiente, únicamente nos detendremos en señalar los objetivos a conseguir durante el tiempo que el sujeto la realiza, obviando aquellos de carácter médico y sanitario. Así, durante la desintoxicación debería conseguirse:

- Que la persona sienta el apoyo constante del equipo técnico del centro, no sólo a título físico y de control somático sino mediante el establecimiento de un primer esbozo de relación empática entre profesional y sujeto que proporcione a este último la confianza necesaria para seguir las indicaciones y pautas que se le puedan prescribir.
- Que reciba información clara y adaptada a su estado personal (anímico sobre todo) tanto de cómo avanza en el proceso de recuperación como de otros temas que pudieran interesarle.
- Que el usuario empiece a aprender a ceñirse al aquí y ahora de su situación personal, no permitiendo que crezcan hasta la desmesura las elucubraciones y los proyectos irreales tan típicos de esta fase.
- Que alcance el mayor equilibrio psicológico posible dada la enorme volubilidad anímica a que suelen estar sometidos estos sujetos y más durante la desintoxicación.

3ª ETAPA: Integración-Reorganización

Se pretende la recuperación integral del sujeto en un marco psicoterapéutico donde se adquieran nuevas pautas comportamentales en base a una reorganización funcional. En esta etapa predominan los objetivos tutoriales y el trabajo terapéutico individual se intensifica en los aspectos constitutivos de las áreas más funcionales, relación y actitud ante la rehabilitación.

Consideramos como objetivos necesarios a cubrir en esta etapa y requisitos para pasar a la siguiente:

- En el ÁREA RELACIONAL el usuario debe haber conseguido un nivel adecuado de socialización normativa que se manifiesta en los siguientes aspectos:
 - Integración en el grupo de compañeros con relaciones grupales marcadas por el compañerismo y el respeto.
 - La comunicación con los demás debe ser activa y en las relaciones dar muestras de afectividad.
 - De vital importancia nos parece la capacidad de dar y recibir críticas constructivas, por un lado, y la actitud de autocrítica, por otro.
 - Debe de haber adquirido, igualmente, una escala de valores adaptada socialmente.
- En cuanto a la ACTITUD ANTE LA REHABILITACIÓN es imprescindible que el usuario:
 - Empiece a aceptar su responsabilidad personal con respecto al propio proceso.
 - Que se encuentre con ánimo para continuar el tratamiento y satisfecho por lo que ha conseguido hasta el momento.
 - Por otra parte, debe manifestar un interés real en comprender y solucionar la adicción y las consecuencias asociadas a la misma y mantener una implicación activa en la dinámica del programa.
 - En relación con el Equipo Técnico, la colaboración y la confianza en el mismo son condiciones imprescindibles para todo lo demás.

-
- Respecto al ÁREA DE FUNCIONAMIENTO, los requisitos para pasar a la siguiente fase son:
 - La adquisición y mantenimiento de hábitos saludables de conducta y autodisciplina.
 - El cumplimiento estricto de normas y horarios y el buen nivel en el desempeño de responsabilidades.
 - Se requiere igualmente que el sujeto haya adquirido una actitud positiva hacia el trabajo y el deporte, es decir, que lo viva como una alternativa válida y que lo desempeñe con interés y motivación.

 - En el ÁREA PSICOLÓGICA-PERSONAL se da prioridad a la adquisición de vitalidad, ilusión y ganas de luchar por pequeños y grandes proyectos que, no obstante, no excedan las capacidades reales de la persona. Dado que aún suele permanecer una menor o mayor tendencia a las descompensaciones afectivo-emocionales, se procuran establecer objetivos individuales que incidan más en las adquisiciones prácticas necesarias para el avance terapéutico. De todas formas, en este área podemos señalar las siguientes metas:
 1. Autoimagen
 - ◆ Adecuada capacidad de autocrítica.
 - ◆ Reacción positiva ante las críticas.
 - ◆ Conocimiento e identificación de las consecuencias derivadas de las adicciones.

