

**INTERVENCION  
EN  
DROGODEPENDENCIAS:  
AREAS Y  
TECNICAS**

**MONOGRAFIA**



**Colegio  
Oficial de  
Psicólogos**  
DELEGACION DE MADRID

**AÑO 1996**



---

AÑO 1996

---

**MONOGRAFIA**

# I N D I C E

	<u>Págs.</u>
<b>INTRODUCCION</b> .....	5
<b>CAPITULO I</b>	
<b>MODELOS PSICOLOGICOS QUE ABORDAN LAS DROGODEPENDENCIAS</b> .....	7
1.- El fenómeno adictivo desde la perspectiva dinámica .....	9
2.- La toxicomanía desde la perspectiva sistémico-relacional ....	21
3.- Las drogodependencias desde el modelo cognitivo-conductual .....	31
<b>CAPITULO II</b>	
<b>LA EVALUACION EN DROGODEPENDENCIAS</b> .....	35
<b>CAPITULO III</b>	
<b>AREAS DE INTERVENCION</b> .....	47
<b>CAPITULO IV</b>	
<b>TECNICAS DE INTERVENCION</b> .....	61
1.- La técnica de intervención de la terapia familiar en un caso de toxicomanía desde la perspectiva sistémico-relacional .....	63
2.- Técnicas del modelo psicodinámico .....	80
3.- Técnicas modelo cognitivo-conductual .....	96
<b>CAPITULO V</b>	
<b>BIBLIOGRAFIA DE CONSULTA</b> .....	101

# INTRODUCCION

*La presente monografía surge de la continuidad de un equipo de trabajo formado inicialmente dentro del programa de formación continuada desarrollado desde la Junta Estatal del Colegio y al auspicio de las subvenciones del Plan Nacional sobre Drogas.*

*Este grupo inicialmente se proponía debatir y acordar cuales eran las áreas prioritarias de atención en los drogodependientes desde el punto de vista específicamente psicológico. Por esta razón encontraréis la intervención descrita desde este punto de vista, exclusivamente, si bien deseamos dejar constancia de la necesidad de una intervención interdisciplinar que incluya no solo aquellos aspectos puramente asistenciales (como la situación orgánica o social) sino también el entorno cercano al sujeto, los recursos con los que cuenta el mismo, así como la intervención en la propia población general, tanto desde el punto de vista de la inserción social del toxicómano, como de la prevención.*

*Este grupo de trabajo se forma con profesionales que trabajan día a día con toxicómanos en diferentes dispositivos y en diferentes instituciones (Públicas, Privadas, ONGs, etc.). Esto ha permitido una gran riqueza a la hora de presentar nuestras conclusiones, y también ha sido decisivo a la hora de plantearnos la continuidad de cara a esta publicación que hoy presentamos. El grupo lleva más de un año reuniéndose, debatiendo y profundizando en los distintos temas que os presentamos. Ante todo trata de ser fundamentalmente práctico para el profesional que comienza, si bien como veréis se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva en los momentos iniciales.*

*La metodología seguida ha sido la de contar con invitados especialistas en distintas orientaciones una vez realizada esta revisión inicial, profundizando seguidamente el grupo tanto en sus propias experiencias, como en las presentadas por estos expertos.*

*Esperamos que esta publicación sea de utilidad, ya que pretendemos con ello presentaros una propuesta de sistematización del trabajo cotidiano, facilitando la tarea del profesional. Si bien no pretendemos presentar un trabajo concluido, y por tanto somos conscientes de no abarcar la complejidad del fenómeno.*

# ***CAPITULO I***

***MODELOS PSICOLOGICOS  
QUE ABORDAN LAS  
DROGODEPENDENCIAS***

# 1.- EL FENOMENO ADICTIVO DESDE LA PERSPECTIVA DINAMICA

---

## INTRODUCCION

**E**ste trabajo trata de hacer una revisión de las aportaciones más significativas a la comprensión del fenómeno adictivo desde la perspectiva psicoanalítica.

La primera aportación sobre las toxicomanías fueron formuladas por Freud a finales de siglo pasado, considerando las toxicomanías y el alcohol como sucedáneos de la masturbación. Posteriormente en "El chiste y su relación con el inconsciente" (1904), afirma que "bajo la influencia del alcohol, el hombre adulto se convierte cada vez más en un niño que encuentra placer en tener a su disposición, libremente, el curso de sus pensamientos, sin someterse a la compulsión de la lógica". Es decir, que vinculó las distintas formas de drogadicción con la satisfacción de necesidades infantiles primarias.

La droga de abuso que estudió con mayor interés fue el alcohol, al que atribuye tres efectos psicodinámicos: 1) disminución de la tensión del ello; 2) perturbación de la capacidad perceptual del yo; 3) dulcificación del superyó, estructura que algunos autores la definen como "aquella parte de la persona-

lidad que es soluble en alcohol" (Fenichel).

Por lo tanto los factores desencadenantes deben buscarse en el desarrollo libidinal interpretando la drogadicción en términos de fijación oral, y resaltó aspectos importantes como la intolerancia a la demora en la satisfacción del deseo, la importancia de la fijación, de la regresión, etc.

En esta línea, el papel de la oralidad en el proceso de la drogadicción, K. Abraham, destaca la avidez oral en las toxicomanías, sin llegar a vincularlo con los estados maníacos-depresivos que estarían de base. Fué S. Rado quién localizó una depresión en la base de toda la toxicomanía cuyo rasgo más definitorio es la intolerancia al sufrimiento. El placer del fármaco-droga- neutraliza ese sufrimiento produciendo euforia que es lo mismo que el yo reencuentre la satisfacción narcisista perdida. Pero este placer es transitorio por lo que sobreviene la depresión y la necesidad de sobreponerse a ella.

La ingesta de drogas produce un alto nivel de autoestima, pero no basado en algo real, sino imaginario; una vez que ha pasado el efecto tóxico, la depresión que sobreviene posee características ca-

da vez más devastadoras para el yo. En síntesis la importancia central del aporte de Rado, fue señalar el papel que desempeñan los tóxicos como paliativos del sufrimiento en virtud de las características depresivas y maníacas, así como el haber relacionado las toxicomanías con la liberación de los impulsos autodestructivos.

Simmmerl, en la década de los 40, definía la acción de las drogas sobre el superyó, neutralizándole, y permitiendo al yo reencontrar la autoestima perdida en su proceso regresivo haciendo del adicto cada vez más narcisista, regido por el principio de placer infantil. La adicción, en relación a los estados depresivos, la designó como "manía artificial".

En esta línea de investigación, Glover enfatizó la función defensiva de las drogas, pues el adicto trata de protegerse de las reacciones psicóticas que son características de los estados represivos. Agrega "la mayor parte de las toxicomanías presenta semejanza con las perturbaciones maníaco-depresivas... en el tipo depresivo puede constituir un sustituto o protección contra el suicidio".

Diversos autores, defienden que el toxicómano trata de rehuir los estados depresivos básicos que lo amenazan y para ello apela a los mecanismos maníacos; la droga proporciona "la fuerza al yo para producir la manía". Rosen-

feld, corrobora esta interpretación por la regresión oral del toxicómano como por la excesiva división de su yo y de sus objetos. La droga simboliza el objeto ideal que se puede incorporar y cuyo efecto farmacotóxico sirve como refuerzo de la omnipotencia de los mecanismos de negación y de división. Es el medio del que se vale para aniquilar todo objeto amenazador, así como las situaciones frustrantes y persecutorias.

Estos mecanismos tienen un punto de fijación en una etapa infantil primitiva, que en la obra de M. Klein se denomina posición esquizoparanoide, por lo que el toxicómano trataría de escapar del dolor de la angustia persecutoria por la incorporación de aspectos disociados con la implicación de la desintegración de su yo.

Desde otra aportación, hay autores que coinciden en considerar la drogadicción como expresión de la existencia de una organización psicótica activa. Las reflexiones de J. Bleger sobre las partes psicóticas de la personalidad sirven de base de estas aportaciones conceptuales. El adicto sería una persona incapaz de efectuar una buena desimbiotización —siguiendo la línea de M. Mahler— a partir de la simbiosis patológica previa con la madre. Habría una dificultad de distinguir al otro como un otro —como tampoco puede reconocerse a sí mismo como fruto de un proceso de simbiotización— desimbiotiz-

zación infructuoso. Desde el punto de vista de la fragilidad yoica, indicaría que el yo ha sufrido daños primarios que no le permiten estructurarse. El adicto, víctima de un abuso en este proceso no podría dar un paso adelante pues, según su percepción, le destruiría ya que equivaldría a tener conciencia de su propia dependencia patológica. La droga funciona como un instrumento de preservación frente a la vivencia límite de la desintegración psicótica. El drogadicto es víctima de una contradicción; trata de escapar de la vivencia de muerte, su gran enemiga, pero la muerte en sí es la droga, su gran aliada. Con mucha frecuencia el adicto identifica soledad con desintegración o muerte. Esto refleja otro aspecto de la fragilidad yoica que es la incapacidad para tolerar la soledad y la capacidad de espera. En esta línea, D. Winnicott, en su obra "La capacidad de estar solo", dice: "estar verdaderamente solo tiene como base la temprana experiencia de estar solo en presencia de alguien... el individuo introyecta la madre-sostén-yo... llega a ser capaz de estar solo sin alusión a la madre o símbolo materno".

Lo que tolera mal el adicto es la soledad ya que en ésta su yo queda sin apoyo, apoyo que no recibió de pequeño. Por ello, la experiencia de soledad se constituye en la experiencia de vacío del yo: el acto de drogarse sería preventivo por la evitación de la experien-

cia desintegradora de la soledad. La capacidad de espera sería un indicativo de la consolidación del yo e implica que el sujeto opera con símbolos como fruto de objetos buenos internalizados.

Las contribuciones psicodinámicas más significativas de la drogadicción se han realizado en los últimos 20 años principalmente por las aportaciones de Kernberg (1975) y Kohut (1971).

La psicología del self enfatiza la construcción del psiquismo a partir de la intersubjetividad por los efectos que tiene el discurso del otro sobre el propio psiquismo. Esta concepción ha contribuido a la comprensión de los fenómenos psíquicos asociados con la génesis de la adicción, planteando que la existencia de déficits o fallas nucleares en la estructura global de la personalidad serían más determinantes que los conflictos intersíquicos.

La drogodependencia se establecería por una insuficiencia en la regulación de la autoestima y la estructuración del self, que surge durante los primeros años de vida en la relación simbiótica infantil, cuando el niño todavía necesita la sensación de fusión empática con un adulto omnipotente.

Desde esta perspectiva, se pone énfasis en las condiciones que permiten la construcción de la autoestima, los fallos o déficits de la

misma, así como las distintas formas de compensación patológicas que surgen a partir de ella.

La autoestima pertenece al orden de la creencia y no de la captación objetiva sobre lo que verdaderamente somos. Proviene del discurso del otro. En la construcción del narcisismo normal hallamos dos funciones que deben darse en la infancia; la especulación y la imagen parental idealizada. A partir de la primera, el sujeto se provee, a modo de espejo, de autoestima, dotándole de una valoración global en la que las funciones del yo se van desarrollando. La segunda, permite la idealización de figuras a las cuales se puedan idealizar, valorar y sentir como que tienen virtudes o cualidades de las que uno forma parte de ellas. En propias palabras de Kohut: "... un niño necesita alimentos y un entorno empático, que responde específicamente a su necesidad de: a) ver confirmada su existencia por el placer que la misma genera en sus padres, y b) sumergirse en la calma tranquilizadora de un adulto poderoso".

Por lo tanto, la predisposición psicodinámica de las vulnerabilidades del self es fundamental para comprender los procesos de la drogadicción, así como para la búsqueda de recursos terapéuticos más adecuados, en lugar de buscar las causas en la dependencia farmacológica ya que el simple consumo no explica la conducta adictiva.

A modo de síntesis, el toxicómano tiene patrones de conducta, necesidades y motivaciones particulares caracterizadas por muchas contradicciones. Fruto de un ambiente paradójico, los conflictos que le atormentan se desarrollaron precozmente en su primera infancia por relaciones precarias e insatisfactorias con los padres y su entorno. Sufrió intensas frustraciones —abandonos— que asoció y condicionó una personalidad frágil, desprovista de recursos internos adecuados para afrontar los sucesos de su vida. Incapaz de soportar las restricciones se vuelve impulsivo, caracterizado por tomas de decisiones que abandona pronto por otra en un esfuerzo infructífero y constante por saciar su anhelo de seguridad básica. Para soportar esta tensión recurre a las drogas por las que presume alcanzar un estado de bienestar y una resolución satisfactoria de la tensión que padece.

## **FACTORES PSICOLOGICOS TEMPRANOS EN LA ESTRUCTURACION DE LA PERSONALIDAD ADICTIVA**

En la formación de una drogadicción intervienen: un agente externo —droga—, un medio facilitador sociocultural y una estructura de carácter vulnerable de forma permanente o momentánea a causa de crisis psicológicas.

El desarrollo del self dependerá del interjuego que se dé entre recursos constitucionales, psíquicos y biológicos por un lado, y los vínculos con los objetos del mundo externo por otro lado. Este último aspecto, ha suscitado múltiples intereses entre los autores psicoanalíticos. En este sentido, la relación madre-hijo basada en un clima de afecto, capacidad de soportar y calmar la angustia con una correcta capacidad empática hará que el niño incorpore en sí mismo los patrones de capacidad de cuidado, de tolerancia a la espera y a la angustia, gracias a la internalización de estructuras que constituyen la autoestima, control de impulsos, afirmación del self, tolerancia a la ansiedad y autonomía del yo en tanto motividad, percepción, inteligencia, etc. -Hartman-.

Kernberg en "desarrollo normal y desarrollo patológico", dice: "los recursos internos con los que cuenta el individuo para hacer frente a los conflictos y fracasos están en íntima relación con la madurez y la profundidad de su mundo interno de relaciones objetales... la confianza en uno mismo... confianza básica deriva en última instancia de la temprana internalización de una representación materna confiable y gratificante en relación con una representación amable y gratificante del sí mismo".

Un fracaso en el desarrollo normal de las relaciones internaliza-

das tiene como consecuencia un trastorno en la personalidad.

Otro fundamento de la estructura de la personalidad es la identidad del yo referida ésta a la organización general de las identificaciones e introyecciones, bajo el principio orientador de la función sintética del yo (Erikson 1956).

La organización de la identidad del yo implica:

1. El componente psicológico que incluye todos los procesos psicológicos de estructuración del mundo interno y la conciencia de sí mismo con un sentido de continuidad existencial.
2. El componente psicosocial que comprende la incorporación de figuras y modelos de las personas más significativas consiguiendo; la experiencia de otredad, el sentido de coherencia en las relaciones interpersonales y la autopercepción del reconocimiento por parte del entorno.
3. El componente sociocultural que hace posible la ubicación en una coordinada espacio-temporal con los correspondientes sentimientos de arraigo, pertenencia, etc.

El proceso de identidad se desarrolla gradualmente desde las identidades parciales caracterizadas por identificaciones masivas e indiscriminadas hasta la identidad

final del yo que constituye la madurez mental, física, dominio emocional en una estructura global en la que el yo es capaz de organizar e integrar todas las identidades parciales.

Los factores fundantes de la estructuración de la personalidad en relación a los vínculos objetales, no se lleva a cabo de forma óptima en la mayoría de los casos, pero en el tema de la drogadicción se reviste de unas connotaciones específicas. A modo de síntesis, vamos a detallar las características comunes halladas en el núcleo familiar patógeno de los drogadictos:

- Padres con una estructura psíquica y con fijaciones narcisistas que no responden a los deseos y necesidades del niño, conformando un self desvitalizado, depresivo, con sentimientos de vacío y fragmentación.
- Familias con múltiples adicciones; tabaco, alcohol, fármacos, etcétera. En la mayoría de los casos estas conductas obedecen a un medio impulsivo de calmar ciertas ansiedades intolerables para ellos.
- Familias con mala relación marital donde prevalece un precario vínculo con el hijo propiciando un canje de su independencia por la enfermedad. Son familias con situaciones ocultas, secretos y pasados difíciles y vergon-

zosos, así como contradicciones y mentiras.

- Falta de límites. Suelen organizarse en base a un régimen arbitrario oscilante entre el autoritarismo y la permisividad total.
- Fronteras difusas entre los sistemas paternal y fraternos, predominando la incongruencia jerárquica y donde los mensajes son contradictorios o con dobles mensajes del tipo: "haz lo que yo digo, y no lo que yo hago".
- Madres sobreprotectoras ejerciendo un rol confuso que, por lo general, confunden la bondad del vínculo con la complicidad presentando una tendencia al dominio y a la manipulación del hijo y,
- Padres afectivamente ausentes pero demostrando preocupación por el hijo. Suelen tener una apariencia de fortaleza asumiendo un rol autoritario y omnipotente. Por otro lado, son dependientes de la mujer, marcados por una inconsistencia así como dedicados a su trabajo, lo que hace que se produzca un distanciamiento afectivo.

Las relaciones objetales resultan ser esenciales para la estructuración del self, de ahí la existencia, observada en la práctica clínica, de una correspondencia entre aspectos psíquicos de personalidad del drogadicto (sentimiento de vacío, carencia de control de im-

pulsos, falta de autoestima, ideales no realísticos, debilidad del self o facilismo) y las estructuras psicológicas tempranas dañadas fruto de la relación objetal (fracaso de la relación simbiótica, falta de frustración óptima, falta de respuesta de especulación, padres imprevisibles que no ofrecen imágenes idealizables, falta de límites).

## **DROGAS Y ADOLESCENCIA**

La etapa más susceptible de desarrollar una drogodependencia es la adolescencia, período en el que se deben resolver procesos de transformación experimentados por los adolescentes normales, teniendo en cuenta no sólo la frontera difusa existente entre salud y enfermedad en este período, sino también que un conocimiento de los cambios evolutivos nos permiten una mayor comprensión y detección de las situaciones de alto riesgo individual y social del fenómeno.

Aberastury y Knobel, han sintetizado las características de la adolescencia descrita en un conjunto de sintomatologías que denominan síndrome normal de la adolescencia: "1) búsqueda de sí mismo y de la identidad; 2) tendencia grupal; 3) necesidad de intelectualizar y fantasear; 4) crisis religiosas...; 5) desubicación tem-

poral...; 6) evolución sexual...; 7) actitud social reivindicatoria con tendencia anti o asociales...; 8) contradicciones sucesivas en todas las manifestaciones de la conducta...; 9) una separación progresiva de los padres y 10) constantes fluctuaciones del humor y del estado de ánimo".

Estas descripciones nos permiten comprender las conductas y características de identidad del proceso del adolescente.

Por otro lado, los autores citados, indican que el pensamiento del adolescente está determinado por un proceso de triple duelo; duelo por el cuerpo infantil, por la identidad y el rol infantil, y duelo por los padres de la infancia. La elaboración incompleta de los duelos produciría fijaciones o exageraciones en la conducta psicopática, susceptible de reeducación terapéutica.

Las modificaciones más importantes en el psiquismo del adolescente son:

- Los impulsos instintivos. Aparecen diversas manifestaciones de la irrupción incipiente de la sexualidad genital; sensaciones físicas, masturbación, preocupación romántica, etc. Es una etapa de desarrollo de su capacidad reproductora y orgásmica.
- El yo como agente encargado del gobierno y distribución de

los instintos. Aparece una mayor presión en la que el sistema defensivo y sus mecanismos deben modificarse para corregir y conseguir un mayor ajuste. También se consolida la transición del pensamiento concreto al pensamiento abstracto, simbólico. Este desarrollo cognitivo tienen el mismo impacto que la madurez sexual en el adolescente.

- Remodelación del superyó-ideal del yo. El cambio de exigencias y metas que se plantea el adolescente hace necesaria una remodelación de principios éticos y morales. Su forma de ver el mundo, su escala de valores, sus ideales, etc. toman una dimensión distinta y significativa.

En el adicto, existe una disfunción de su superyó. Los obstáculos parecen menores y la satisfacción de deseos está más cercana. La vuelta a la droga puede darse por frustraciones externas o inhibiciones internas, la inclinación depresiva es la más importante.

- Nuevos objetos de amor. El cambio de relaciones objetales lleva al adolescente a la exogamia. Implica varias consideraciones. La desidealización de las figuras parentales le priva de la protección omnipotente que le proporcionaban sus padres cuando eran pequeños, como resultado del segundo proceso

de individualización, ya mencionado. Significa lograr la difícil tarea de independencia de los objetos internalizados y de su influencia sobre su psiquismo. Por otro lado, tiene que soportar fuertes contradicciones al alejarse de los objetos internos. Ahora vive la ambivalencia co-existente de manifestaciones de apoyo y admiración con rechazo y desvalorización.

- El joven experimenta sentimientos de vergüenza e inferioridad, junto con oscilaciones del humor como fruto del proceso de inmadurez emocional.

La drogadicción juega un papel importante en este período de transformación del funcionamiento psíquico. Las distorsiones sensorceptivas producidas por las drogas, provocan perturbaciones en el sentido del sí mismo, así como despiertan emociones muy intensas que crean la ilusión de una expansión del self. Además puede ser vivido como un desafío personal por el hecho de hacer algo prohibido. Al proceso anteriormente descrito de duelos y elaboraciones del adolescente, se suma uno de los efectos del mismo, la llamada depresión, con características particulares como hastío, desinterés, sensación de futilidad ante la vida, elementos que definen la vivencia de vacío. Estos trastornos están vinculados con una patología grave de la personalidad, especialmente la personalidad narcisista.

sista y borderline o fronteriza que presenta un trastorno crónico en su sentimiento de identidad y a quienes se puede considerar una población de alto riesgo en cuanto al consumo de drogas. Las drogas constituirían un intento de reestablecer el equilibrio perturbado de los procesos de reacomodación psíquica.

### ALGUNAS CONSIDERACIONES PSICODINAMICAS DE LA PSICOPATOLOGIA DE LA DROGADICCION

La drogadicción como fenómeno dinámico y multideterminado sólo puede entenderse por la confluencia de factores biológicos, psicológicos y sociales. Desde la perspectiva dinámica, los elementos psicodinámicos más importantes (recogidos en el trabajo de González de la Rivera, J.), son:

- **El ansia:** presente en toda conducta adictiva independiente de la sustancia de consumo y considerada como una manifestación psicopatológica en cuanto que expresa severas alteraciones en la estructura del yo. Las características son: 1) intensidad anormal exacerbada; 2) reacción anormal ante la frustración del deseo, tanto en la calidad como en su intensidad; 3) rigidez e incapacidad para modificar el deseo.

La naturaleza del ansia adictiva es considerada como una maniobra adaptativa y defensiva ante fuertes pulsiones primitivas, con predominancia de la rabia, la vergüenza y la depresión (Wurmser, Khatzian). El ansia sería la convicción de que la fusión o incorporación de un agente externo constituiría la única solución posible frente a un yo inmerso en una insostenible sensación de sufrimiento psíquico.

- **La compulsividad:** se ve en la acción de tomar la droga como fenómeno de obligatoriedad y con un carácter de ser totalmente ajena a su control de decisión voluntaria. El drogadicto con un defecto en su estructura superyoica, llega a acciones de falta de moralidad y respeto hacia sí mismo y hacia los demás, como puede ser el robo, la violencia, etcétera.
- **La externalización:** se define como la acción de tomar mágicamente el control sobre lo incontrolable, y consiste en la tentativa de solucionar problemas psíquicos difusos mediante actuaciones externas concretas. Es un caso particular de la actuación o "acting out" como instrumento de escape de sentimientos desagradables.
- **El círculo vicioso:** existe una característica importante en el proceso adictivo que es la ten-

ves, como por ejemplo, M. Klein, Rosenfeld, Winnicott, M. Mahler, O. Kernberg, W. Bion.

Sin embargo, la psicología del self aporta instrumentos para una psicoterapia que moviliza angustias regresivas y apunta a corregir deficiencias básicas en la estructura de la personalidad, subyacentes en el uso de drogas.

## BIBLIOGRAFIA

Aberastury, A. *La adolescencia normal*. Paidós educador.

Bleger, J. (1967). *Simbiosis y ambigüedad*. Paidós.

Fenichel O. (1984). *Teoría psicoanalítica de las neurosis*. Paidós.

Freud, A. (1980). *La adolescencia como perturbación del desarrollo*. Paidós.

Freud S. (1976). *Obras completas. Tres ensayos de teoría sexual. El yo y el ello. El yo y los mecanismos de defensa*. Amorrortu.

González de Rivera, J. (1993). *Psicopatología psicodinámica de la drogodependencia*. Psiquis.

Kalina, E. (1987). *Máscara del miedo*. Nueva Visión.

Kalina E. (1988). *Adolescencia y drogadicción*. Nueva Visión.

Kernberg, O. (1977). *La teoría de las relaciones objetales y el psicoanálisis clínico*. Paidós.

Kernberg, O. (1979). *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*. Paidós. Buenos Aires.

Kohut, H. (1971). *Análisis del self*. Amorrortu. Buenos Aires.

Kohut, H. (1978). *La restauración del sí mismo*. Paidós. Buenos Aires.

Mahler, M. (1984). *Separación-individualización*. Buenos Aires, Paidós.

Musachio de Zan, Ortiz Fragola, A. (1992). *Drogadicción*. Paidós. Buenos Aires

Rosenfel, H. (1975). *Estados psicóticos*. Paidós. Buenos Aires.

Spitz. (1965). *El primer año de vida del niño*. Fondo de Cultura Económica. México.

Winnicott D. (1975). *El proceso de maduración en el niño*. Laia.

dencia a agravarse con cada consumo. Además de los deterioros en las relaciones sociales, la actividad laboral, y el funcionamiento mental, el sufrimiento psíquico y el ansia adictiva resultan cada vez más intensas fuera de los estados de intoxicación. Este fenómeno ha sido explicado como dinámica de mantenimiento en círculos viciosos por los autores como Rado, Van Dijk, Wurmser y Rivera.

La comprensión y detección de los elementos psicodinámicos como un diagnóstico preciso de las diversas causas, condicionantes y naturaleza de la drogadicción, contribuye al éxito de los programas terapéuticos. Existe entre los drogadictos a las distintas drogas diferencias de personalidad y comportamientos como una clara preferencia por una determinada sustancia de abuso. Según Kernberg, el adicto recurre a aquella droga que le produzca un efecto específico de acuerdo con la organización de su personalidad. Se requieren enfoques técnicos diferentes para pacientes que abarcan un espectro amplio de trastornos, desde una crisis adolescente transitoria donde el consumo de drogas es un fenómeno secundario con una patología más benigna, hasta un trastorno fronterizo o incluso psicótico, algunos con marcados rasgos depresivos y otros con un rasgo impulsivo predominante. Por ello, al abordar los problemas de la drogadicción hay que

diferenciar a los sujetos en función de la severidad de su trastorno. A este respecto, Kernberg diferencia entre tres tipos de personalidades:

- 1) Personalidad de tipo depresivo-masoquista que presenta un sentido de destrucción o pérdida de las relaciones objetales de su mundo interior. Recurre a la droga para recuperar su sensación de vacío y como euforizante pues produce una sensación de bienestar interior, la sensación de ser querido y poder ser afectuoso. Presenta un buen pronóstico.
- 2) Personalidad con una vivencia de fragmentación del self, de la representación interior del otro y de sus afectos. Son personalidades esquizoides y recurren a las drogas para adquirir la sensación de reconstrucción de su self.
- 3) Personalidad narcisista, que usa las drogas como sustituto de las relaciones interpersonales o para poder controlar su entorno. Le produce una sensación grandiosa de control y superioridad sobre los otros. Presenta un pronóstico difícil.

Estas nociones básicas que aporta la psicología del self son importantes para el tratamiento del paciente adicto, al igual modo que se pueden hallar instrumentos conceptuales valiosos en otros enfoques teóricos de la psicoterapia de pacientes con trastornos gra-

## 2.- LA TOXICOMANIA DESDE LA PERSPECTIVA SISTEMICA-RELACIONAL

---

### INTRODUCCION

**E**l enfoque sistemático-racional está unido al desarrollo de la Teoría General de los Sistemas (TGS), aplicado a los seres humanos y, en especial, a las familias. Según la T.G.S., cada grupo está compuesto por una serie de elementos en interacción y con una organización tal que un cambio en el estado de uno de los elementos iría seguido por cambios en los demás. Asimismo los sistemas humanos están sujetos a una serie de reglas generales en su funcionamiento, como son:

- **Homeostasis.** Es la característica según la cual el sistema tiende siempre a mantener el *status quo*, o sea, a no cambiar.
- **No sumativos.** Significa que no es posible la suma algebraica de las propiedades para identificar el conjunto de las funciones; la interacción entre dos o más componentes produce resultados de mayor complejidad que los elementos que los constituyen.
- **Equifinalidad.** Según este principio se desplaza la atención al “como” el proceso de cambio ha tenido lugar o se ha desarrolla-

do, en lugar de preguntarse por “quién” o “por qué” y sostiene que dondequiera que el cambio sistémico comience, se llegará al mismo resultado final.

- **Circularidad** de las secuencias de acontecimientos donde se limita a constatar la relación temporal que une un comportamiento a otro. Se evitará el sentimiento de culpa y en definitiva el nexa causa-efecto.

Un ejemplo podría ser: “yo me cierro en mi mismo porque tú refunfuñas y yo refunfuño porque tú te encierras en ti mismo”, Watz-lawick.

Muchas de estas ideas fueron aplicadas por la Terapia Familiar creándose un campo propicio para el desarrollo de nuevos conceptos como el doble vínculo, la metacomunicación, la comunicación en sistemas abiertos o cerrados, etc., elementos conceptuales básicos adoptados por enfoques sistémicos posteriores. En los últimos años se han desarrollado trabajos importantes para dar una respuesta al problema de la toxicomanía desde la perspectiva sistémica, haciendo que la terapia familiar sea un elemento fundamental en el tratamiento de la misma. Dos grandes enfoques han contribuido esencialmente al

abordaje de la drogadicción desde esta perspectiva:

*A. Enfoque estratégico:  
Jay Haley*

Las aportaciones de la Teoría Comunicacional y de la Cibernética han servido de base para el desarrollo de este procedimiento que trata de explicar los problemas psicológicos en términos de secuencias conductuales y dentro de su contexto social. Este enfoque se centra en potenciar las directrices señaladas con la finalidad de cambiar la forma de relacionarse los miembros de la familia, que presentan un círculo vicioso de retroalimentación positiva, por otros nuevos patrones o secuencias conductuales.

Según Haley "el enfoque estratégico es aquel donde el clínico inicia lo que ocurre durante el tratamiento y diseña un enfoque particular para cada problema". Por lo tanto, la meta consiste en cambiar la secuencia disfuncional de la conducta y para este fin desarrolla las siguientes técnicas (recogidas en Stanton y Todd 1985).

1. Las principales herramientas terapéuticas son las tareas y directivas, el énfasis en las directivas es la piedra angular.
2. El problema debe cobrar una forma solucionable. Debe ser algo sobre lo cual puede haber acuerdo objetivo.

3. Se pone énfasis en el cambio extrasesional.
4. En general se evitan los conflictos de poder con la familia. Se tiende a tomar el camino de menor resistencia y emplear medios indirectos para dar uso positivo a las energías de la familia.
5. Las intervenciones "paradójicas" son comunes y pueden dirigirse hacia toda la familia, en cierto sentido, el terapeuta se vuelve más homeostático que la familia y vuelve la resistencia contra sí misma.

Los terapeutas estratégicos parten de objetivos específicos y tratan de focalizar con persistencia el problema a lo largo del tratamiento. Además de diseñar intervenciones terapéuticas, para cambiar las soluciones habituales que mantienen el problema, como ya dijimos, asume la responsabilidad de los resultados por lo que la actitud del terapeuta es más directiva.

Diversos autores representan esta escuela, como M. Erickson, J. Haley, el MRI, la escuela de Milán, etcétera, todos ellos presentan diferencias particulares pero también presentan principios y prácticas comunes. Quizá el enfoque de Haley es el más representativo y más global. De ahí que el enfoque estratégico de Haley sirva de paradigma en el abordaje de las toxicomanías. Incluyó al toxicómano en un grupo más amplio de jóvenes con trastornos de emancipación, donde el joven adicto a sustancias presentaba

una serie de características particulares: (Haley 80) eran jóvenes fracasados en su vida laboral, personal y relacional, cuyas familias seguían involucradas con ellos aunque en la mayoría de los casos era para rechazarlos. Presentaban problemas sociales fundamentales, tales como: lograr desengancharse de la familia o la familia no logra desengancharse de ellos, por lo que no se podían crear para sí mismos una base social fuera de la familia; fracasar en sus estudios o trabajo, exigiendo un apoyo permanente de otras personas. También presentaban problemas especiales de comunicación de distinto orden: perjuicio a sí mismos o con los demás, actuar confuso, estallidos de malhumor, ingestas de alcohol, actos delictivos, lenguaje particular, entre otras.

Entre todos estos casos se presentaba una disfunción familiar que consistía en una organización jerárquica anormal. El sistema familiar se establece mediante procesos de regulación autocorrectivas, activados como respuesta a un intento de cambio. La comunicación entre sus miembros se daba en distintos niveles provocando conflictos y generando una paradoja o "ligadura" frente a la cual no existía una respuesta aceptable. Por lo tanto, el problema del joven hacía que la estabilidad de la familia se mantuviera y cuya función consistía en impedir el desenganche de la familia. Así vemos que, la conducta anómala tiene una

función protectora en cuanto a la estabilidad de la familia a pesar de suponer un sacrificio personal para ellos.

Para Haley (1980), la terapia debería transcurrir en las siguientes etapas:

1. Si la conducta del joven llama la atención de la comunidad, los especialistas deben organizarse de tal modo que un terapeuta asuma la terapia.
2. Se convoca a la familia evitando que los familiares se sientan culpables de la conducta del hijo, pero se les hará responsables de resolver el problema persuadiéndoles de que ellos son los mejores terapeutas. Se parte del supuesto de la existencia de un conflicto entre los miembros de la familia expresado en el hijo, requiriendo que se hagan cargo del hijo. Se fijan normas de conducta de forma que se sigan comunicando a través del hijo pero de forma positiva y eficaz. Durante esta fase se tiene en cuenta:
  - El foco de terapia gira sobre la persona problemática y su conducta y no sobre las relaciones familiares como tales.
  - No se indaga el pasado y las causas pretéritas del problema; se centra sobre el presente.
  - Se presupone una confusión en la jerarquía familiar, por lo que el terapeuta se coliga con los

padres contra el joven problemático, aunque parezca privarle de sus derechos y libertades, para devolvérselos cuando haya recuperado su conducta normal.

- Los conflictos de los padres serán subestimados y pasados por alto hasta que el joven vuelva a la normalidad.
  - La expectativa de todos debe ser que el joven recobre la normalidad. No habrá excusas para el fracaso y se aseverará la no existencia de nada malo en él, y que debe comportarse como cualquier joven de su edad.
  - Es presumible que, a medida que el joven vuelva a la normalidad -estudios, trabajo-, la familia perderá estabilidad. Quizá los padres amenacen con separarse o surja algún trastorno por lo que el terapeuta debe ocuparse del conflicto familiar; sería asumir el papel del hijo a nivel simbólico para que éste actúe libremente fuera del conflicto de la familia.
3. La terapia debe consistir en una participación intensa y rápida de desenganche, más que una terapia prolongada en el tiempo. Tan pronto sobrevenga el cambio del hijo toxicómano se planteará el cese o terminación del tratamiento.
  4. Practicar un seguimiento ocasional de la familia para saber qué ha sucedido y cerciorarse de que continúa el cambio positivo.

### *B. Enfoque estructural-estratégico de Stanton y Todd*

Los trabajos realizados por estos autores con toxicómanos han permitido brindar un manual de tratamiento con diversas estrategias y técnicas para la ayuda y orientación del terapeuta en Terapia Familiar.

Denominan al modelo "estratégico-estructural" al estar basado sobre los principios de ambos enfoques, además de introducir características propias que lo hace distintivo.

El enfoque general es estratégico aunque muchos de los "micro-movimientos" dentro de la sesión son de carácter estructural. Su procedimiento consiste en:

1. Aplicar la teoría estructural de Minuchin como paradigma básico. La terapia familiar estructural es una terapia de acción dirigida a las interacciones de la familia en el aquí y ahora. Parte del principio básico de la existencia de una estructura en cada familia y que aparece cuando la familia entra en acción. Un cambio duradero está en función de si se tiene en cuenta la estructura y si se interviene en la totalidad de la misma. Distingue entre estructuras funcionales y disfuncionales considerando a las familias no como padeciendo una patología sino un sufrimiento. Sus estrategias están diseñadas con un triple objetivo:

a.- Hace esfuerzos para acomodarse a la forma habitual de comportamiento de la familia, como medio de salvar las resistencias;

b.- Ganar la confianza asumiendo el terapeuta un rol descentralizado para observar y diagnosticar lo que ocurre en la familia;

c.- Activar las estructuras inactivas con técnicas que alteren las alineaciones y modifiquen el poder "dentro de" y entre los subsistemas.

2. Trabajar estructuralmente en las sesiones mediante la actuación real de nuevas pautas.

3. Aplicación del modelo estratégico de Haley que enfatiza esencialmente, además de lo ya expuesto, lo siguiente:

a.- Un plan específico de acción;

b.- Acontecimientos fuera de la sesión;

c.- Un cambio en el síntoma;

d.- Colaboración entre los sistemas intervinientes en el tratamiento.

Sin embargo, ambos enfoques presentan características comunes como son:

– Son enfoques terapéuticos orientados a un objetivo y de corta duración.

– Hay implicación activa de la familia en la vuelta atrás a la mar-

cha del hijo de su casa para negociar otra manera más adecuada de buscar su independencia.

– Comienzan a trabajar con la tríada, padres e hijo adicto.

– Incluyen a otros miembros como elementos homeostatizantes. Buscan nuevos aliados para ayudar al drogadicto a ser más asertivo o reforzar la posición del padre como medio de no focalizar en exceso al paciente.

Estos autores presentan varios aspectos importantes para el trabajo de los toxicómanos y sus familias. Se destacan dos aspectos principales:

– La concepción de la toxicomanía englobada en la dinámica familiar y la función que tiene el síntoma –drogadicción– en cinco niveles distintos (detallados en el punto drogadicción y Sistema Familiar).

– El desarrollo de una serie de principios y técnicas destinadas a que las familias resistentes participen o se impliquen en el tratamiento de sus hijos. Para este fin proponen los principios siguientes:

a.- "El terapeuta debe decidir cuales miembros de la familia deben ser incluidos, y no dejar esta decisión al paciente.

b.- Obtener un contrato del paciente para establecer contacto

con la familia, y luego comunicarse con ella.

c.- Cuanto antes se establezca contacto con la familia, más probable es que ella participe.

d.- El terapeuta debe ir más allá del paciente y establecer contacto directo con cada miembro de la familia.

e.- El terapeuta debe encarar a la familia explicando el tratamiento de modo no peyorativo, y libre de juicios y culpas.

f.- Una variable importante, en el reclutamiento es el grado de interés que el terapeuta muestra a la familia en su voluntad de "dedicar esfuerzos considerables", entre otros.