 2. Vitalidad, ánimo y carácter
 - ◆ Estabilidad anímica aunque pueda experimentar ciertas fluctuaciones.
 - ◆ Adecuada tolerancia a las frustraciones.
 - ◆ Equilibrio pesimismo/optimismo.
 - ◆ Equilibrio relajación/tensión.

 3. Personalidad
 - ◆ Equilibrio rigidez/flexibilidad.
 - ◆ Adecuado nivel de sinceridad.
 - ◆ Energía e ilusión en las cosas.
 - ◆ Cumplimiento de metas y objetivos a corto plazo.
 - ◆ Capacidad de esfuerzo y superación.

 - En el ÁREA TOXICOFÍLICA los objetivos a alcanzar serían:
 - Manejo de los pensamientos sobre drogas.
 - Amortiguación de los deseos de consumo.
 - Disminución de la imperiosidad.
 - Disminución del hedonismo.
 - Eliminación consumismo actitudinal.

-
- Finalmente, el ÁREA FAMILIAR vendría a caracterizarse por la consecución de una mejora en la actitud hacia la familia que se concretaría en:
 - Interés en restablecer la relación familiar.
 - Progresiva resolución de conflictos anteriores.
 - Análisis y comprensión del sistema familiar.
 - Resolución del sentimiento de culpabilidad frente a la familia.

4ª ETAPA: Maduración

Esta etapa se orienta clara y decididamente al trabajo psicológico profundo en todos sus componentes. Especial importancia tiene durante la misma la incidencia sobre las **Áreas Básicas**, pues, de hecho, el conocimiento, manejo y superación de los déficits y carencias que se incluyen dentro de los supuestos de las Áreas Básicas resultan motor, objetivo y guía de esta fase, llegándose entonces a una encrucijada terapéutica de cuya resolución dependerá no sólo las siguientes etapas sino incluso la conclusión final del proceso de reestructuración individual.

Las consultas individuales regladas adquieren un mayor peso específico sobre el curso terapéutico del sujeto ya que nos adentramos en aspectos fundamentales de su personalidad sin cuya recuperación el resto de ganancias obtenidas carecería de consistencia.

- El ÁREA PSICOLÓGICA-PERSONAL es entonces el área por excelencia en la fase de MADURACIÓN. La resumimos en tres aspectos importantes:
 - Autoimagen: se concreta en el adecuado concepto y conocimiento de sí mismo, la confianza en las propias posibilidades y capacidades y el afán de superación.
 - Vitalidad, ánimo y carácter: El sujeto debe haber adquirido ya, en la anterior etapa, adecuada tolerancia a las frustraciones, equilibrio pesimismo/optimismo y equilibrio relajación/tensión. En MADURACIÓN, se pretende que no presente ni exceso ni ausencia de temperamento emocional y afectivo, estabilidad anímica y autocontrol frente a la impulsividad o estado de ánimo. Se trabaja, igualmente, la aceptación de la tristeza y de la soledad así como de la monotonía y el aburrimiento.
 - Personalidad: Se pretende que la persona mantenga un equilibrio introversión/extraversión, que haya fortalecido su personalidad (disminución de la influencialidad) y que resuelva los conflictos de forma satisfactoria.

En resumen, el objetivo de esta etapa es el de que, mediante el trabajo de las Áreas Básicas, el sujeto manifieste una forma de ser-estar madura, responsable y coherente.

- El ÁREA TOXICOFÍLICA es igualmente importante en esta etapa. La persona se integra en esta fase con una disminución importante de la imperiosidad, el consumismo actitudinal y el hedonismo. Ahora se trabaja el análisis profundo y comprometido sobre las renuncias inherentes a abandonar el consumo de drogas, la eliminación del consumo residual y la detección y búsqueda de alternativas a las situaciones de riesgo, tanto directas como indirectas.