Estos dos enfoques no son los únicos que han desarrollado aspectos importantes para el abordaje de las toxicomanías. Cabe mencionar el enfoque relacional de la Cooperativa Albedo de Roma que representa una realidad social y comunitaria de la perspectiva sistémica, y el enfoque multifamiliar de los Kaufman que resulta ser un modelo alternativo a la Terapia Familiar individual. Se forma un grupo de apoyo compuesto por otros padres que tienen en común un hijo adicto y que se encuentra en Comunidad Terapéutica.

Presenta varias ventajas:

1. Ayuda a reducir las defensas propias de estas familias;

2. Favorece la sensibilización de las adicciones a ciertas familias, posibilitando una intervención individual posterior;
3. Permite sacar del aislamiento social a muchas familias aprovechando las conductas modeladoras del grupo de padres.

Por ser un modelo alternativo, sugieren los autores que se aplique junto con un tratamiento familiar individual y que se use, predominantemente, en las etapas iniciales de la terapia.

## **DROGADICCION Y SISTEMA FAMILIAR**

El fenómeno adictivo es considerado como un problema multidimensional resultante de la interacción entre el sujeto, la droga y el entorno. El enfoque sistémico pone especial énfasis en la constelación de factores del entorno familiar. Las familias de adictos no solo padecen de disfunciones similares a cualquier otro tipo de familias, sino que difieren también en aspectos que le son característicos. Stanton y Todd (1985) recoge los aspectos más sobresalientes:

1. Existe una mayor frecuencia de dependencia química multigeneracional, en especial con el alcohol, entre las familias de adictos, además de una propensión a otras conductas adictivas. Tales prácticas representan un modelo para los hijos.

2. Las familias de adictos parecen ser más primitivas y directas en la expresión del conflicto en comparación con las familias de esquizofrénicos y los jóvenes psicósomáticos.
3. La ilusión de independencia es mayor en los adictos porque, a diferencia de otros grupos con otros síntomas, tienen una subcultura con la cual relacionarse.
4. Las alianzas entre los miembros de la familia y dentro de los subsistemas familiares son a menudo muy explícitas en las familias de adictos. Se caracterizan a menudo como unidas, y revelan un alto grado de conducta nutricia e incluso infantilizante.
5. Existen prácticas simbióticas de crianza y necesidades simbióticas, lo que implica que las familias del adicto se "atascan" en una edad más temprana de crianza y se aferran a los hijos, tratándoles como si fuesen menores de lo que son.
6. Revelan un pseudominio de temas relacionados con la muerte y con muertes prematuras dentro de la familia.
7. El síntoma de la adicción suministra una forma de "seudoindividuación" en diversos niveles.
8. La existencia de datos parece confirmar la relación entre adicción y cultura, en especial la

disparidad cultura padres-hijos en los casos de inmigrantes.

El síntoma adictivo viene a cumplir una función dentro del núcleo familiar en un intento de mantener la homeostasis familiar o de no modificar excesivamente su funcionamiento: en la mayoría de los casos la madre continuará siendo la sacrificada y afectada, el padre se sentirá cada vez más periférico y extraño, el hijo adicto seguirá viviendo como desafío a la familia en su dependencia afectiva, y los hermanos seguirán siendo buenos ejemplos.

El síntoma ofrece al adicto y a la familia, en opinión de estos autores, una solución paradójica de su dilema básico de quedarse o marcharse de casa. Al consumir drogas "no está del todo dentro ni del todo fuera de la familia. Se le nutre cuando está dentro y se le culpa a la droga cuando está fuera. Es competente dentro de un marco de incompetencia".

Por lo tanto, esta función de resolución se lleva a cabo en distintos niveles:

1. *Nivel individual-farmacológico.* Se ha relacionado el nivel eufórico del toxicómano con la unión simbiótica con la madre. La heroína permite sentirse cercano a la madre o familia y al mismo tiempo distante y absorbido de sí mismo. A través de la droga puede ser infantil y autónomo al mismo tiempo.

2. *Nivel de la conducta agresiva.* La heroína puede dar al toxicómano un poder de omnipotencia que le permite ser más asertivo y agresivo en relación a la figura del padre.
3. *El nivel de las relaciones heterosexuales.* La heroína parece reducir el impulso sexual con lo cual se impide del establecimiento de otras relaciones con los otros.
4. *El nivel de la subcultura de la droga.* El toxicómano establece relaciones con éxito solamente dentro de una subcultura incompetente y fracasada.
5. *El nivel de rol del drogadicto.* La heroína funciona como un símbolo de la incompetencia del adicto y su consiguiente incapacidad para abandonar la familia o la incapacidad de la familia para liberarlo.

## TIPOS DE TOXICOMANIAS

El desarrollo de las toxicomanías tiene lugar en situaciones muy distintas. Independientemente del enfoque con el que se aborde el problema, el resultado parece ser el mismo; las toxicomanías no corresponden de forma exclusiva, a una categoría de personas o grupos de familias.

El intento de Cancrini por hacer una tipología de las toxicomanías

parte de conceptos de la psicología individual y del enfoque sistémico de forma combinada. Asimismo, las cuatro situaciones, descritas por el autor, facilitadoras de desarrollo de las toxicomanías están basados en datos analizados desde distintos puntos de vista, como son:

- Desde la organización y modelos de comunicación de la familia del adicto.
- Desde la organización psicológica del toxicómano.
- Desde las características de los comportamientos del toxicómano que se habitúa a la droga.
- Desde las modalidades de relación del toxicómano y/o sus familias.
- Desde la utilización de distintos métodos terapéuticos.

Las categorías tipológicas que se ha hecho referencia son:

1. *Toxicomanías "traumáticas".* Obedecen a casos de hijos considerados ejemplares, con tendencia a tragarse sus propios problemas, y que se derrumban ante un grave trauma, recurriendo a las drogas. Obedecen también a individuos que apenas han superado la individualización y la desvinculación. Se trata de adolescentes que todavía no han definido su identidad de forma estable. Clínicamente presentan dos características importantes:

a.— En el desarrollo de la toxicomanía, el contacto con la sustancia provoca una ruptura del estilo de vida habitual donde la droga se convierte en el centro de atención protegiendo al sujeto en una fase de pánico o sufrimiento violento.

b.— En cuanto a las características del hábito, el comportamiento del toxicómano es auto-destructivo y teatral en los casos más graves; en otros casos recurren al alcohol y a los barbitúricos para aturdirse.

2. *Toxicomanías a partir de neurosis actual.* La estructura familiar en la que se desarrolla la toxicomanía es la descrita por la terapia familiar. Los aspectos implicados desde la perspectiva sistémica son:

- \* Fuerte preocupación de uno de los progenitores ante su hijo y su enfermedad.
- \* El papel periférico del otro progenitor.
- \* La evidencia de la estructura llamada "triángulo perverso" y la tendencia del progenitor cómplice a proteger y tapar los problemas planteados por el comportamiento del hijo.
- \* La debilidad de los límites entre los sub-sistemas que determinan la jerarquía familiar.
- \* La polaridad que define al toxicómano como malo frente a otro hijo definido como bueno.

- \* Un modelo comunicativo caracterizado por los mensajes contradictorios.

En general, el comportamiento del toxicómano está bien controlado, las dosis no son elevadas y frente a dificultades, el toxicómano pide ayuda en los servicios. Sus tentativas de suicidios suelen ser teatrales, con poca peligrosidad.

Desde un punto de vista terapéutico, el trabajo se debe centrar en el control de los comportamientos sintomáticos, a través de una alianza con los padres.

3. *Toxicomanías de transición.* Se observa desde una óptica comunicacional, caracterizado por un estilo de organización transiti-va de las interacciones. Estas familias presentan similitud con los de los anoréxicos en cuanto a no definir las relaciones con claridad, utilizando mensajes paradójicos e incongruentes; tienen tendencia a servirse del síntoma para resolver problemas de liderazgo, utilizan la polarización de aspectos logrados/malogrados entre los hermanos.

Se define como transicional en cuanto a una organización personal caracterizado por la presencia de mecanismos neuróticos y psicóticos, correspondiendo al cuadro clínico de los pacientes border-line, personalidades con alteraciones del humor con alternancias de fases

maníacas y depresivas modificadas por el efecto del fármaco.

Estos pacientes resultan difíciles en el tratamiento por la complejidad de su trastorno. El trabajo con la familia debe basarse en la prescripción de estrategias que favorezcan y venzan las dificultades y las resistencias al cambio.

4. *Toxicomanías sociopáticas.* Corresponden a familias deterioradas de las clases sociales más desfavorecidas, aunque a veces también de las privilegiadas en cuanto a su nivel de desorganización. Se caracterizan por la tendencia al *acting out* con manifestaciones de comportamientos antisociales, estilo de vida bajo la subcultura de la droga y actitud desafiante, fría y hostil.

El perfil de estas personas corresponden a hijos de mujeres abandonadas en instituciones o familias con múltiples problemas de orden social, aunque el punto crucial parece ser el desorden afectivo que sufren estos sujetos. Es característico la presencia de depresiones importantes, como descuidos hacia sí mismos con la consiguiente peligrosidad indirecta de la toxicomanía que son las enfermedades secundarias, sobredosis, el tráfico de drogas, etcétera.

Estos sujetos difícilmente acuden por sí mismos a los centros asistenciales y si lo hacen, es por motivos judiciales, cárcel etcétera. La intervención comunitaria puede paliar mucho las deficiencias de estos sujetos.

La terapia encaminada a cambiar la adicción presenta una especificidad que la hace poseer un carácter distintivo. La dependencia de sustancias químicas tanto físicas como psicológicas es primordial así como el ansia que le acompaña. Por otro lado, el adicto se ve involucrado en una subcultura en la que desarrolla comportamientos particulares en su modo de comunicarse, creando un lenguaje propio, además de adoptar conductas delictivas en algunos casos.

Estos factores se unen a las características específicas de las familias de hijos toxicómanos, ya mencionadas en este capítulo, comprendidos en la tradición adictiva por lo que una actitud de respeto por parte del terapeuta es imprescindible.

El abordaje de las toxicomanías desde la terapia familiar toma una serie de consideraciones particulares que han de estar incluidos en el procedimiento de intervención que se desarrollará más expresamente en el capítulo dedicado a la técnica de intervención.

### **3.- Las drogodependencias desde el Modelo Cognitivo-Conductual**

---

**E**l desarrollo del modelo conductual en convergencia con los modelos cognitivos converge a partir de la década de los 70 en explicaciones teóricas y procedimientos terapéuticos próximos al concepto de ACTIVIDAD.

La drogodependencia encuentra su comprensión en la noción de procesos interactuantes de aprendizaje: condicionamiento clásico, operante, aprendizaje mediacional, variables cognitivas, etc.

Stitzer (1983) considera el proceso de drogodependencia como una cadena de respuestas que en sus últimos términos comporta un "estrechamiento de la conducta" limitándose y empobreciéndose esta y haciéndose cada vez más predecible.

Sittzer, Bigelow y McCaul (1983) explican la dependencia como una forma particular de toma de decisiones y la elección del individuo determinada por el potencial de refuerzo de cada una de las alternativas.

#### **CONDICIONAMIENTO CLASICO**

Para Pavlov en 1927 la ingesta de droga puede entenderse como

un ensayo de condicionamiento clásico, según las pruebas realizadas por PodKopaev y Krylov, que consiguen condicionar en perros respuestas de intoxicación similares a las condicionadas producidas por la administración de opiáceos ante claves estimulares externas.

La inyección de heroína actúa como estímulo incondicionado farmacológico provocando una serie de respuestas (psicológicas y farmacológicas) y que se asocia en los sucesivos ensayos de autoadministración sus distintos estímulos ambientales presentes durante el consumo. Ese complejo estimular, constituido en estímulo condicionado compuesto, adquiere la capacidad de facilitar dos tipos de respuestas condicionadas: respuestas condicionadas similares y respuestas condicionadas compensatorias.

En el nivel cognitivo (no dissociado evidentemente ni de la conducta ni del tinte emocional de la misma), la expectativa de experimentar los efectos reforzantes de la droga juega un papel importante en la aparición de la adicción y de las respuestas condicionadas similares el famoso experimento de Levine (1974) conocido como "fantasía de la aguja" da buena cuenta de ello.

A fin de preparar al individuo para resistir eficazmente la alteración homeostática que sobreviene por el consumo, se han detectado en el sujeto un cúmulo de respuestas condicionadas y que actúan como reacciones opuestas a las que la droga ocasiona. Estas respuestas se han denominado de tipo compensatorio.

La tolerancia y la dependencia física, aún cuando no existe unanimidad, se podrían suponer manifestaciones de un mismo proceso de adaptación.

Las respuestas de abstinencia condicionada son el resultado de un proceso doble.

- a) Por una parte, la asociación de los síntomas de abstinencia farmacológica con las señales estimulantes pre-droga.
- b) Por otra parte, la asociación de estímulos ambientales con los mecanismos de respuesta homeostática de carácter adaptativo del organismo frente a la ingesta de la sustancia.

El síndrome de abstinencia se ha observado en la práctica clínica al someter al heroinómano a condicionamiento encubierto o al ritual de preparación con prevención de respuesta. Manifestando este deseo íntegro de heroína, ansiedad, náuseas, escalofríos, bostezos y una significativa activación psicofisiológica.

Las implicaciones clínicas del modelo de abstinencia condicionada parecen claras y podrían explicar, junto con otros procesos, la alta tasa de recaídas.

Los estados emocionales del sujeto juegan un papel preponderante en la génesis de la recaída, fundamentalmente cuando estos son negativos. La ansiedad puede desencadenar síntomas condicionados de abstinencia. Además la heroína puede actuar como reforzador negativo potente por sus cualidades ansiolíticas.

## **CONDICIONAMIENTO OPERANTE**

En el mantenimiento de la conducta de consumo de heroína intervienen diferentes contingencias de reforzamiento que interactúan y se complementan entre sí de un modo extraordinariamente preciso.

Podemos distinguir tres tipos de contingencias de reforzamiento positivo:

- a) Aquellas que se asocian a propiedades farmacológicas.
- b) Aquellas que se relacionan con aspectos sociales del consumo.

Por lo que se refiere a contingencias de reforzamiento negativo:

- a) Evitación o alivio de los aspectos aversivos del medio.

- b) Evitación o alivio de estados físicos y emocionales negativos tales como el síndrome de abstinencia.

En las primeras fases del contacto con la heroína predominan las contingencias de reforzamiento positivo de carácter grupal. Después de cuatro o más experiencias las contingencias son de carácter farmacológico y con el desarrollo de la tolerancia y la dependencia física predominan las contingencias de refuerzo negativo.

La presencia de síntomas de abstinencia farmacológicos o condicionados, no hace otra cosa que potenciar el valor reforzante de la heroína. Por otra parte, las creencias irracionales de sujeto sobre lo que el síndrome de abstinencia contiene de insoportable, cognitivamente en el valor de la heroína como reforzador negativo.

Las conductas de búsqueda, preparación y autoadministración están bajo el control de programas de reforzamiento intermitentes, lo que les hace muy persistentes y resistentes a la extinción aún cuando no se obtengan efectos positivos.

Existe una aparente contradicción entre los presupuestos del condicionamiento operante y la conducta del toxicómano que hace caso omiso de las consecuencias adversas del abuso de drogas y persiste en su consumo.

Esta aparente contradicción puede resolverse si se considera:

1. La gratificación a corto plazo, que incrementa la motivación y consecuentemente dificulta al sujeto establecer una relación contingente entre el consumo y sus efectos negativos.
2. El principio de reforzamiento intermitente.
3. El principio de la relatividad del esfuerzo: la violencia efectiva de los reforzadores varía entre personas.
4. La fuerte sensación de conflicto que es consecuencia del proceso de balance global de consecuencias positivas versus negativas.

## **PROCESOS COGNITIVOS IMPLICADOS EN LA RECAIDA**

Las recaídas, con independencia de la droga consumida, responden a principios cognitivo-conductuales comunes y suponen un proceso de aprendizaje con entidad conductual propia. Apareciendo asociados a situaciones de alto riesgo, tales como estados emocionales negativos, conflictos interpersonales y presión social. La presión social parece la variable de mayor peso.

Marlat (1984 y 1985) propone un modelo cognitivo-conductual

para el análisis y prevención de recaídas. En el modelo se postula que la percepción de control que el sujeto tiene es directamente proporcional a la duración de su período de abstinencia. Ante una situación de riesgo se podrían dar tres circunstancias:

- a) Que el individuo no reconozca la racionalidad de peligro o que lo haga demasiado tarde.
- b) Que carezca de competencia necesaria.
- c) Que no ponga en juego dicha competencia.

El efecto de la violación de la abstinencia viene determinado por:

- a) Efecto de disonancia cognitiva (Festinger, 1964) de la autoimagen.
- b) Efecto de la atribución personal (Jones y Cols. 1972).

Existen otros factores que influyen en la intensidad del efecto de violación de la abstinencia: duración del período de abstinencia, grado de compromiso personal, esfuerzo realizado para mantener la abstinencia, e importancia de la conducta adictiva para el sujeto, presencia de observaciones externas, limitaciones sociales al consumo, disponibilidad y precio de la sustancia, etc.

La experiencia de fracaso aumenta con la pérdida de control y de este modo se puede retroalimentar el proceso de recaída.

## BIBLIOGRAFIA

Altman, D.L.; Meyer, R.E.; Mirin, S.M. y McNamee, H.B. (1976). *Opiate antagonists and the modification of heroin self-administered*.

Bunnger, G. (1976). "Terapia de conducta en la adicción a drogas". *Análisis y Modificación de Conducta*.

Bandura, A. (1982). *Teoría del aprendizaje social*. Espasa Calpe. Madrid

Calvo, R. (1984). *Conductas adictivas*. Alhambra. Madrid.

Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Martínez Roca. Barcelona.

Mayor, J. (1985). *Actividad humana y procesos cognitivos*. Alhambra. Madrid.

Mayor, J., y Pinillos, L. (1984). *Tratado de Psicología General*. Tomo II (Aprendizaje y Conducta). Tomo VII (Actitudes, creencias y valores). Tomo IX (Personalidad). Alhambra. Madrid.

Milkman, H.B. y Shaffer, H.D. (1985). "The addictions. Multidisciplinary perspectives and treatments". Lexington Books.

Shaffer, H y Burglass, M.E. (1981). *Classic contributions in the addictions*. New York. Brunner-Mazel.

Swonger, A.R. y Konstantine, L.L. (1985). *Drogas y Terapia*. Alhambra. Madrid.

# ***CAPITULO II***

***EVALUACION DE LAS DROGODEPENDENCIAS***

## EVALUACION DE LAS DROGODEPENDENCIAS

**H**istóricamente se ha producido una evolución en la manera de entender y definir el fenómeno de las drogodependencias, que ha incidido en la manera de entender la evaluación de las mismas.

En un principio la drogodependencia era atendida como un vicio o un término vinculado al concepto de delincuencia asimilable a un delito (Modelo Moral: el individuo como responsable del inicio y la solución del problema).

Posteriormente la drogodependencia fue considerada como una enfermedad con base biológica y bioquímica (Modelo Médico: el individuo no es responsable ni del inicio ni de la solución del problema).

Con el paso del tiempo la drogodependencia pasó de ser considerada una enfermedad orgánica a una enfermedad mental.

Finalmente la O.M.S. y el DSM III-R, definió la drogodependencia como un abuso de sustancias psicoactivas en el que aparecían:

- Una pauta patológica de uso.
- Una alteración en el funcionamiento individual y social.
- Que al menos se repite durante un mes.

Otro aporte más fue el modelo psicosocial, según el cual el hábito adictivo está en función de la interacción DROGA-INDIVIDUO-CONTEXTO, en donde los contextos social y comunitario, enmarcan la experiencia del drogodependiente.

Actualmente existe una nueva visión del problema de la drogodependencia, que hace referencia a la multicausalidad del fenómeno: (Modelo Bio-psico-social de Goldberg y Hoffheister), (Modelos Multimodales de Frye, Kisim y Hanson), (Modelos de Simulación de Golüke), (Modelos de la Complejidad de Pieroni) y (Modelo transtórico de Prochaska y Diclementi). Todos ellos justifican una intervención multidisciplinar en drogodependencia.

La evaluación en el área de las drogodependencias tiene como característica específica **la recogida inicial de datos comunes** independientemente del modelo teórico que el psicólogo utilice como marco referencial. Esto es debido a que el toxicómano suele llegar consumiendo, con una enorme carga de angustia y de urgencia asociada a su demanda, por ello, en la recogida inicial de datos es esencial en un primer momento:

- \* Determinar las variables asociadas al consumo, delimitando el patrón de uso en función de la sustancia que se consuma (DSM IV y ICD 10).

- \* Discriminar en que estadio del proceso de drogodependencia se encuentra el paciente.
- \* Recoger las variables intervinientes en las estrategias de intervención (demanda, motivación, expectativas, tratamientos anteriores, recursos personales, contención familiar...).
- \* Establecer el diagnóstico diferencial con otros posibles trastornos psicopatológicos (DSM IV y ICD 10).

La evaluación correcta de estos aspectos puede favorecer o dificultar el tratamiento en un momento que se ha demostrado crucial en la intervención, con altos porcentajes de abandono. Por ello, *el modelo transteórico* como modelo específico de intervención en drogas recoge desde el inicio la determinación de los estadios, procesos y niveles de cambio como variables interrelacionadas que suponen un aporte básico en la intervención.

Posteriormente a la valoración inicial y determinación de la indicación terapéutica; en función del dispositivo o recurso en que se encuentre, y una vez realizada la desintoxicación, se llevará a cabo una valoración más profunda de otras variables, que van a influir directamente en su proceso de tratamiento.

Es aquí donde respecto a los modelos recogidos en el capítulo

anterior aparecen algunas diferencias en función al marco referencial teórico del psicólogo; que quedan mencionadas en dicho capítulo.

En síntesis, la evaluación es un proceso que nos va a permitir seleccionar y adaptar unos objetivos terapéuticos en función de que las primeras hipótesis de trabajo sean verificadas o refutadas. La evaluación de los cambios que se producen en la evolución del sujeto nos permite concretar nuevos objetivos en las áreas de intervención.

## **EVALUACION DEL CONSUMO**

Sea cual sea el tipo de intervención lo primero que el psicólogo debe plantearse es la evaluación de la variable dependiente, es decir, el consumo o los comportamientos precursores de éste.

Para ello proponemos la siguiente recogida de datos, referentes a la historia de adquisición de las drogodependencias, y a los datos referentes al consumo actual.

### **a) Evaluación de la historia de consumo:**

#### **Tipos de droga consumida:**

- Droga principal
- Otras drogas

#### **Droga principal:**

- Dosis actual.
- Evaluación del consumo en

- el tiempo, motivos y contexto del inicio.
- Momentos de máximo consumo.
- Vía de administración

**Otras drogas:**

- Dosis actual
- Evaluación del consumo del tiempo, motivos y contexto del inicio
- Momentos de máximo consumo
- Vía de administración
- Períodos de abstinencia

**Tratamientos previos:**

- Períodos de abstinencia (con y sin ayuda profesional)
- Motivos del inicio del tratamiento
- Motivos del fin del tratamiento (alta, abandono)
- Sentimientos de éxito o fracaso.
- Tipo de centro y programa

**b. Descripción de la actividad de consumo:**

- Momentos del consumo durante el día
- Frecuencia diaria de consumo
- Vía de administración
- Estilo de búsqueda de droga (hora del día, transporte, etc.)
- Lugares de consumo
- Personas con quien consume
- Forma de obtener dinero para el consumo

- Lugar y forma de adquisición de la droga
- Efecto flash
- Signos y síntomas del síndrome de abstinencia
- Estados emocionales previos al consumo
- Sentimientos asociados al consumo
- Expectativas sobre los efectos de la droga
- Mitos y creencias sobre drogas
- Autoimagen
- Pensamientos antes, durante y después del consumo
- Recuerdo de la droga

**Consecuentes:** (Positivos y negativos)

- A corto plazo: físicos, psicológicos, relacionales, familiares, legales
- A largo plazo: físicos, psicológicos, relacionales, familiares, legales

**PROCESO PSICODIAGNOSTICO**

**A.– Análisis de la demanda**

Se realizará el análisis de los siguientes datos:

- Análisis de la demanda individual y/o familiar (coincidencias, contradicciones, grado de colaboración, etc.)

- Motivación externa/interna (vía de derivación, grado de implicación, expectativas)
- Expectativas de éxito o fracaso ante el tratamiento y sus atribuciones

Dependiendo del modelo teórico del que se parta se van a tener en cuenta diferentes aspectos de la persona en función de las estrategias de intervención con las que el profesional trabaja:

Así, desde el modelo **cognitivo-conductual** que intenta identificar las conductas objeto de estudio y las variables ambientales y/o personales que mantienen y controlan dichas conductas; se recogerán datos sobre: habilidades sociales, asertividad, estilos de respuesta, autoeficacia, autocontrol, actitudes, intereses culturales, deportivos, uso del tiempo libre, etcétera.

Desde el **modelo dinámico** que hipotetiza la existencia de unas estructuras "Rasgos de Personalidad" que serán responsables de ciertas tendencias o comportamientos, se recogerán datos sobre: la estructura y dinámica de la personalidad, los mecanismos de defensa y compensatorios, los recursos yoicos, las relaciones objetales, etc.

Desde el **modelo sistémico** que considera la drogodependencia como un síntoma de un núcleo general patógeno a nivel racional; será necesario evaluar el compor-

tamiento del drogodependiente con respecto a su familia y las respuestas de éstas al consumo de drogas. Se recogerá información sobre: reacciones de los miembros de la familia ante el problema; consumo de drogas de otros miembros de la familia: antecedentes familiares y situación actual, límites dentro de la familia: manipulación, mentira, sobreprotección, aplicación de normas, críticas de la familia hacia el drogodependiente y viceversa; situación familiar de los miembros, alianzas subyacentes; nivel socioeconómico; situaciones y/o relaciones que favorecen y dificultan el cambio terapéutico (apoyo familiar).

Existen otras variables que quedarán recogidas en el capítulo referente al modelo sistémico.

#### B.– Estilo y trastornos de personalidad

Es importante determinar tanto la estructura de Personalidad como los posibles trastornos de la misma (DSM IV y ICD 10), para poder ajustar el tratamiento, siendo éste diferente según la personalidad previa del sujeto.

También es importante tener en cuenta que tras la desintoxicación pueden emerger trastornos de personalidad ocultos por el propio consumo, por ello queda justificado el diagnóstico diferencial de la drogodependencia con cualquier otro trastorno de personalidad.

### *b.1. Trastornos psicopatológicos previos al consumo*

No ha sido resuelto todavía el interrogante formulado respecto a sí son los trastornos psíquicos los que desencadenan conductas de abuso y dependencia de sustancias psicoactivas, o es el consumo prolongado de estas sustancias lo que desencade cuadros psiquiátricos de origen tóxico. La constatación de que los opiáceos poseen propiedades farmacológicas de tipo antipsicótico, antidepresivo y ansiolítico notables, ha hecho pensar en la posibilidad de que una de las formas de inicio de la dependencia de opiáceos fuera un proceso de automedicación utilizado por estos pacientes como tratamiento para sus trastornos psicopatológicos subyacentes. La mejoría subjetiva que puede experimentar el paciente con el primer consumo de opiáceos puede ser tan espectacular que inicie inmediatamente un cuadro de consumo continuado y dependencia.

### *b.2. Trastornos Psicopatológicos inducidos por el consumo*

En función del tipo de sustancia consumida y del tiempo prolongado de consumo, pueden aparecer cuadros psicopatológicos concomitantes. La psicopatología concomitante acompaña y obra juntamente con la alteración específica, de manera muy frecuente, por eso es necesario, para un buen diagnóstico diferencial, determinar cual

es la psicopatología específica de las drogodependencias, que nos permitirá distinguir esta alteración del resto de los trastornos concomitantes.

### C.- Procesos Cognitivos

Existen algunos procesos del funcionamiento cognitivo del sujeto que han podido verse afectados por el consumo prolongado de sustancias psicoactivas, y que es necesario evaluar, descartando la existencia de alteraciones neurológicas, como son: la atención, la concentración, el pensamiento, la memoria, la expresión y comprensión verbal, el lenguaje oral y escrito, la orientación espacio-temporal, la percepción del tiempo, y los objetos, etc.

Siendo estas variables importantes de cara a la evaluación del tratamiento, así como determinantes a la hora de marcar los objetivos de la intervención.

## **EVALUACION DE LAS VARIABLES INTERVINIENTES EN LA ELECCION DEL TRATAMIENTO**

Es importante tener en cuenta una serie de variables, que van a determinar la elección del tratamiento, así como el tipo de recurso a utilizar y posteriormente los objetivos a corto y medio plazo; estas variables recogidas en el

punto anterior como son: la demanda, la motivación para el tratamiento, las expectativas de éxito o fracaso, la historia de tratamiento previos, la vía de derivación, el apoyo con que cuenta el drogodependiente para el tratamiento, su pronóstico, etc, serán tenidas en cuenta de manera especial en este momento de la evaluación por el equipo para decidir el tipo de programa terapéutico conveniente.

## **EVALUACION SOCIO-COMUNITARIA**

Recogemos en este punto la necesidad de realizar una exploración del nivel educativo y laboral del sujeto, detectando las deficiencias existentes para adaptar el tratamiento y posibilitar al sujeto los recursos necesarios para la reinserción.

### *Nivel relacional*

Apoyo social y comunitario (amigos consumidores y no consumidores, familia, recursos comunitarios, etc.)

### *Nivel educativo*

Nivel de estudios alcanzados  
Dedicación y responsabilidad en su historia  
Expectativas del sujeto y experiencia anterior

### *Nivel laboral*

Estabilidad/inestabilidad en su historia personal  
Capacitación  
Intereses laborales  
Ocupación actual  
Tiempo de paro  
Vivencia de la experiencia laboral acumulada

### *Nivel comunitario*

Grado de implicación en asociaciones culturales, políticas o religiosas en su historia personal.

Utilización de recursos comunitarios, experiencias personales al respecto, etc.

## **INSTRUMENTOS DE EVALUACION**

Para recoger todos los datos mencionados en el apartado anterior, existen diferentes instrumentos dependiendo del modelo teórico del que se parta.

A continuación resumimos un cuadro con los posibles instrumentos a utilizar dependiendo de la variable a medir; tanto desde una perspectiva conductual, sistémica como dinámica, destacando el objetivo que se pretende conseguir, necesario para determinar la posterior intervención.

## CUADRO DE INSTRUMENTOS

<b>Variable (Medida)</b>	<b>Instrumento</b>	<b>Objetivo</b>
Variables generales asociadas al consumo	Autoinformes	Recogida de datos para el análisis F. Recogida de datos epidemiológicos sobre el consumo.
Habilidades Sociales	Autoinformes	Adaptación del sujeto al tratamiento.
Variables asociadas al consumo. Variables situacionales Antecedentes y consecuentes  Tipo de sustancia Procedimiento de consumo	Autorregistros	Recogida de datos para el A.F Adaptación al tratamiento en sujetos en los que las condiciones son adecuadas.
Autocontrol	Escalas e inventarios	Identificar poblaciones de riesgo. Medir habilidades para el tratamiento.
Habilidades Sociales	Inventarios	Medir la habilidad básica de adaptación del individuo al medio.
Variable Neuropsicológicas Estado Intelectual	Tests de inteligencia Baterías Neuropsicológicas.	Variables asociadas al funcionamiento cognitivo del sujeto.
Estado Emocional Estilo de Personalidad	Tests de inteligencia Baterías Neuropsicológicas	Variables asociadas al funcionamiento cognitivo del sujeto.

## CUADRO DE INSTRUMENTOS

<b>Variable (Medida)</b>	<b>Instrumento</b>	<b>Objetivo</b>
Estado Emocional Estilo de Personalidad	Tests Proyectivos	Recursos Yoicos Estilo de personalidad mecanismos de defensa, relaciones objetales.
Evaluación de Depresión asociada al consumo	Escalas de Depresión	Detectar aparición de conductas depresivas asociadas al consumo.
Evaluación de ansiedad asociadas al consumo	Escala de Ansiedad: Generales, específicas	Detectar conductas asociadas al consumo. Control de recaídas.
Habilidades sociales	Autorregistros	Medir la capacidad de adaptación al medio.
Variables generales asociadas al consumo, a la persona	Entrevista estructurada y semiestructurada	Determinar la conducta problema. Recogida de datos para el A.F. y para adaptar el tratamiento.
Variables de consumo Actividad del sujeto Cumplimiento de tareas	Registro e informes informes de allegados	Recogida de datos para adaptar al tratamiento. Evaluación del consumo cuando la conducta del paciente es psicopática o antisocial.
Variables antecedentes históricas y psicosociales	Autobiografía	Recogida de información en general.

## CUADRO DE INSTRUMENTOS

Variable (Medida)	Instrumento	Objetivo
Respuestas fisiológicas y bioquímicas relacionadas con el consumo	Registros fisiológicos	Detectar el consumo.
Respuestas de indicadores de salud (VIH, hepatitis)	Tabaco: CO aspirado CO Hb, Nicotina Alcohol: Alcoholemia Otras drogas	Determinar el grado de salud del sujeto.
Habilidades sociales	Observación	Capacidad de adaptación del individuo al medio.
VARIABLES PERSONALES		Capacidad de adaptación al tratamiento.
Actitudes	Autoinformes (Cuestionarios y escalas de actitudes)	Medir variables cognitivas asociadas al consumo y a la adicción. Efectos predictores del consumo.
Autoeficacia	Escalas e Inventarios	Medir variables de personalidad y las habilidades básicas para e tratamiento.

## BIBLIOGRAFIA

D. Beasley, J. *Diagnóstico y tratamiento de la drogadicción.*

### DSM IV

Fernández Ballesteros, R. *Evaluación Conductual hoy.* Edit. Pirámide.

González de Rivera Revuelta, J.L. (1993). *Toxicidad conductual de los psicofármacos. Concepto e instrumentos de medida.* Universidad de La Laguna, Revista Psiquis, vol. 14, n.º 1, pp. (9-17).

Guerra Días. D. (1992). *Instituto Deseus (Barcelona), Unidad de Conductas Adictivas.* Edit. Casas Brugue M. Barcelona.

Graña, J.L. *Evaluación e indicadores de intervención psicosocial en drogodependencia.* Dpto. de Psicología Clínica, Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid. Campus de Somosaguas. Madrid.

Rodríguez Martos, A. (1986). *Diagnóstico de Alcoholismo a tra-*

*vés de cuestionarios.* Ayto. Barcelona. Programa Aros Revista: Fons Inform, n.º. 2. Julio. pp (1-36).

Rodríguez Martos, A. (1993). *Utilidad del Munchenr Alcoholismus test (Mult) en el diagnóstico del Alcoholismo.* Barcelona. Plan Municipal D'Accio sobre drogodependencia. Revista: Atención Primaria, vol. 11, n.º. pp (185-193).

Rounsaville, B.J. (1992). *Métodos para el diagnóstico de trastornos psiquiátricos en adictos a opiáceos.* University of Yale School of Medicine. Edit. Casas Brugue M. Barcelona.

Trujols, J., Tejero, A. y Abellanes, L. (1993). *Aspectos psicológicos de la desintoxicación e intervenciones terapéuticas dinámicas.* Hospital de Sta. Crem I. Sant Pau (Barcelona). Servicio de Psiquiatría. PNSD, pp. (85-104).

Wess, R.D., Mirin, S.M. y Griffin, M.L. (1992). *Trastornos por abuso y dependencia de drogas y psicopatologías.* McLean Hospital. Edit. Casas Brugue M, Barcelona.

# ***CAPITULO III***

***AREAS DE INTERVENCION***

**A**nalizando la literatura existente en este campo, la opinión de los expertos consultados y nuestra propia experiencia, concluimos que la intervención debe centrarse en una serie de áreas que nos permitan abordar la problemática de las drogodependencias, abarcando el mayor número de variables existentes. Las áreas determinadas serían:

- Area de consumo de drogas.
- Area relacional.
- Area de ocio y tiempo libre.
- Area de formación y trabajo.
- Area de maduración personal.
- Area de autocuidados.

Dichas áreas vienen definidas por una serie de objetivos que nos ayudarán a planificar la intervención eligiendo, por tanto, las estrategias más adecuadas para su consecución.

A continuación pasamos a desarrollar estas áreas de intervención.

## **AREA DE CONSUMO DE DROGAS**

Este área puede ser considerada como el núcleo fundamental en el que la intervención se hace necesaria, ya que sin la abstinencia del sujeto y su cambio de actitud ante el consumo es difícil conse-

guir modificar otros aspectos importantes del problema y, mantener así en el tiempo dicha abstinencia.

La familia en este proceso es de gran importancia, ya que la actitud que ésta mantiene ante la drogodependencia del sujeto influye, tanto de forma positiva como negativa, en el mantenimiento del problema impidiendo, en muchos casos, que la intervención llegue a iniciarse o dificultando el desarrollo adecuado de la misma. Por eso, es imprescindible proporcionar tanto al individuo como a su familia aquellas habilidades personales necesarias para: conocer el problema en sus dimensiones reales, enfrentarse a él de manera efectiva modificando y/o aprendiendo nuevos comportamientos, y para asumir los cambios inherentes al proceso de rehabilitación.

A la hora de intervenir, por tanto, debemos intentar cubrir una serie de objetivos prioritarios a los que llamaremos objetivos generales.

Un primer objetivo general a tener en cuenta sería *la desintoxicación*, siempre y cuando las condiciones sociales y personales permitan abordarlo en un primer momento, ya que si esas condiciones no son propicias es posible que la desintoxicación sea larga y costosa a nivel personal, tanto para el sujeto que la realiza como

para la familia y los terapeutas implicados, lo que puede provocar un rechazo general por parte del sujeto y su familia a continuar con el tratamiento. Para que esto no ocurra y la desintoxicación se realice con éxito, debemos intentar inicialmente motivar al sujeto y al núcleo familiar para que sientan la necesidad de afrontar el síndrome de abstinencia y que este transcurra de forma adecuada.

Es importantísimo, del mismo modo, reducir la ansiedad anticipatoria (desmitificación del proceso) provocada por el gran número de ideas erróneas que existen sobre el síndrome de abstinencia: sus síntomas y sus efectos, mantener informados en todo momento al sujeto y su familia de los cambios que se irán produciendo, así como de la sintomatología que se manifiesta en este período.