- En cuanto a la ACTITUD ANTE LA REHABILITACIÓN se requiere que el sujeto analice de forma objetiva su momento en el tratamiento y se marque y desarrolle objetivos terapéuticos adaptados a ello.
- En el ÁREA RELACIONAL es prioritario conseguir la profundización en los sentimientos íntimos y la expresión asertiva de los mismos.
- En el ÁREA DE FUNCIONAMIENTO se precisa interiorizar y mantener lo conseguido hasta el momento con escasa o nula presión de grupo. Se requiere, igualmente, un buen rendimiento general.
- En el ÁREA FAMILIAR resulta importante lo siguiente:
 - Pautas comunicativas saludables.
 - Proyectos compartidos.
 - Reconocimiento por parte de la familia del cambio efectuado.

4.5. Terapia familiar

La familia posee un papel central tanto en las dinámicas patológicas que causan, mantienen o son consecuencia de una adicción como en sus posibles soluciones. Debido a ello, desde hace algunos años se considera a la intervención familiar como uno de los factores que más contribuye al éxito de los procesos terapéuticos en adicciones.

Mucho se ha discutido acerca de lo que es o no terapia familiar, de cuáles son las características de la misma y de los requisitos y condiciones mínimas que deben satisfacerse para hablar en propiedad de "terapia familiar". Al margen de presupuestos metodológicos más o menos sofisticados, lo cierto es que hacer terapia muchas veces resulta algo más amplio que aquello que se pone en práctica en los consultorios e instituciones profesionales, sin perjuicio de que en ellos confluyan o no una serie de condiciones estructurales y tecnológicas mínimas (espejo unidireccional, equipo, cámara de vídeo, etc.).

Por nuestra parte, entendemos que cualquier contacto entre la familia y el equipo terapéutico - bien sea enmarcado dentro de estructuras formales (reuniones, sesiones de terapia familiar, entrevistas de valoración, visitas al centro, etc.) o bien se lleve a cabo en otras circunstancias, incluso sin la presencia física de alguna de las dos partes (llamadas telefónicas) - que abra las puertas a un mayor conocimiento de la problemática familiar y permita una mejor cooperación entre ambos puede denominarse terapia familiar sin ningún tipo de escrúpulos salvo los que se refieren a la intensidad, nivel y complejidad de dichos contactos. Digamos además que la intervención familiar no es una enucleación del tratamiento general sino que se integra y sincroniza con el resto de actividades de manera que se produzca una sinergia entre todos los frentes de intervención del programa terapéutico (socioterápico, psicoterápico, familiar, etc.).

Teniendo en cuenta cuanto venimos apuntando y aplicándolo al caso concreto de pacientes en régimen residencial, la intervención familiar se ha de llevar a cabo en paralelo desde el centro – donde el contacto fundamental con las familias se realiza telefónicamente, durante las visitas que hagan a sus familiares ingresados y en las posibles entrevistas de seguimiento que

se programen en el curso de las salidas de prueba - y desde el CAD o el Centro Específico de Referencia.

Recogemos para finalizar este apartado los objetivos que orientan a nuestro juicio la intervención familiar con adictos a cocaína y otros psicoestimulantes:

Objetivos generales del Programa de Terapia Familiar

- I. Evaluar el sistema familiar y el papel que juega el problema de la adicción dentro de la estructura familiar.
- II. Reestablecer los roles dentro de la jerarquía familiar y buscar una línea de actuación común ante el problema.
- III. Aprender y poner en práctica aquellas pautas de comunicación más adecuadas que fomenten la aparición de cambios en la interacción familiar.
- IV. Modificar los esquemas relacionales que puedan estar favoreciendo el mantenimiento de la conducta adictiva.
- V. Posibilitar una redefinición del problema que permita avanzar hacia la eficaz solución del mismo mediante la colaboración activa de la familia.
- VI. Actuar en coordinación con las demás actividades que el sujeto va efectuando dentro de su tratamiento, de manera que se establezca un sincronismo y sinergia de actuaciones que se ajusten en todo al "tempo" terapéutico.
- VII. Favorecer el establecimiento de normas que posibiliten un funcionamiento más adecuado en pos del mantenimiento de la abstinencia dentro del mejor clima familiar posible.
- VIII. Coadyuvar en la progresiva adquisición de autonomía, independencia y autoeficacia del sujeto adicto y demás miembros familiares si procediera y estuviese dentro de nuestras posibilidades terapéuticas.
- IX. Hacer que la familia, el sujeto y las PES (personas significativas del entorno sociofamiliar) sean capaces de detectar y prevenir una recaída sabiendo reaccionar ante la misma con prontitud, serenidad y sin las perturbaciones en la dinámica relacional de la vez (o veces) anteriores.