Y por último, debemos indicar o proporcionar al individuo drogodependiente y su familia una serie de pautas de actuación para que puedan acometer correctamente todas aquellas situaciones que se vayan planteando.

Como segundo objetivo general a definir vamos a considerar el *mantenimiento de la abstinencia a la droga principal*.

Este objetivo coincide con la demanda explícita del sujeto y de la familia cuando acuden a un dispositivo donde se trabaja la absti-

nencia como fin último (programa libre de drogas).

El mantenimiento de la abstinencia va a ser una de las condiciones que el terapeuta va a imponer al sujeto como estado facilitador para conseguir otros objetivos dentro del diseño de intervención. De esta forma comprobamos que es en este punto donde terapeuta, familia e individuo convergen.

La abstinencia será unos de los indicadores a tener en cuenta a la hora de valorar la evolución del sujeto en el proceso terapéutico.

Para facilitar esta abstinencia es necesario en un primer momento la aceptación del sujeto y de su familia en una serie de pautas entre las que se puede destacar: análisis toxicológicos para comprobar esta abstinencia, control de salidas, de horarios, de dinero, abandono de amistades y conocidos consumidores, etc.

Al mismo tiempo debemos intentar que el sujeto comprenda los factores que han influido en el inicio y están manteniendo su problema adictivo, reconociendo tanto los internos y externos que inciden en el hábito de consumo, es decir, que identifique los factores de riesgo y evite aquellos factores externos que elicitaban el consumo.

Otro punto al que debemos tender, teniendo en cuenta las condiciones sociales y psicológicas del sujeto, es la supresión del consu-

mo de otras drogas, ya que esto puede facilitar el consumo de droga principal y a la vez afectar a la evolución adecuada de la intervención.

El sujeto debe desarrollar conductas alternativas e incompatibles con el consumo tanto de la droga principal como de otras sustancias.

Como tercer objetivo nos planteamos *la prevención de recaídas*. Este objetivo enlazaría con el anterior y tendría en él su continuidad.

El intervenir en este punto estaría justificado desde una visión realista del proceso de rehabilitación de una toxicomanía, donde a lo largo de este se pueden dar situaciones de consumo esporádico así como también recaídas temporales.

Es necesario que el sujeto aprenda de estos "errores ocasionales", que pueden reforzar en un futuro (si son trabajados adecuadamente) el mantenimiento de la abstinencia. Para ello trataremos de dotar al individuo de las estrategias de identificación y control sobre situaciones de riesgo (internos y externos, generales y específicos). Haremos especial hincapié en el consumo de otras sustancias como elementos de riesgo para la ruptura de la abstinencia, intentando a su vez evitar que el sujeto sustituya la droga principal por cualquier otro tóxico.

Asimismo, conviene que aprenda a resolver adecuadamente situaciones de consumos esporádicos, diferenciando estas situaciones de aquellas que puedan provocar una recaída que suponga un abandono del tratamiento.

El sujeto debe conocer la función que la droga cumple en su vida y a su vez debe modificar su actitud frente a las sustancias adictivas, elementos claves a tener en cuenta para evitar un retorno a comportamientos adictivos.

Como cuarto objetivo en éste área vamos a considerar *el entrenamiento a familiares para detectar factores de riesgo y posibles consumos*. La familia juega un papel prioritario a la hora de detectar factores de riesgo que pueden desencadenar consumos esporádicos o recaídas que retrasen o paralicen el proceso terapéutico. Ante estas situaciones es necesario que actúen no sólo como elemento de contención, sino también, y quizá más importante, como apoyo eficaz para que el individuo supere estos momentos de crisis.

Como quinto y último objetivo establecemos *la modificación de actitudes de la familia ante otras drogas*.

Deberemos conocer actitudes y conductas inadecuadas respecto a estos consumos en el medio familiar, ya que van a influir en el comportamiento y actitudes que mani-

fiesten los sujetos adictos e intentar modificar aquellos hábitos que favorezcan el consumo de drogas (legales e ilegales) en la familia, convirtiendo a ésta en un modelo que favorezca comportamientos saludables en los sujetos.

## AREA RELACIONAL

Si estamos de acuerdo en considerar el fenómeno de las drogodependencias como una interrelación entre factores personales, de la propia sustancia y ambientales, debemos estimar este área como uno de los elementos más influyentes no sólo en el inicio y mantenimiento de la adicción, sino también en el éxito o fracaso de la rehabilitación, ya que su adecuación va a posibilitar una modificación en el estilo de vida del sujeto y, por ende, en el mantenimiento de la abstinencia.

Una vez señalados, en apartados anteriores, los objetivos a trabajar correspondientes al sujeto y su resistencia ante la oferta de sustancias, es imprescindible intervenir en el medio social del individuo. Esta intervención se centrará principalmente en su contexto microsocial o más próximo al drogodependiente (amigos, familia) sin olvidar, desde la intervención comunitaria, los cambios necesarios que deberían realizarse en el contexto macrosocial, cuyo desarrollo excede el ámbito de este trabajo.

Los puntos claves (objetivos generales) en los que proponemos hacer especial hincapié serían: en primer lugar *un incremento en la capacidad de comunicación y relación del sujeto con su entorno.*

Es importantísimo no sólo el tipo de vínculo que el drogodependiente establece con su medio, sino también la calidad de éste. Las drogas van a producir un aislamiento social del que es necesario sacar al individuo. Para conseguirlo debe aprender a iniciar y mantener relaciones afectivas adecuadas, implicándose personalmente.

Asimismo, debemos conseguir que manifieste una actitud positiva hacia personas y grupos no vinculados con la droga, favoreciendo así su inclusión en este tipo de ambientes, y siendo necesario el abandono de relaciones anteriores asociadas con el consumo.

No debemos olvidar también su incapacidad, en muchas ocasiones, para resolver conflictos interpersonales de manera adecuada, lo que puede provocar la ruptura con su grupo de iguales o sus familiares. Para que ello no ocurra es necesario que reciba el entrenamiento oportuno en la resolución de dichos conflictos.

Como segundo objetivo propuesto en la intervención, dentro de éste área, señalamos *la modificación y normalización de las relaciones familiares.*

La familia, como ya se ha señalado en numerosas ocasiones, es de vital importancia en el proceso de rehabilitación, favoreciendo o impidiendo la eficacia del mismo; además podemos considerarla como el contexto socializador más próximo e importante se encuentra la familia, y deben establecerse relaciones que les permitan, tanto a unos como a otros, adecuarse a una dinámica familiar particular y eficaz que va a favorecer el mantenimiento de la abstinencia del sujeto drogodependiente y el desarrollo personal, a todos los niveles, de todos los miembros que la componen.

Para conseguir este objetivo debemos inducir cambios de actitudes en la familia con respecto a los problemas que se generan dentro de ella, y posibilitar el desarrollo de comportamientos eficaces en todos los componentes de la misma, eliminando aquellas actuaciones que impidan el establecimiento de relaciones normalizadas o la consecución de normas de convivencias adecuadas.

Asimismo desarrollaremos, en el seno familiar, estrategias que favorezcan la expresión de emociones permitiendo, como consecuencia, la resolución eficaz de los conflictos.

Por último señalar, dentro de la intervención familiar, la mejora de las relaciones de pareja y de las relaciones sexuales del drogode-

pendiente pues se consideran una fuente importante tanto de conflictos como de satisfacciones que es necesario eliminar y/o mantener para el adecuado equilibrio del sujeto.

## **AREA DE OCIO Y TIEMPO LIBRE**

La intervención en el área de ocio y tiempo libre dentro de un programa de rehabilitación de las drogodependencias está justificada por el escaso aprovechamiento, uso y disfrute de este tiempo por parte de los sujetos con esta problemática.

Dentro del estilo de vida consumidor, gran parte del tiempo del adicto a drogas gira en torno a la búsqueda de la sustancia, a su consumo y al estar bajo sus efectos. Cuando estos dejan de existir, se cierra el ciclo empezando de nuevo la búsqueda de la droga.

Una vez el sujeto abandona el consumo y consigue retomar o empezar a asumir tareas cotidianas, o bien, empieza su estabilización a nivel formativo, laboral o prelaboral, las horas dedicadas a estas actividades resultan útiles, les hace sentirse mejor pero ¿qué hacer con el tiempo libre, con el tiempo de ocio?

Es necesario motivar y preparar al sujeto para la ocupación y dis-

frute de este tiempo ya que le va a permitir desarrollar conductas y actividades gratificantes, alternativas al consumo de drogas, que serán elementos claves para el desarrollo y mantenimiento de un estilo de vida normalizado.

El primer gran objetivo de este área será el *cambiar la actitud del sujeto*, ahora no consumidor, *ante el tiempo libre*.

Para conseguirlo será necesario que en primer lugar reconozca la diferencia entre tiempo de ocupación y tiempo libre. Es importante que no identifique el tiempo libre, con tiempo de no-ocupación, de inactividad, de descanso. El sujeto drogodependiente, como sujeto tendente al "acting", a la acción, suele valorar muy positivamente, una vez conseguido retomar la actividad formativa o laboral, el tiempo dedicado a tales ocupaciones y suele "vivir" muy mal el tiempo libre, viéndolo como una "carga", como un tiempo de "agobio".

Por otro lado, se da la asociación en el drogodependiente del tiempo libre como tiempo de consumo. El ocio es el consumo, no se conoce otra forma de diversión.

Estas dos ideas, será necesario reconvertirlas y hacer que consiga tener una valoración distinta y positiva de este tiempo, como tiempo que puede aprovechar para obtener gratificaciones que le resarzan

de la vida cotidiana a la que debe adaptarse.

Como segundo objetivo se pretendería en esta área el conseguir *una ocupación adecuada de este tiempo de ocio*.

A menudo encontramos, en el sujeto con problemas de drogas, grandes dificultades para conseguir este objetivo. En muchas ocasiones no identifica los espacios de ocio que le ofrece su entorno cercano, desconoce su existencia y cuando logra reconocerlos no sabe como acceder a ellos. La labor terapéutica estará encaminada a motivar al sujeto para que conozca este tipo de recursos, se dirija a ellos y sea capaz de utilizarlos.

Por otro lado, el sujeto no sólo debe conocer los distintos recursos de ocio a su alcance, sino que debe descubrir y generar un ocio más individualizado, descubrir sus posibles intereses e inquietudes en este tema.

Debe ser capaz de identificar entre las posibilidades de ocio (comunitario y personal) aquellas que le resulten verdaderamente gratificantes para sí mismo, evitando caer en tópicos con respecto al uso del tiempo libre.

El sujeto debe ser entrenado para que sea capaz de planificar sus actividades, en este campo, de manera realista y adecuada a sus posibilidades físicas, económicas, sociales, etc.

## AREA DE FORMACION Y TRABAJO

Una de las metas principales de cualquier programa de rehabilitación de toxicómanos será la correcta inserción de los individuos, en el marco social donde se desenvuelven, siendo este área formativo-laboral elemento facilitador para conseguirlo.

Los sujetos con problemas de adicción a drogas arrastran una historia toxicológica larga que, en muchos casos, ha tenido su inicio a una edad temprana, lo cual, unido al estilo de vida propio de los drogodependientes, suele provocar el corte o la no integración de los sujetos en el proceso formativo, inicialmente, así como su falta de incorporación a puestos de trabajo estables o el mantenimiento de los mismos.

Por otro lado, el posible daño provocado por las sustancias ha podido dificultar los procesos normales de aprendizaje de una serie de habilidades y capacidades cognitivas necesarias para el correcto desarrollo de los ex drogodependientes en el mundo formativo-laboral, por lo que será necesario su correcta evaluación y entrenamiento, marcándonos por esto como primer objetivo *la recuperación de las capacidades cognitivas deterioradas que dificultan la incorporación del sujeto al ámbito formativo-laboral.*

Para conseguir esta recuperación será necesario trabajar con las capacidades concretas que nos vendrán dadas por la correcta evaluación de las mismas.

Por otro lado, debido al estilo de vida del adicto, será necesario trabajar en la adquisición y desarrollo de capacidades que le permitan la planificación de tareas, así como la creación de los hábitos necesarios para el estudio.

La consecución de este objetivo ayudará a los drogodependientes a conseguir el éxito en las metas que se propongan en este sentido, y evitará, en muchos casos, que lleguen a situaciones de riesgo, que de otra manera con los fracasos a los que pudieran verse abocados, podrían llegar.

Como segundo objetivo trabajaremos en la *adquisición de hábitos prelaborales*, ya que como se menciona anteriormente el estilo de vida del adicto le ha dificultado desarrollarlos.

Para la consecución y mantenimiento de cualquier puesto de trabajo será necesario que el sujeto aprenda a demorar refuerzos, así como a seguir una serie de normas y horarios.

Por otro lado, al iniciar un estilo de vida más normalizado con su inclusión en un puesto de trabajo, el sujeto se verá forzado a manejar dinero, el cual deberá aprender a utilizar manteniendo el control

sobre el gasto, así como también deberá controlar las salidas y las relaciones con los compañeros de trabajo. En relación a estas, es posible que sea necesario dotar al sujeto de las habilidades necesarias para enfrentarse a situaciones novedosas para él y que, en muchos casos, pueden resultar conflictivas, aprendiendo a evaluar y resolver las mismas de una forma adecuada.

Como tercer y último objetivo a trabajar en este área estaría *la orientación y formación de cara a la inserción laboral*.

Los sujetos inmersos en un problema de drogas normalmente no han sentido la necesidad de seguir una formación académica, reglada u orientada a la formación profesional, por lo que un primer paso imprescindible será motivar a los individuos hacia una mayor formación.

Por otro lado, estos individuos suelen tener unas expectativas poco realistas sobre sus posibilidades tanto formativas como laborales, sin que en muchos casos coincidan sus intereses con sus aptitudes, por lo que en ocasiones será necesario realizar una orientación vocacional que ayude a los individuos a orientar su formación académica y prelaboral para obtener el mayor éxito posible.

Asimismo será necesario motivar a los sujetos a la búsqueda

efectiva de un trabajo, entrenándoles en las habilidades más apropiadas para conseguirlo.

## AREA DE MADURACION PERSONAL

Este área es importante en el tratamiento del drogodependiente ya que en la persona adicta se dan una serie de déficits como son: baja autoestima, dificultad para planificar a medio y largo plazo, poca tolerancia a la frustración, dificultad para anticipar las consecuencias de su comportamiento, altos niveles de ansiedad y estrés, etcétera que hacen necesario un abordaje para fomentar su madurez personal.

El objetivo final de la intervención en este área será conseguir la adquisición de la autonomía del sujeto frente al entorno y el desarrollo de capacidades propias como la responsabilidad, autocontrol emocional, adecuada valoración personal, criterios propios y capacidad para resolver de la forma más eficaz posible los problemas que su situación personal le planteen.

El primer objetivo será *aumentar la capacidad de autocontrol y reducir el estrés*, para ello es necesario conocer cuáles son las principales fuentes de estímulos que producen estrés, en una primera etapa referidos al consumo

de drogas, para más tarde generalizar a todo su entorno personal.

Es necesario conocer sus pensamientos inadecuados, automáticos e irracionales para neutralizarlos desarrollando respuestas eficaces antes situaciones que supongan una disminución o pérdida de la capacidad de autocontrol.

Debemos fomentar un comportamiento asertivo para conseguir un adecuado afrontamiento de los condicionantes, tanto internos como externos que provocan una pérdida de control del sujeto.

Como segundo objetivo nos planteamos *la mejora y fomento de la autoestima*, ya que sin duda, el comportamiento adictivo produce una falla en la percepción de su valía personal, así como rigidez e intolerancia hacia su persona.

Es necesario trabajar la crítica patológica, conocer sus autocastigos, suprimir las distorsiones cognitivas y la falsa compasión y, paralelamente, identificar e incrementar aspectos positivos, dotes y cualidades de la persona, minimizando y aceptando aspectos negativos. Desculpabilizar su comportamiento erróneo fomentando, una vez conocidos sus recursos y valía, la aceptación plena de sí mismos.

El tercer objetivo es *adquirir una adecuada capacidad de planificación*, definiendo, como primera

medida objetivos a corto, medio y largo plazo de forma realista que le permitan conseguir las metas personales que se proponga, para ello es primordial que adquiera la habilidad de demora de la satisfacción inmediata para conseguir logros de mayor alcance.

Un paso más nos llevará a que la persona identifique sus situaciones problema y adquiera las habilidades necesarias para reconvertirlas de forma eficaz.

Por último fomentaremos el desarrollo de la iniciativa personal que permita realizar, tanto las metas propuestas, como las que se proponga en el futuro.

El último objetivo a conseguir dentro del área de maduración personal sería *el fomentar la responsabilidad*, que implicaría la aceptación de normas en cuanto a manejo de dinero, horarios de llegada, obligaciones en casa, llegar a acuerdos con su familia y entorno más próximo, siendo capaz de aceptar las consecuencias negativas y positivas que se derivan de su comportamiento.

Será necesario trabajar el lugar y función que ocupa en su familia, asumiendo su rol y las consecuencias derivadas de éste.

Por último desarrollar nuevas formas de enfrentarse a situaciones derivadas de las responsabilidades adquiridas o aceptadas.

Este objetivo es importante en el proceso de maduración porque implica que la persona ha llegado a aceptar que el problema de su adicción no es de otros, que él es parte activa, tanto en el proceso que le llevó a la adicción, como en el proceso actual de rehabilitación y que tiene las armas y recursos personales para superar su actual situación.

## AREA DE AUTOCUIDADOS

Este área es importante, las drogodependencias tienen asociados muchos problemas orgánicos, consecuencia del descuido generalizado que se produce en el adicto debido tanto al consumo, como a la búsqueda de sustancias, siendo necesario que el individuo adquiera estrategias de autocuidado de cara a incrementar su responsabilidad sobre su propia salud y la de los demás.

*El objetivo final es lograr que el individuo y su familia acepte la salud como un valor fundamental por medio de la adquisición de hábitos saludables, así como la modificación de hábitos no saludables.*

El fomento de prácticas eficaces de higiene como: ducha diaria, lavado de dientes, manos limpias, cambio de ropa, etc.

Adquirir y desarrollar comportamientos de seguridad como: utili-

zar preservativos en las relaciones sexuales, no intercambiar jeringuillas (usarlas desechables), no compartir objetos cortantes que hayan podido estar en contacto con sangre (maquinillas de afeitar, cepillo de dientes, etc.) especialmente indicado en los adictos que tengan el VIH.

Asimismo es importante recalcar el no automedicarse, acudiendo al médico a revisiones y controles médicos.

También es importante que adquieran unos hábitos de alimentación equilibrada y sana que incluyan en su dieta leche, pan, fruta, verdura, carne o pescado, huevos, legumbres, pasta o arroz en la frecuencia y cantidades adecuadas. Evitará bebidas alcohólicas así como comidas picantes o con especias. También es importante que tengan un horario adecuado de comidas.

Se recomienda adquirir e incrementar una actividad física regular como pasear, montar en bicicleta, acudir a un gimnasio o polideportivo, correr, nadar, etc.

Por último es necesario desarrollar habilidades de manejo y enfrentamiento a los procesos de enfermedad, especialmente en el caso de aquellos que hayan adquirido alguna enfermedad hepática, respiratoria, digestiva o infecciosa.

**OBJETIVOS A CONSEGUIR EN EL AREA DE CONSUMO DE DROGAS**

- 1.- Desintoxicación
- 2.- Mantener abstinencia a la droga principal
- 3.- Prevención de recaídas
- 4.- Modificación del estilo de vida
  - Conocimiento y modificación de actitudes frente a otras drogas
  - Conciencia de drogodependencia
- 5.- Entrenamiento a familiares para detectar:
  - Consumo
  - Factores de riesgo
- 6.- Modificación de actitudes de la familia ante otras drogas

**OBJETIVOS A CONSEGUIR EN EL AREA DE MADURACION PERSONAL**

- 1.- Aumento de la capacidad de autocontrol
- 2.- Mejora y fomento de la autoestima
- 3.- Adquirir la capacidad de planificación
- 4.- Fomento de la responsabilidad

**OBJETIVOS A CONSEGUIR EN EL AREA RELACIONAL**

- 1.- Incrementar la capacidad de comunicación y relación del sujeto con su entorno
- 2.- Modificar y normalizar la relación familiar

**OBJETIVOS A CONSEGUIR EN EL AREA DE  
FORMACIÓN Y TRABAJO**

- 1.- Adquisición de hábitos prelaborales
- 2.- Orientación y formación cara a la reinserción laboral
- 3.- Recuperación de la capacidades cognitivas deterioradas que dificultan la incorporación del sujeto al ámbito formativo-laboral

**OBJETIVOS A CONSEGUIR EN EL AREA DE  
OCIO Y TIEMPO LIBRE**

- 1.- Cambiar la actitud del sujeto ante el "Tiempo Libre"
- 2.- Conseguir una ocupación adecuada del tiempo de ocio

**OBJETIVOS A CONSEGUIR EN EL AREA DE  
AUTOCUIDADOS**

Lograr que el individuo y su familia acepte la salud como un valor fundamental por medio de la adquisición de hábitos saludables, así como la modificación de hábitos no saludables.

# ***CAPITULO IV***

***TECNICAS DE INTERVENCION***

# **1.- LA TECNICA DE INTERVENCION DE LA TERAPIA FAMILIAR EN UN CASO DE TOXICOMANIA DESDE LA PERSPECTIVA SISTEMICA-RELACIONAL**

---

## **INTRODUCCION**

**L**a presencia de la familia en el tratamiento de la toxicomanía no sólo resulta habitual sino también necesaria por lo que, la participación activa de la misma, posibilita una mayor y más eficaz resolución de la problemática adictiva pues ésta se fundamenta en el marco evolutivo del individuo, bien porque el adicto se ha quedado fijado a un ciclo encontrándose envuelto en él, o bien porque se encuentra excesivamente apegado a la familia por otros motivos.

Los factores que determinan una demanda de los toxicómanos vienen dados por la naturaleza y las características que configuran la constitución familiar: fase evolutiva y ciclo vital del individuo, duración de la conducta sintomática y grado de adicción, implicación del paciente en la dinámica familiar, intentos previos de ayuda.

La intervención de la toxicomanía en Terapia de Familia es deliberada, orientada a modificar o alterar el síntoma presente, enfatizando el reordenamiento particular

de la estructura de relaciones familiares con la finalidad de obtener una solución rápida del problema adictivo.

La Terapia Familiar es entendida como un proceso comprendiendo diversas fases que permiten ir sistematizando los pasos sucesivos hacia la consecución de los objetivos. El proceso terapéutico es el hilo conductor entre una entrevista y la sucesiva, resultando esencial el factor tiempo para que se produzca el cambio terapéutico ya que éste estaría en función del acierto de la hipótesis explicativa, la estrategia terapéutica escogida y el tiempo que cada familia necesita para que los cambios observables se produzcan. El proceso es entendido por cada terapeuta de manera particular, acorde a sus presupuestos teóricos, las modalidades y estilos de intervención, pero lo importante es que el terapeuta sepa por qué y para qué hace una determinada intervención en la sesión.

Sin embargo, hay que reseñar algunos principios técnicos que permanecerán estables e invariables a lo largo del tratamiento y

que resultan básicos tanto para la conducción de las entrevistas como para la consecución de los cambios en pro de alcanzar los objetivos y los cambios de dirección en la elección de estrategias propuestas: (M. Selvini Palazzoni y cols. 1980).

### **A. Hipotetización**

Se realizan hipótesis explicativas a lo largo de todas las fases del proceso y sirven de obtención de una información distinta a que la familia ofrecería en la entrevista. Las hipótesis deben ser sistémicas en cuanto incluyen y abarcan el funcionamiento global de todo el sistema.

### **B. Circularidad**

O "capacidad del terapeuta para llevar su investigación basándose en las retroacciones de la familia a las informaciones que él mismo ha solicitado en términos de relación... de diferencia y cambio".

Para esta finalidad se establecen algunas de las siguientes pautas en cada entrevista:

- La inclusión de un tercer miembro de la familia permitiendo obtener la información entre todos ellos, lo cual supone una modalidad triádica de observar la relación.

- Se recogerán comportamientos interactivos específicos en circunstancias específicas sin hacer alusión a sentimientos ni interpretación (hay diferencias entre escuelas respecto a la interpretación).
- Se recogerá la graduación de los distintos miembros de la familia en relación a un comportamiento concreto.
- Se buscarán cambios en la relación antes y después de un acontecimiento preciso.

### **C. Neutralidad**

En virtud de este principio, el terapeuta debe conducir la sesión de tal modo que al final de la misma, la familia no pueda decir con quién o contra quién estuvo el terapeuta, ni que juicios emitió sobre uno u otro de los miembros, o sobre sus respectivos comportamientos, o sobre la familia como totalidad.

Por último, recordaremos que la fase de diagnóstico y de tratamiento se entrelazan de tal manera que deben verse simultáneamente, aunque, por razones metodológicas o didácticas, vamos a separar las diversas fases del proceso, desarrollando para ello los distintos puntos del procedimiento de intervención de la Terapia Familiar en la conducta adictiva sin pretender agotar o dejar de consi-

derar otras modalidades de intervención desde la perspectiva sistémica relacional, pero que si puede servirnos a modo de ejemplificación.

## FASE DE EVALUACION EN TERAPIA FAMILIAR

### EL CONTACTO INICIAL

Es importante saber quién es el designado por la familia para establecer el primer contacto de petición de la atención. A veces la petición de ayuda la solicita el propio paciente, por lo que es conveniente indicarle que la presencia familiar facilitaría la tarea del terapeuta. La propia reacción del paciente nos sirve de indicio acerca del conocimiento de la familia respecto del consumo de la droga.

Se recomienda citar al paciente a la primera entrevista sin mediar un período largo a partir del primer contacto ya que indicaría al paciente que el centro, y/o terapeuta, es sensible a la necesidad de ayuda. Por otro lado, una espera prolongada aumentaría la probabilidad de anulación o abandono de dicha petición.

Otro problema a tener en cuenta es el derivante pues no podemos olvidar que la familia y el paciente llegan al centro a través de distintas instituciones u otros re-

ursos asistenciales, Servicios Sociales, Asociaciones, Instancias Legales, etcétera, con quienes suelen establecer un doble vínculo donde la aclaración y resolución del mismo es esencial para el establecimiento de un contexto terapéutico futuro.

### LA PRIMERA ENTREVISTA

Existen muchas publicaciones sobre la primera entrevista en Terapia Familiar. Señalaremos algunas características técnicas esenciales sin pretender abarcar todos los aspectos:

**La Técnica:** Está condicionada por la orientación del terapeuta en función de la mayor o menor proximidad entre paciente-terapeuta y la directividad del terapeuta en torno a lograr información de cada miembro por separado o a favorecer las interacciones entre los miembros de la familia, quedando el terapeuta alejado, como un observador.

**Las Fases:** Podemos considerar las siguientes fases, aunque es variable dependiendo de la orientación. La primera hace referencia a la presentación a los miembros de la familia por parte del terapeuta, a la dirección de la entrevista en cuanto a qué información prevalece, a la elección de qué tema se trata... Por lo tanto, se establece implícita o explícitamente una regla fundamental de la familia co-

mo complementariedad con el terapeuta. La segunda sería la definición del problema por cada miembro de la familia. La tercera hace referencia a la pausa en la cual se discute las hipótesis y se prepara la conclusión, incluyendo el cambio de manera concreta (no todos los terapeutas disponen de esta fase por lo que finalizan la entrevista sin ésta). La cuarta fase sería la conclusión de la entrevista en la que el terapeuta se pronuncia sobre la indicación o conveniencia de una intervención familiar. (A veces se requiere más de una entrevista hasta conocer el sistema familiar, los miembros de la familia disponibles, completar la información de la primera entrevista, etc.)

**Los objetivos:** Ya hemos señalado algunos de los mismos al referirnos al derivante por lo que resulta importante marcar desde el inicio el contexto como terapéutico. Más adelante ampliaremos este tema de los objetivos.

**Estructura de la entrevista en toxicomanía:** En el encuentro paciente-terapeuta se van estableciendo muchas reglas transaccionales en las que el terapeuta debe saber qué aspectos enfatizar primero y cuáles dejar para un segundo momento. Es importante estructurar la entrevista dividiéndola en los siguientes temas de cara a indagar y encarar posibles dificultades. Entre las cuestiones a tratar podemos reseñar:

- a) La historia de consumo de drogas que incluye los años de consumo, tipo de droga, frecuencia, tratamientos previos con o sin profesionales, fracasos y éxitos de los mismos, etc.
- b) Historia clínica permitiendo saber cómo la familia resolvió crisis anteriores, detectar crisis transgeneracionales que resultaron adaptativas a ciertos problemas.
- c) Motivos de consulta actual. Es primordial indicar si el paciente está dispuesto a abandonar las drogas o si existe algún motivo no expresado explícitamente. El abordaje de este tema representa un intercambio de base para las entrevistas futuras.
- d) Metas e intereses personales que tiene el paciente sobre el futuro que permitan ir dibujando qué hacer una vez abandonado el hábito. Se indaga también sobre actividades de ocupación.
- e) La participación de la familia como elemento de apoyo es esencial en el pronóstico del tratamiento.
- f) Otros temas asociados a la subcultura de la droga, conductas antisociales, enfermedades contagiosas, asuntos judiciales, etcétera, que pudieran condicionar aspectos del tratamiento.

El final de la entrevista supondría el cierre de la fase de evalua-

ción tomado desde el punto de vista metodológico. Sin embargo, como la toxicomanía se aborda dentro del ámbito interdisciplinar, la evaluación abarca al área médica y social que, junto con la psicología, va a determinar la modalidad y programa de tratamiento que se concretará en el contrato terapéutico.

## INSTRUMENTOS TECNICOS

Las diversas formas de intervención en las entrevistas por parte del terapeuta están en función de ciertos objetivos que vamos a destacar:

### A) Técnicas utilizadas en la entrevista:

1) *La conducción de la entrevista como instrumento de cambio*: La manera de conducir la entrevista permite introducir información en el sistema familiar modificando y/o cambiando estructuras existentes.

Muchas de las intervenciones recogidas en el epígrafe de creación de atmósfera son utilizados en esta modalidad.

2) *Tareas dentro de la entrevista*: El terapeuta puede servirse de ciertas tareas orientadas a alentar a ciertas relaciones o bloquear otras, o bien a buscar alianza con algún miembro del sistema familiar con el fin de desequilibrar el funcionamiento sistémico.

3) *Técnicas cognitivas*: La connotación positiva, entendida como el connotar positivamente el síntoma así como el resto de los comportamientos sintomáticos de la familia.

El comentario debe incluir a todo el sistema evitando términos como "bueno o malo". Esta técnica trata de valorar positivamente la morfostasis (tendencia al equilibrio) familiar para que sea ésta quien asuma la tendencia hacia el cambio.

4. *Redefinición*: Esta técnica se propone modificar la manera en que la familia percibe el problema. Redefinir el síntoma hace que se convierta en parte del sistema familiar y se definirá como una conducta que obedece a motivos benévolos.

### B) Técnicas utilizadas en la conclusión de la sesión:

1) Los comentarios: Todos los enunciados que se hacen al final de la sesión tienen mucha importancia, ya que pueden estar orientados como expresión de la morfostasis del sistema o bien como expresión de la morfogénesis (tendencia a la transformación).

2) *Técnicas conductuales*: Son técnicas utilizadas entre sesión y sesión entendidas como un ensayo de otras conductas distintas a las habituales. Son tareas directas que tratan de dar respuesta a los problemas que

plantea el paciente. Está indicado cuando éste necesita ensayar una conducta nueva o cuando colabora como primera intervención.

## CONTRATO TERAPEUTICO

El inicio de la terapia comienza en el mismo momento en que el terapeuta y la familia establecen un contrato terapéutico. Garantiza que la relación entre familia y terapeuta se precise de forma clara y debe incluir:

- **Número de sesiones.** Hay cierto margen en torno al número de sesiones aunque resulta esencial limitar la terapia en el tiempo que podríamos comprender de 10 a 20 sesiones.
- **La periodicidad de las sesiones.** La frecuencia está en función de las dificultades encontradas en la consecución de los objetivos y de las crisis que se presentan durante el tratamiento.
- **Los miembros que deben asistir.** En función de las necesidades de cada momento de la terapia acorde a los criterios del terapeuta.
- **Cuestiones de horario y lugar de las sesiones.**
- **Características del proceso adictivo.** Hacer hincapié principalmente en el factor tiempo y

la necesidad de implicación en diversas actividades llevadas a cabo en el centro.

- **Objetivos de la terapia.** Los objetivos son los elementos fundamentales del contrato. Establecerlos desde el principio compromete a la familia y al terapeuta en un trabajo común. Los objetivos son variables a lo largo del tratamiento pero se precisan unos objetivos básicos desde el comienzo. Para la precisión y definición de todos ellos se necesitan varias entrevistas y se requiere la utilización de estrategias específicas. La concreción de los objetivos se detallará más adelante.

## REDEFINICION DEL CONTRATO TERAPEUTICO

Debido al carácter abierto, la susceptibilidad de los cambios y las modificaciones que tienen lugar en el proceso terapéutico, se hace necesario dejar abierta la redefinición del contrato terapéutico que se realizará según los siguientes criterios:

- Cuando la terapia avanza en la dirección de los objetivos planteados y los tiempos establecidos, ayudando a acomodar las fases sucesivas.
- Cuando la actuación terapéutica encuentra resistencia en puntos nodales y las intervenciones resultan ineficaces.

- Cuando reaparecen cuestiones de orden secundarios pero que están relacionados con el problema principal.

### **LA EVALUACION DE PAUTAS DE CONDUCTA QUE MANTIENEN EL PROBLEMA ADICTIVO**

La utilización del contrato inicial junto con las entrevistas sucesivas nos permiten recoger información, comprender qué está sucediendo en torno al síntoma-problema en colaboración con la familia.

Es importante enfatizar conductas concretas y observables como medio de contrarrestar la actitud evasiva del toxicómano. La intervención se centrará en torno a cómo discuten el problema, cómo manejan la intervención los miembros de la familia, qué se omite, qué se prioriza.

En esta fase el diagnóstico se pretende saber cómo funciona la familia acerca de una serie de áreas:

- a) Area de cambio.
- b) Area de relación con el toxicómano; la familia, los estudios, la actividad profesional, otras actividades, etc.
- c) Area de la dinámica familiar en la que se registra información en torno a los dobles vínculos,

triangulaciones, reglas y clases de la familia, juego manipulativo del síntoma, ejercicio de poder, presión de las actitudes educativas de los padres, tipología familiar, secretos familiares, etc.

- d) Area de comportamientos que comprende:

- Comportamientos afectivos que regulan potenciadores de estabilidad y crecimiento.
- Comportamientos restrictivos susceptibles de cambio.
- Comportamientos necesarios para lograr una autonomía acorde a la personalidad del paciente.

- e) Area acerca de los elementos familiares que refuerzan y hacen persistente el síntoma:

- Efectos del beneficio secundario

### **LOS INSTRUMENTOS TECNICOS**

Son numerosos los instrumentos técnicos utilizados para la evaluación de las áreas mencionadas, alguna de ellas:

- Entrevista de diagnóstico de la familia.
- Técnica de cambio de roles.
- Test interactivo.
- Dibujo hecho por la familia.

- Cuestionario QW/F.
- Escultura familiar.
- Otros.

Cabe señalar algunas características técnicas de cara a afrontar la defensividad manifestada por las familias de toxicómanos. En consecuencia, las técnicas de confrontación resultan poco útiles y, por el contrario, despiertan grandes resistencias e incluso contrataques a la labor terapéutica. Asimismo la intervención paradójica, como la prescripción de síntoma, no es aconsejable en los casos de toxicomanía por varias razones, la habilidad de estas familias resulta tan grande que el manejo de las paradojas puede volverse en contra de los objetivos; la aplicación de tales prescripciones puede presentarnos problemas éticos al tener que indicar a los mismos pacientes que consuman drogas, indicación implícita en la misma concepción de la técnica prescripción del síntoma, y por la misma naturaleza de crisis en la que se encuentran los toxicómanos cuando deciden iniciar un tratamiento.

Por otro lado, resulta más conveniente la utilización de la connotación positiva y la redefinición que entrañan atribuciones nobles y nos permiten eficazmente hallar alianzas con los padres, no provocar sentimientos acusatorios con el consiguiente sentimiento de culpa tan acusado entre estas familias.

## **FIJAR LOS OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO**

Es preciso definir los objetivos en términos de conductas concretas y observables por las razones que hemos señalado anteriormente y porque evita posibles negociaciones una vez avanzado el tratamiento. Por otro lado, resulta de gran ayuda en la facilitación del cambio en el tiempo establecido y provee de un cierto criterio de logro terapéutico. Es necesario que se establezca un orden de prioridades así como las competencias del paciente y de la familia. Por lo tanto, la prioridad de objetivos seguirá en este orden:

## **NEGOCIACION DE METAS**

Las metas de la terapia se negociarán desde el principio con la familia. Se brinda a ésta la sensación de que el tratamiento tiene un rumbo, les indica que pueden obtener un beneficio al mismo tiempo que se les infunde una esperanza al poder explicarles lo que está sucediendo.

Los objetivos de la primera negociación se concretan en:

- Abandono de la droga.
- Conseguir abstinencia y mantenerla.
- Planificación de actividades sencillas y cotidianas.

Los objetivos de la primera fase giran en torno al abandono del hábito de las drogas (pueden verse otros objetivos recogidos en el capítulo de las áreas). Es frecuente la actitud de ambigüedad de la familia respecto a las metas, y el toxicómano suele oponerse a alguna de ellas. Por ello, el terapeuta debe modelar gradualmente dichas metas, y debe saber esperar a que la conducta manipuladora surja entre los miembros de la familia en lugar de enfrentarla.

Partimos de algunos elementos técnicos que nos resultan válidos en esta fase, como son las pautas de la desintoxicación y la contención familiar entre otros.

### **RESOLUCION ESTABLE DEL TEMA DE DROGAS**

Las sesiones se dedican a resolver el tema de la droga hasta que se haya alcanzado de forma estable el hábito del consumo. La superación del consumo de la droga es un criterio básico de éxito y su logro da un gran sentido al tratamiento. Es necesario una gran flexibilidad acorde con el patrón de uso de drogas revelado por el toxicómano, la reacción de la familia y la relación terapeuta- familia.

Los objetivos concretos de esta fase son:

- Enfatizar las tentaciones y los deslices hacia el consumo.

- La concentración sobre conductas a nivel doméstico y cotidiano. Para la realización de este objetivo partimos con algunos apoyos técnicos, como las pautas de convivencia, buscar responsabilidades específicas dentro del sistema familiar, normas de funcionamiento en el sistema familiar, etc.
- Revisión de situaciones que inciden en la droga como puede ser los antiguos compañeros consumidores, las nuevas actividades, relación y comunicación con los miembros de la familia.
- Favorecimiento de actividades laborales, formativas y/o profesionales.