Bibliografía

Antoni Gual. Monografía alcohol. Revista Adicciones. Vol 14, suplemento 1. 2002
Broncee, R. A., Monti, M. del P., Myers, M. G., et al., depresión entre abusadores de la cocaína en el tratamiento: relaciones con el resultado de la cocaína y del uso y del tratamiento del alcohol, Am. J. Psychiatry 155: 220-225 (1998).
Carroll, M. del K., Rounsaville, B. J., Gordon, L. T., et al., psicoterapia y pharmacotherapy para los abusadores ambulativos de la cocaína, arco. GEN. Psiquiatría 51:177-187 (1994).

- Casas, M. Guardia, J. Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo. Revista Adicciones. Vol 14, Número Extraordinario 1. 2001
- Cono, E. J., pharmacokinetics y pharmacodynamics de la cocaína, J. Anal. Toxicol. 19:459-478 (1995).
- Flynn, M. del P., Craddock, S. G., Luckey, J. W., et al., Comorbidity de la personalidad y de los desórdenes antisociales entre clientes sustancia-dependientes psicoactive del tratamiento, J, desórdenes del humor de la personalidad 10:56-67 (1996).
- Gold, Mark S. Cocaine (and Crack): Clinical Aspects (181-198), Substance Abuse: A Comprehensive Textbook, Third Edition, Lowinson, ed. Baltimore, MD: Williams & Wilkins, 1997.
- Gossop, M., Griffiths, P., Powis, B., et al., cocaína: patrones del uso, ruta de la administración, y severidad de la dependencia, Br J. Psychiatry. 164:660-664 (1994).
- Hamilton, M., el gravamen de los estados clasificando, Br J. Med. Psychol de la ansiedad. 32:50-55 (1959).
- Harvey, John A. y Kosofsky, Barry, eds. Cocaine: Effects on the Developing Brain. Annals of the New York Academy of Sciences, Volume 846, 1998.
- Kazdin, E. del A., diseño de la investigación en psicología clínica, 3ro ed., Allyn y Bacon, Boston, 1998.
- Kilbey, uso del M. del M., de Breslau, del N., y de Andreski, del P., de la cocaína y dependencia en adultos jóvenes: los desórdenes y los rasgos psiquiátricos asociados de la personalidad, alcohol de la droga dependen. 29:283-290 (1992).
- Kleinman, P. H., Molinero, A. B., Millman, R. B., et al., Psychopathology entre los abusadores de la cocaína que incorporan el tratamiento, J. Nerv. Ment. Dis. 178:442-447 (1990).
- Malow, M. del R., del oeste, J. A., Pena, M. del J., et al., problemas afectivos y del ajuste en los adicto a la cocaína y al opioid, Psychol. Adicto. Behav. 4:6-11 (1990).
- Landa González, N. Características psicopatológicas, trastornos de personalidad y déficit neuropsicológicos en el alcoholismo. Tesis doctoral. Agosto 2004
- Mangas Martín, L E. La comorbidad entre el alcoholismo y el trastorno bipolar. PSQUIATRIA.COM. 2003; 7(1)
- Manual psiquiátrico americano de desórdenes mentales, 3ro ed., inversor de corriente, autor, Washington, C.C., 1987 de la asociación, de diagnóstico y estadístico.
- Manual psiquiátrico americano de desórdenes mentales, 4to ed., autor, Washington, C.C., 1994 de la asociación, de diagnóstico y estadístico.
- McLellan, A. T., Luborsky, L., E. arbolado, del G., et al., un instrumento de diagnóstico mejorado de la evaluación para los pacientes del abuso de la sustancia: el índice de la severidad del apego, J. Nerv. Ment. Dis. 168:2633 (el año 80).
- Merikangas, K. R., Mehta, R. L., Molnar, el E. del B., et con el al., Comorbidity de los desórdenes del uso de la sustancia humor y desórdenes de la ansiedad: resultados del consorcio internacional en la epidemiología psiquiátrica, adicto. Behav. 23:893-907 (1998).
- Michalec, E., Rohsenow, D. J., Monti, M. del P., et al., lista de comprobación negativa de las consecuencias de la cocaína de A: desarrollo y validación, J. Subst. Abuso 8:181-193 (1996).
- Millon T, Dawis R D. Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM IV. Barcelona: Masson; 1998: 853.
- National Institute on Drug Abuse. Epidemiologic Trends in Drug Abuse: Advance Report, Community Epidemiology Work Group December 2003. NIH Pub. No. 04 5363. Washington, DC: Supt. of Docs., U.S. Govt. Print. Off., 2004.