La existencia de crisis relacionada con la droga se maneja manteniéndola dentro del ámbito de la familia. A veces los padres no presentan la firmeza necesaria ante la situación de crisis, pudiendo asumirla el terapeuta para que los padres se interesen por el hijo toxicómano. Hay que cuidar la técnica de la confrontación ya que genera resistencias en el paciente y su familia como se ha señalado anteriormente.

En cambio, la concentración en las conductas concretas es una estrategia, utilizada por algunos autores como Haley, que facilita y neutraliza la conducta evasiva del toxicómano.

Resulta importante en esta fase la utilización del tiempo en forma productiva por lo que se enfatizará sobre las actividades de formación.

### **FOCALIZACION DE CONDUCTAS CONCRETAS Y OBSERVACIONES**

Resulta prioritario conseguir una situación de vida estable y relativamente autónoma atendiendo a las posibilidades de cada paciente. Para realizar con éxito esta meta hay que atender los objetivos siguientes:

- Atender la aparición de conflictos escondidos
- Observaciones de las secuencias y representaciones de patrones repetitivos en sesiones con repercusión en el consumo. La resolución de otros conflictos aparecidos, especialmente el conflicto triádico básico entre pacientes y padres es esencial para que el tratamiento tenga éxito. Los recursos estratégicos más frecuentes son el reparto de responsabilidades, las tareas directas a uno de los padres con la finalidad de implantar otro tipo de relación y la incorporación de otros familiares o amigos para fortalecer el respaldo natural.
- La modificación de síntomas y la asistencia a los movimientos dentro del sistema familiar para

lograr desenganchar al paciente de la dinámica familiar, facilitando la mejor autonomía personal.

Para esta finalidad, nos apoyamos en estrategias como la integración del paciente en medios comunitarios, el afrontamiento de los problemas surgidos en el seno de la familia y la toma de decisiones.

La manipulación de crisis es una estrategia consistente en provocar una situación en la que los miembros y sistemas son más propensos al cambio. La labor del terapeuta se centra en mantener la crisis dentro del sistema y evitar el descontrol para que las consecuencias no recaigan sobre el paciente o sobre otro miembro del sistema familiar.

### **SELECCION DE ESTRATEGIAS Y TECNICAS DE INTERVENCION**

La tarea predominante consiste en la intervención para promover el cambio a partir de la conducta-problema con sus propias características definidas en las fases ya descritas.

Las estrategias afectan tanto al procesamiento de la información como a la intervención. Se definen como aquellas líneas de pensamiento que informan las actuaciones del terapeuta para la consecución de los objetivos o metas con-

cretas. Resulta ser una actividad consciente y calculada del terapeuta.

Por lo tanto, la estrategia determina las razones por las cuales se eligen unas técnicas y unos objetivos determinados en lugar de otros, así como por qué se priorizan unos y no otros.

En términos generales, existen dos líneas de actuación, la primera intervención se denomina directa o estructural que corresponde a un tipo de demanda en la cual el cambio es previsible en el sistema familiar, aunque no por ello poco costoso para los miembros de la familia. El grado de cooperación permite ir venciendo las resistencias presentadas y alcanzando los objetivos propuestos en las distintas fases.

Entendemos por intervenciones directas los consejos, explicaciones, sugerencias, interpretaciones y tareas destinadas a ser cumplidas de forma literal y cuyo objetivo es modificar de forma directa las reglas de la familia. Estas intervenciones pueden estar orientadas a conseguir diversas funciones:

- Mostrar modos de conducta a los hijos.
- Redistribuir funciones entre los miembros de la familia.
- Establecer reglas disciplinarias
- Instituir jerarquías de edades.
- Proporcionar información a la familia.

- Promover comunicación.
- Suscitar sentimientos, etc.

La segunda línea de intervención se denomina indirecta o paradójica porque presupone una encubierta demanda al cambio que parece ser menos real y está destinada a mantener la homeostasis familiar. Cualquier intento de reestructuración se encontrará con resistencias que el terapeuta deberá ir salvando. Una actitud dubitativa que se limite a señalar los riesgos y poner de relieve las dificultades resultará favorecedora de un cambio en la situación familiar para que sea ésta la que marque el ritmo y objetivos del tratamiento. El terapeuta tomará el papel de custodia de la continuidad y estabilidad familiar, como dice Minuchin (1984).

El éxito de la intervención, dependerá de que la familia desafíe las instrucciones del terapeuta u obedezca hasta el grado tan absurdo que se vea obligada a retroceder. Su utilización ha de ser valorada por el terapeuta por las razones ya expuestas.

Las dos líneas de actuación señaladas deben ser valoradas y adecuadas al tipo de demanda. Stanton y Todl (1985) afirman que son compatibles ambas intervenciones por separado o concurrentes en el tratamiento de toxicómanos, como se indicó en capítulos anteriores.

Podemos encontrar diversas obras que proporcionan al terapeuta distintos modos de intervenir. Una clasificación clásica es la propuesta por Minuchin (1984) en torno a:

1. Operación de asociación: estos procedimientos proveen reestructuración y el terapeuta promueve recursos propios de la familia con la finalidad de orientarles hacia los objetivos terapéuticos.

Las técnicas para conseguir esta finalidad son:

- a. Mantenimiento: funciona como apoyo a la estructura familiar.
- b. Rastreo: se realiza mediante preguntas clasificatorias sin cuestionar la estructura familiar.
- c. Mimetismo: son operaciones para acomodarse al estilo afectivo de la familia.

2. Operación de reestructuración: Son intervenciones terapéuticas que están destinadas a afrontar a la familia en la dirección del cambio terapéutico. Su utilización se hace más conveniente cuando el terapeuta ha conseguido cierto poder dentro del sistema familiar.

Las técnicas para conseguir tal fin son las siguientes (algunas fueron detalladas anteriormente):

- a. Captar modelos transaccionales de la familia, creando canales de comunicación.
- b. Aumentar tensiones, crisis como medio de valorar los cambios.
- c. Asignar competencias o tareas creando nuevos esquemas de comunicación mediante comportamientos para que se hagan conscientes en la familia.
- d. Manipulaciones del humor.

### **OTRAS TECNICAS DE INTERVENCION EN TERAPIA FAMILIAR**

Además de las ya mencionadas, se pueden utilizar otras formas de intervención según la conflictiva y el momento:

#### *Intervenciones de Reestructuración*

- Prescripciones contrasistémicas
- Prescripciones de refuerzo
- Prescripciones de reelaboración sistémica
- Prescripciones de desvío

#### *Intervenciones metafóricas*

Resulta una fórmula útil para resolver el problema de la tendencia a no hablar de aquello que la elicit, en cambio se escoge un tema neutro en el cual se deslizan sugerencias relacionadas con el

problema resistido. Parte del supuesto de que el paciente no está sujeto a control relacional.

Los objetivos que se pretenden son:

- Obviar las estrategias de tipo relacional que el paciente pueda oponer a la intervención del terapeuta.
- Revelar a la familia su patrón de interacción.
- Que sea el paciente quien descubra la solución de su problema.

Está indicado para:

- Pacientes que utilizan la razón para analizar la intervención derivándose un no-cambio.
- Cuando las técnicas directas y paradójicas hayan fracasado.

Dada la complejidad de la intervención metafórica se sugiere atender los siguientes aspectos para su utilización:

- 1) Elegir un material para construir la metáfora isomórfica con el tipo de problema del paciente. Debe sacarse una moraleja que implique la solución del problema.
- 2) Establecer elementos conectores que unan la metáfora con la realidad de la familia.
- 3) El argumento de la historia debe producir un control y estado emocional ligado al control exhibido por la familia.

## FINALIZACION DE LA TERAPIA

En términos generales, el fin de la terapia supone la disolución del contexto terapéutico por una u otra parte.

Las causas que pueden motivar la finalización son:

- a) Que se hayan cumplido los objetivos implícitos o explícitos del contrato.
- b) Cuando existen múltiples fracasos y el terapeuta, después de una nueva valoración, busca otros recursos alternativos a la intervención familiar.
- c) Cuando la familia rompe la terapia.

En el caso de haber llegado a los objetivos como al tiempo establecido, es conveniente analizar y comentar con la familia los siguientes puntos:

- Indicar los logros alcanzados.
- Indicar los temas no resueltos todavía.
- Hacer hincapié en los problemas futuros previsibles.
- Realizar una entrevista de seguimiento.

## LA EVALUACION DE RESULTADOS

Partimos de una observación directa de los cambios que se han

ido operando en las sesiones de la terapia. Al final de la terapia se pueden obtener algunos criterios para la evaluación, que son:

- a) Recoger impresiones clínicas generales de los resultados.
- b) Evaluar los tipos de respuestas, uno acerca del cambio según se había planificado. Segundo si hubo o no alivio del problema adictivo.
- c) Indagar en torno a tres aspectos principales:
  - Estado general de su problema principal.
  - Otros logros alcanzados en áreas más secundarias.
  - Aparición o no de otros problemas subyacentes al problema adictivo (sustitución del sistema).

El abordaje de las toxicomanías en el cambio interdisciplinar de los centros especializados nos permiten disponer de diversos indicadores para la evaluación de resultados ya que la finalización de la terapia familiar, nos permite que los pacientes continúen su proceso de rehabilitación en otras áreas complementarias a las aquí tratadas. Por lo tanto, la observación directa de su evolución en otras áreas de

actuación resulta visible y observable proporcionándonos indicadores complementarios muy útiles para la evaluación.

Sin pretender agotar todas las consideraciones acerca de las toxicomanías, vamos a exponer algunos factores relacionados con el terapeuta sistémico.

Ciertas cualidades del terapeuta suelen relacionarse con el éxito del tratamiento. Una de ellas, es la capacidad de ser activo frente a los estilos pasivos y reflexivos. También debe brindar respaldo, revelar interés, disponibilidad y entusiasmo. Por otro lado, la flexibilidad resulta ser una actitud que favorece el éxito de las intervenciones con toxicómanos a diferencia de los modelos rígidos.

Además, el terapeuta necesita poseer habilidades para identificar los ciclos y secuencias familiares e intersistémicas. Una habilidad para observar e ignorar selectivamente el contenido de las verbalizaciones familiares como prestar atención a las consecuencias de ciertos actos se hace necesaria en el trabajo sistémico. Por último, se debe contar con el respaldo de un grupo de terapeutas y/o supervisores.

## **TECNICAS UTILIZADAS DURANTE Y EN LA FINALIZACION DE LA ENTREVISTA EN TERAPIA FAMILIAR**

### **DURANTE LA ENTREVISTA**

- Conducción de la entrevista como instrumento de cambio
- Técnicas de creación de atmósfera:
  - \* Definición de contexto
  - \* Utilización de preguntas
  - \* Respuestas en espejo
  - \* Etc.
- Tareas dentro de la entrevista
- Técnicas cognitivas
  - \* Connotación positiva
  - \* Redefinición

### **EN LA CONCLUSION DE LA ENTREVISTA**

- Comentarios enunciados
- Técnicas conductuales
  - \* Tareas directas entre sesiones
- Prescripciones
- Tareas paradójicas

## **INTERVENCIONES ESTRUCTURALES Y PARADOJALES EN LA TERAPIA FAMILIAR**

### **INTERVENCION ESTRUCTURAL O DIRECTA**

- Consejos
- Explicaciones
- Sugerencias
- Tareas directas
- Interpretaciones

### **INTERVENCION PARADOJAL O INDIRECTA**

- Tareas estratégicas o paradójicas
- Utilización del síntoma
- Prescripción de las reglas

## **ESTRATEGIAS Y TECNICAS DE INTERVENCION DE LA TERAPIA FAMILIAR**

### **NEGOCIACION DE METAS: 3 MOMENTOS**

- 1.- Abandono de las drogas
- 2.- Resolución estable del tema de drogas
- 3.- Focalización de conductas concretas y observables

### **ESTRATEGIAS Y TECNICAS**

- Pautas de desintoxicación
- Normas en la contención familiar
- Concentración en conductas concretas como estrategia
- Tareas en torno a la utilización del tiempo productivo
- Reparto de responsabilidades
- Tareas directas
- Incorporación de otros miembros de la familia
- Integración del paciente en medios comunitarios

## **OTRAS TECNICAS DE INTERVENCION EN TERAPIA FAMILIAR**

### **INTERVENCIONES DE REESTRUCTURACION**

- Prescripciones contrasistémicas
- Prescripciones de refuerzo
- Prescripciones de desvío
- Prescripciones de reelaboración sistémica

### **INTERVENCIONES METAFORICAS**

## BIBLIOGRAFIA

Andolfi, M. (1985). *Terapia familiar*. Paidós. *Comunidad y drogas. Enfoque relacional en toxicómanos*. Ministerio de Sanidad y Cultura.

Bateson, G. y otr. (1971). *Interacción familiar*. Tiempo contemporáneo. Buenos Aires.

Boszormenyi, Nagy, I. (1983). *Terapia familiar*. Lealtades invisibles. Amorrortu.

Haley, J. (1980). *Trastornos de la emancipación juvenil y terapia familiar*. Amorrortu.

Haley, J. *Tratamiento de la familia*. Toray. Barcelona.

Haley, J. (1976). *Técnicas de la Terapia Familiar*. Amorrortu.

Haley, J. (1980). *Terapia para resolver problemas*. Amorrortu.

Minuchin, S. (1977). *Familia y terapia familiar*. Gedisa.

Minuchin, S. y Fishman, H. (1984). *Técnicas de terapia familiar*. Paidós.

Navarro Góngora, J. (1992). *Técnicas y programas en terapia familiar*. Paidós.

Ríos González, J. (1984). *Orientación y terapia familiar*. Instituto de Ciencias del Hombre.

Shazer, S. (1987). *Pautas de terapia familiar breve*. Paidós.

Stanton, M, y Todd, T. (1985). *Terapia familiar de abuso y adicción a las drogas*. Gedisa.

Stierlin, H. (1981). *Terapia familiar, la primera entrevista*. Gedisa. Barcelona.

Watzlawick, P. (1976). *Terapia de la comunicación humana*. Tiempo Contemporáneo.

(1987). *Enfoque Relacional en toxicomanías*. Comunidad y drogas.

## 2.- TECNICAS DEL MODELO PSICODINAMICO

---

### INTRODUCCION

Como anteriormente se ha comentado en el apartado teórico, referirse en forma inespecífica a los aspectos técnicos de la psicoterapia o del psicoanálisis en los pacientes adictos, no deja de incluir la falacia de considerar a la drogadicción como una entidad psicopatológica uniforme. Si bien es cierto que se activan ciertas **configuraciones inconscientes referidas al vínculo del sujeto con la droga**, también existen **estructuras de personalidad diferentes**. Por tanto, **pueden requerirse enfoques técnicos totalmente diferentes para pacientes que abarcan desde crisis de adolescencia transitorias hasta graves trastornos fronterizos o psicosis, algunos con marcados rasgos depresivos y otros con marcada impulsividad**.

Estos enfoques técnicos diferentes son:

\* Empezando por el **psicoanálisis**, la utilización de sus técnicas se indicaría cuando el paciente ya llevara un período largo de abstinencia considerado entre unos dos o tres años en el heroinómano y hasta cinco años en el cocainómano, es decir, cuando hubiera una fortaleza yoica en el paciente que le per-

mitiera tolerar este tratamiento que va a movilizar angustias regresivas y que apunta a corregir deficiencias básicas de la estructura de la personalidad, que subyacen en muchos casos a los trastornos por uso de drogas. Aún así, pocas veces podrá ser aplicado de forma estándar ya que van a ser necesarias variantes técnicas como es la participación de la familia o el empleo de controles toxicológicos.

\* Respecto a la aplicación de una psicoterapia de insight o breve no siempre es posible. Con muchos de ellos podemos reconocer la necesidad de apelar, exclusivamente, a técnicas de contención y apoyo emocional en una **psicoterapia de apoyo** en el caso de pacientes que, por sus debilidades yoicas, no son aptos para tolerar una psicoterapia interpretativa. Tiene como objetivo afianzar las funciones yoicas de la persona dentro de una relación dependiente no analizada con el terapeuta. Alivia la ansiedad del paciente al aceptar y promover su dependencia durante la turbulencia emocional, cuando su organización defensiva no es la adecuada para enfrentarse a la crisis.

\* El inicio de una **psicoterapia breve o de insight** basada en la Psicología del Yo, tendría lugar una vez establecida y mantenida la abstinencia en aquellas personas con adecuada capacidad yoica que manifestaran un deseo de conocimiento sobre sí mismos y aptitud para el insight de acuerdo con la conciencia de enfermedad, la capacidad de autoobservación, su resistencia o la permeabilidad a las intervenciones. Existe una elección de los conflictos a tratar, que recaerá en los que prevalecen por su urgencia o importancia, que subyacen al problema actual motivo de tratamiento pero evitando una movilización afectiva excesiva, es decir, centrándose en los factores actuales de esos conflictos subyacentes focales.

En relación con este tipo de psicoterapia extenderemos la explicación sobre las características y elementos técnicos por su mayor posibilidad de aplicación en una institución pública en el tratamiento con pacientes toxicómanos.

### **CARACTERISTICAS TECNICAS. PROCESO DE TRATAMIENTO**

Al hacer referencia a las características técnicas conviene recordar que los pacientes adictos exceden la psicología analítica del conflicto estructural entre impulso

y defensa, ya que subyacen perturbaciones caracterológicas por insuficiente formación de su estructura psíquica con fallas en su autoestima, sentimientos de identidad y conflictos entre Yo- Ideal del Yo. Estos elementos subyacen a la "**depresión vacía**" y resultan ser aspectos comunes a los adictos que consumen para compensar su falla estructural.

Por tanto, como exponíamos, es necesario recurrir a conceptos derivados de desarrollos teóricos más o menos recientes, como los vinculados a la **Psicología Psicoanalítica del Self**. La acción terapéutica que se va a desarrollar no se centra sólo en el insight, sino que también existen otros ingredientes como, por ejemplo, la identificación del paciente con aspectos de la personalidad del terapeuta.

Desde la Psicología del Self, la **situación terapéutica** va a procurar la instalación de un **proceso de verificación** para el conjunto de funciones yoicas, a la vez, provee un **contexto de contención emocional** que alivia las ansiedades profundas lo suficiente como para liberar cierto potencial de activación yoica.

La constante **discriminación entre condiciones de realidad y las distorsiones creadas por otra realidad (mundo interno)** configura un yo más observador de la experiencia. Si partimos de

las **funciones del yo** seleccionadas por Bellak, se trata de desarrollar la función de realidad; de juicio; de regulación y control de los instintos, afectos e impulsos, de las relaciones objetales, del sentido de la realidad del mundo y del sí mismo, de los procesos de pensamiento, del funcionamiento defensivo; de barrera a los estímulos, funcionamiento autónomo, funcionamiento sintético-integrativo, función de dominio y competencia.

En conjunto, su objetivo es aumentar la capacidad de la persona para tener conciencia de enfermedad, para discriminar los estímulos internos y externos, para percibir objetivamente la realidad, para prevenir riesgos, para anticipar consecuencias, para aceptar normas y límites, para poder pensar antes de pasar al acto, para tener mayor tolerancia a la frustración, para relacionarse sin que medie la droga, para crear una nueva identidad diferente a la de toxicómano, para mantener hábitos y habilidades complejas, para mejorar el nivel de competencia que tienen de sí mismos.

Desde el **contrato inicial**, se concierta una tarea nueva (indagar, comprender, objetivizar una problemática).