National Institute on Drug Abuse. Monitoring the Future National Results on Adolescent Drug Use, Overview of Key Findings 2004. NIH Pub. No. 05-5726, 2005.

National Institute on Drug Abuse. NIDA Infofacts, Crack and Cocaine, 1998.

Observatorio Europeo de Drogas.

Regier, D. A., Rae, S. de la D., estrecho, E. del W., et al., predominio de los desórdenes de la ansiedad y su comorbidity con el humor y los desórdenes adictivos, *Br J. Psychiatry* 34(suppl):24-28 (1998).

Ronalds, C., credo, F., piedra, K., et al., resultado de la ansiedad y desórdenes depresivos en el cuidado primario, *Br J. Psychiatry* 171:427-433 (1997).

Rounsaville, B. J., Antón, S. F., Carroll, K., et al., diagnosis psiquiátricas de los abusadores de la cocaína tratamiento-que buscan, *arco. GEN. Psiquiatría* 48:43-51 (1991).

Sirvent Ruiz, C. Trastornos duales. 1996

Sirvent Ruiz, C. La enfermedad alcohólica. Cooperación al desarrollo y bienestar social. 2004

Snyder, Solomon H. *Drugs and the Brain* (122-130). New York: Scientific American Library, 1996.

Sobell, L. C., y Sobell, M. B., ediciones del Uno mismo-informe en abuso del alcohol: direcciones avanzadas y futuras, *Behav. Gravamen.* 12:77-90 (1990).

Sobell, M. B., Maisto, S. A., Sobell, L. C., et al., desarrollando un prototipo para la eficacia del tratamiento del alcohol de la evaluación, en eficacia del tratamiento del abuso del alcohol de la evaluación y de la droga: *Avances recientes* (L. C. Sobell y E. Ward, Eds.), Pergamon, Nueva York, 1980.

SOLTER, Vlasta, THALLER, Vlatko, BAGARIC', Ante *et al.* Estudio de la esquizofrenia comórbida con la adicción alcohólica. *Eur. J. Psychiat.* (Ed. esp.), ene.-mar. 2004, vol.18, no.1, p.14-22. ISSN 1579-699X.

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., y Lushene, E. del R., manual para el inventario de la ansiedad del Estado-Rasgo (cuestionario) de la autoevaluación, prensa de los psicólogos que consulta, Palo Alto, California, 1970.

Varney, M. del S., Rohsenow, D. J., Dey, A. N., et al., factores asociados a la ayuda que busca y dependencia percibida entre usuarios de la cocaína, *abuso* 21:81-91 (1995) del *Am. J. Drug Alcohol.*

Weiss, R. D., Mirin, M. del S., Michael, J. L., et al., Psychopathology en abusadores crónicos de la cocaína, *abuso* 12:17-29 (1988) del *Am. J. Drug Alcohol.*