En las primeras etapas, esta tarea consiste en llevar al paciente a **tomar conciencia de su enfermedad**, para así producir una **di-**

**sociación útil en el Yo del paciente** y tener una parte del mismo con la cual trabajar.

Cada sesión opera como activadora del conjunto de funciones yoicas en la que el terapeuta trabaja como un guía. Los hechos vividos fuera de sesión, y vistos por un observador actúan como reforzadores de la percepción, atención, memoria, imaginación, reflexión objetivante y planificación.

## PROCESO DE TRATAMIENTO

El proceso de intervención común a la **psicoterapia breve o de insight de orientación dinámica**, como por ejemplo Braier (1984) detalla, incide en:

### 1. PSICODIAGNOSTICO

Como en el apartado de evaluación se señalaba el diagnóstico del trastorno del paciente es importante para determinar el mejor enfoque terapéutico, para evaluar su motivación hacia el tratamiento, su capacidad de cambio y la fuerza y debilidad de su personalidad.

El diagnóstico incluye diversos postulados sobre la psicodinámica y mecanismos defensivos implicados, las causas del trastorno emocional del paciente y las metas que se desean alcanzar. Es necesario comprender las características del consumo así como su re-

percusión sobre el individuo. Es importante investigar la organización psicodinámica de la familia.

Para ello, confeccionaremos una **historia clínica**, realizaremos el **diagnóstico nosográfico-dinámico**, valoramos la aptitud para el insight, se hará la **devolución de datos** del psicodiagnóstico con el logro de una **alianza de trabajo**, clarificación de su problemática, refuerzo de su motivación, y **selección de metas**.

A continuación se lleva a cabo el **convenio sobre metas terapéuticas** y duración del tratamiento y la **explicitación del método de trabajo** y fijación de otras normas contractuales.

## 2. PLANIFICACION DEL TRATAMIENTO

Consiste en:

- \* **Determinación del tipo de psicoterapia.** Predominantemente de insight, de fortalecimiento yoico y de apoyo.
- \* Priorización de **conflictos que se abordan.**
- \* **Actitud terapéutica** ante mecanismos defensivos: incisiva, reforzamiento, abstención.
- \* **Dificultades** que se pueden prever y formas de abordaje. Abordar la situación final de duelo en la terminación de la psicoterapia.

## 3. TRATAMIENTO

- \* Tienen una **frecuencia** de 1-2 veces a la semana.
- \* El paciente es visto **cara a cara.**
- \* El **tratamiento** enfatiza la resolución del problema, el incremento de la adaptación y el apoyo a funciones del Yo que tiene como objetivo un cambio limitado del carácter.
- \* Se utiliza un amplio rango de intervenciones incluyendo **técnicas** interpretativas, educativas, y de apoyo.
- \* **Focalización:** que permite la planificación del tratamiento. Une aspectos caracterológicos del paciente, –aspectos históricos–, genéticos, individuales y grupales reactivados, el momento evolutivo y los determinantes del contexto social.

Se diferencia de otros conceptos como son:

- \* **La situación-problema:** situación descompensadora con hechos objetivos.
- \* **El punto de urgencia:** situación psíquica inconsciente de conflicto, que por la acción de factores actuales, predomina en un momento dado, siendo motivo de ansiedad y defensas.
- \* **Hipótesis psicodinámica inicial:** esbozo reconstructivo de la historia psicodinámica del paciente.

Se admiten **diferentes recursos terapéuticos** como son el apoyo farmacológico, la intervención de familiares y allegados, la terapia ocupacional, la asistencia social, etcétera. La utilización de estos recursos debe darse con una fundamentación psicodinámica y un cuidado respecto a las dificultades que puedan surgir.

#### 4. ELEMENTOS TECNICOS

Desde el modelo psicodinámico no se puede establecer una relación de exclusividad entre cada técnica psicoanalítica y los objetivos de intervención mencionados en el capítulo anterior. Se utilizan las técnicas de acuerdo al enfoque técnico escogido y con unos objetivos más globales.

##### 4.1. ELEMENTOS TECNICOS GENERALES

###### INSTRUMENTOS PARA RECABAR INFORMACION

**INTERROGACION:** Tiene cabida no sólo en la etapa diagnóstica sino también durante el tratamiento en situaciones en las que deseamos conocer algún dato pertinente a las asociaciones o al significado que le da el paciente a lo que está diciendo.

Con un uso diferente al de **recabar información** se ha utilizado para dar **soporte al yo, reforzar su contacto con la realidad** o para mejorar la colaboración prepa-

rándole para la interpretación cuando el paciente está angustiado o confundido.

En otro orden de cosas, las preguntas revelan un terapeuta no omnipotente e interesado en el paciente.

**SEÑALAMIENTO:** Como su nombre indica, señala algo, **circunscribe un área de observación**, llama la atención **con el objetivo de que el paciente observe y ofrezca más información.**

Es una herramienta terapéutica fundamental en toda terapia de insight.

**CONFRONTACION:** **Muestra al paciente dos cosas contrapuestas** con la intención de colocarle ante un dilema, para que advierta una **contradicción**. Son muy importantes en la psicoterapia con pacientes adictos para poder afrontar la ambivalencia de sus deseos sobre el consumo y el mantenimiento de la abstinencia.

###### INSTRUMENTOS PARA INFORMAR

**INFORMACION:** Se refiere a algo que el paciente desconoce y debería conocer. Se explica a **conocimientos extrínsecos** a datos de la realidad no del paciente mismo. En ocasiones puede ser beneficioso brindarle información sobre temas específicos como, por ejemplo, la sexualidad. Si bien

conviene unirlo a señalamientos sobre su dificultad para obtenerla por sí mismo y necesitar al terapeuta, para no fomentar la dependencia.

**ESCLARECIMIENTO:** Busca iluminar algo que el individuo sabe pero que no percibe claramente de sí mismo. Se trata de poner en claro lo que el paciente ha dicho. Promueve un **reordenamiento de la información**.

**COMENTARIOS:** Se realizan esencialmente con el propósito de fomentar el intercambio verbal.

**INTERPRETACION:** Es el instrumento fundamental del psicoanálisis, va mostrando al paciente el significado profundo de lo que está diciendo para que el paciente vaya tomando conciencia de sus resistencias.

Informa de algo que pertenece al paciente y de lo que él no tiene conocimiento por medio de una nueva conexión de significado y dando al paciente la posibilidad de organizar una nueva forma de pensamiento.

**Fomenta la neurosis de transferencia con cuya resolución concluye el tratamiento en un análisis.** El analista se presta a la proyección transferencial al estar revestido de autoridad y al adoptar una actitud neutra.

**Las interpretaciones en psicoterapia,** si bien son las herramien-

tas fundamentales para lograr el insight, fomentan la dependencia regresiva por lo que en una psicoterapia con adictos tendremos que mantener una serie de características en la interpretación para no fomentar una dependencia regresiva inadecuada y reubicarle constantemente como adulto:

- 1) Mantener coherencia interna sobre el objetivo de las interpretaciones.
- 2) Constar de una proporción elevada de interpretaciones extra-transferenciales.
- 3) Estar focalizadas.

## TIPOS DE INTERPRETACIONES

**INTERPRETACIONES TRANSFERENCIALES:** Como decíamos, la mayoría de los autores se inclinan por un uso **limitado** de estas interpretaciones en las psicoterapias al fomentar la regresión. **El adicto también acude por problemas vitales actuales** y si persistimos en que se centre en la relación con nosotros podemos generar considerables resistencias.

Aún así, es totalmente esperable que el paciente transfiera el objeto droga sobre el analista en una **“adicción de transferencia”**, como se ha comentado en la transferencia, y que se tenga que **utilizar la interpretación** en este caso como frente al desarrollo de una transferencia **hostil o idealizante**.

**Según las fases del tratamiento, se utilizan más en el inicio y en el final.** En el inicio para despejar las resistencias por el surgimiento de ansiedades paranoicas, que se traducen en **temor y desconfianza**, y en los estadios finales por la finalización y la interpretación de situaciones de **duelo** en la relación transferencial.

Como **modificaciones técnicas en lo verbal y paraverbal** para controlar la intensidad de la regresión transferencial se puede:

- Incluir **dos aspectos opuestos y coexistentes del paciente**, ej. lo infantil acompañado de lo adulto, lo agresivo de lo constructivo. Se trata de no polarizar lo que fomente la regresión, inseguridad y dependencia y llamar la atención sobre aspectos adultos o mejor integrados.
- Se pueden presentar **las interpretaciones en forma de preguntas o sugerencias** en actitud de cierta humildad que contrarreste con la idealización de la figura del terapeuta.
- La tarea interpretativa **puede abarcar conflictos infantiles** pero siempre y **cuando sea terapéuticamente eficaz**: el paciente necesita estar capacitado; las condiciones del encuadre ser propicias; los componentes históricos pertinentes; se limita a lo referente de la situación problema descartando otros conflictos que no se pueden abarcar.

La interpretación de los **sueños** merece una mención especial ya que se considera la expresión más directa del inconsciente en la vida normal gracias a la relajación de las funciones censoras yoicas.

## INTERPRETACIONES EXTRATRANSFERENCIALES

Para solucionar situaciones conflictivas de la realidad externa del paciente es importante el uso de este tipo de interpretación para que tenga **insight de las transferencias desarrolladas con las personas con las que se relaciona en su vida diaria.**

Se establece una **ligazón constante entre lo que le sucede con el terapeuta y en las relaciones con los objetos transferenciales del "afuera" (amigos/as, parientes u otros objetos significativos).**

## CONSTRUCCION

Se puede definir como un tipo especial de interpretación en el cual se da un **énfasis especial a lo histórico.**

## 4.2. ELEMENTOS TECNICOS ESPECIFICOS

Se van a mencionar instrumentos técnicos aplicables tanto a la **psicoterapia de inspiración psicoanalítica** como al **psicoanálisis**, por ejemplo, en el fenómeno

de la transferencia y contratransferencia, si bien el resto de elementos técnicos van a hacer referencias a las psicoterapias por ser el procedimiento más utilizado.

Los elementos técnicos que se describen, dentro del tratamiento del adicto son:

- Constancia del encuadre.
- Establecimiento de una alianza terapéutica.
- Desarrollo de un vínculo terapéutico.
- Regla básica de funcionamiento.
- Transferencia.
- Contratransferencia.

#### CONSTANCIA DEL ENCUADRE

El encuadre está para proveer las condiciones necesarias para la eficacia del tratamiento.

Se traduce en **reglas** que han de ser explicitadas y contratadas con el paciente. Su **función consiste en generar el campo de la transferencia** y proteger dicho campo **para que los estímulos externos se reduzcan a un mínimo.**

Se plasma en una serie de acuerdos referidos al tiempo, frecuencia y duración de las sesiones, así como a la parte específica que toca a cada uno: paciente y terapeuta.

**La cuestión de los acuerdos es especialmente pertinente con adictos.** Acordar algo les resulta difícil e implica un diagnóstico diferencial con los de estructura más neurótica.

**Habría que propugnar su empleo desde el primer contrato con el paciente, pasando por entrevistas, acuerdos sobre la desintoxicación, postcura, etc.**

Además es un elemento muy importante para **confrontar su hostilidad por la imposición de límites que el encuadre implica** mantener. El adicto está muy poco habituado a encontrar pautas constantes y coherentes, además necesita sacar sus impulsos y sentimientos agresivos para **testear la capacidad del terapeuta y comprobar si aguanta su hostilidad.**

Se han visto privados de enfrentarse en una relación interpersonal con límites que no sean impuestos de una forma represiva. Debe haber una contención en los límites.

#### ESTABLECIMIENTO DE UNA ALIANZA TERAPEUTICA

Llegar al momento en que el tóxico dependiente esté en condiciones de recibir una propuesta de tratamiento es un proceso largo y accidentado. Puede incluir varias entrevistas y, pasar por un tratamien-

to familiar, ausencias, recaídas, ingresos en comunidades, etcétera.

La **alianza** es un concepto que se refiere al **compromiso de colaboración** para un trabajo psicoterapéutico común. La alianza se forma entre el yo racional del paciente y el yo racional del terapeuta, a partir de un proceso de identificación con la actitud y el trabajo del terapeuta en las sesiones.

Existen muchas **dificultades** para establecer una sólida alianza terapéutica con adictos. Tanto por los rasgos de patología como por la presión de su medio que puede pretender resultados mágicos, como los que el mismo adicto exige a la droga. Además, el adicto dentro de esa presión social se mueve bien transgrediendo la norma.

Por ello, **se necesita tiempo para lograr una alianza de trabajo** sobre un síntoma como es la adicción en un tratamiento psíquico que tendría como objetivo último, en psicoanálisis, ubicar este síntoma en la propia historia del paciente, a despecho de su apariencia extratemporal.

## DESARROLLO DE UN VINCULO TERAPEUTICO

La característica del vínculo en el proceso psicoterapéutico es que la **relación es menos asimétrica** que en el psicoanálisis, con una **función activa y más directiva** que recurre en mayor medida a in-

tervenciones no interpretativas y que evita los silencios prolongados para no alentar la regresión en el adicto.

Se confronta y estimula su yo observador, tratando de hacer consciente lo distónico. Para ello, se necesita una **mayor proximidad afectiva** con un buen **rapport** para el que el terapeuta se muestra moderadamente cálido, con una imagen confiable y con interés demostrado hacia el paciente pudiendo "soportar" la **ambivalencia entre sus intenciones de abandonar la droga para siempre y el secreto deseo de librarse sólo sobre el descontrol de la ingesta**.

La percepción de tener al lado a una persona que intenta comprender sus sentimientos, que lo respeta, que le ofrece una **visión especular de sí mismo a favor de los lados más sanos de su persona y sin condenar los enfermos**, de por sí fomenta la confianza y el transfer positivo, vínculo que luego sí permitirá señalar o incluso interpretar otros aspectos de sus relaciones objetales.

Para terminar, queda incluir la reflexión de Horowitz (1985) con pacientes difíciles. Describe una muestra de doce dilemas que expresan **las interacciones paciente-terapeuta**. De ellos, se escogen los siguientes:

- El paciente manifiesta su necesidad de ayuda y dependencia

del terapeuta para que le cuide. Pero si ésto se devuelve exigiéndole que asuma su responsabilidad personal, el paciente se sentirá abrumado o rechazado por exigencias, abandonando el tratamiento o haciendo una regresión.

- El paciente exhibe una tendencia o aparenta que va a actuar. Pero si esto se interpreta como desadaptación y la necesidad de mayor control, el paciente lo vivirá como crítica y aumentará su rebeldía.

#### REGLA BASICA DE FUNCIONAMIENTO

Como **consigna de trabajo** se aclara **que pueden hablar de lo que quieren pero que convendrá que se refieran preferentemente a todo aquello que guarda relación con los problemas que hemos convenido abordar, es decir el mantenimiento de la abstinencia y la normalización de diferentes aspectos de su vida.**

La utilización de la **asociación libre** queda, por tanto, **limitada** a su utilización en determinadas circunstancias.

Por tanto, esta regla de funcionamiento también va a implicar para el terapeuta **la combinación de una atención flotante y una atención selectiva** para lograr tanto la profundización en los psicodinamismos como la selección

de intervenciones más focalizadas o esclarecedoras sobre los aspectos del paciente que favorecen o dificultan su condición de ex-toxicómano.

#### TRANSFERENCIA

Es la vivencia de sentimientos y defensas hacia una persona actual, que son una repetición de reacciones frente a personas significativas de la temprana infancia, inconscientemente desplazadas.

En relación con la transferencia con los toxicómanos en la psicoterapia, conviene mantener una **relación transferencial positiva sublimada**. Por tanto, hay que disolver los sentimientos de idealización, erotismo u hostilidad con la labor interpretativa.

Vamos a desarrollar estos tipos de transferencias a continuación para ver las vicisitudes por las que concurren:

##### a) **Transferencia negativa inicial:**

Con estos pacientes puede darse una **transferencia negativa inicial** al constituir el terapeuta un representante del mundo de los adultos.

La cuestión de quién se beneficia del tratamiento debe ser esclarecida cuanto antes, en la medida en que muchos pacientes llegan a psicoterapia presio-

nados por familiares o por el sistema judicial.

Cuando predomina una actitud paranoide inicial, su distorsionado criterio de realidad puede ver al terapeuta como un detective o un fiscal.

Con frecuencia es útil **reconocer la lógica del paciente en su desconfianza**, encuadrando su paranoia como aceptable y comprensible. No tiene sentido reasegurarle que hay interés en trabajar con él ya que puede vivirlo como un intento de seducción.

Se requiere una labor constante para que pueda experimentar al terapeuta como alguien confiable, que tolera su rabia, resentimiento o intentos de seducción sin pánico, rechazo o venganza; que no lo abandona ni se siente destruido por sus actitudes; que puede responder con empatía a las necesidades arcaicas de fusión con una figura idealizada que sustituye a la droga y muestra satisfacción ante los pequeños logros que presenta el paciente.

Conviene compartir las numerosas situaciones paradójicas y de mensajes ambivalentes que traerá como repetición de su medio familiar en esta transferencia negativa inicial.

#### b) **El terapeuta como Ideal del Yo y variantes narcisistas de la transferencia**

Como ya se expuso, las transferencias narcisistas se presentan cuando la sustancia psicoactiva ha sido el elemento con el que han intentado compensar la falla estructural de su personalidad.

Por ello, aparte del *insight* hay otros ingredientes terapéuticos como, por ejemplo, **la identificación del paciente con aspectos de la personalidad del terapeuta o con su estilo de enfrentar los problemas.**

Muchos llegan atormentados por sentimientos de inadecuación y minusvalía, porque sienten que tienen que vivir de acuerdo a unos estándares inalcanzables para sentirse merecedores de aprecio y de amor, y ayuda el que el terapeuta ofrezca un modelo flexible, tolerante y coherente.

El desarrollo de una **forma de transferencia narcisista** implica que el terapeuta pase a cumplir una función de objeto del self. Hay dos formas:

##### 1. *Transferencia idealizada:*

Surge la necesidad de comparar la fuerza y la calma que emana de un objeto admirado, la imago parental idealizada, y ahora activada en la figura del terapeuta.

**El vínculo con el objeto omnipotente, la droga, suele repetirse en la relación con el terapeu-**

ta quien deberá estar preparado para ser tratado como una extensión del Yo del paciente.

Es la transferencia de “**enamoramiento súbito**” terapéutico, con un vínculo ansioso o de apego inmaduro del paciente. Este tipo de vínculo puede favorecer la omnipotencia del terapeuta y, más adelante, implicar sentimientos de culpa por la recaída del paciente.

El paciente, a su vez, se mostrará hipersensible a las fallas o alejamientos del terapeuta que pasa a cumplir una función integradora y de cohesión a su persona.

## 2. *Transferencia especular*

Surge por reactivación de necesidades infantiles de estimulación exterior, aceptación y confirmación de la grandeza y valor de uno mismo.

Son versiones de las exigencias infantiles de amor, aprobación y eco convalidador de su presencia. Suele contener una mezcla de tiranía y posesividad que denuncia una intensificación de elementos instintivos sádico-análes y sádico-orales.

En el desarrollo de una terapia disminuirían los componentes sádicos y aumentarían las solicitudes de afecto y correspondencia en un proceso largo y complejo.

A través de la internalización transmutativa se produciría una

progresiva consolidación de la estructura psíquica del paciente al ir sustituyendo los objetos que cumplían funciones arcaicas en su psiquismo -antes, la droga, después el terapeuta- por nuevos objetos más evolucionados.

## CONTRATANSFERENCIA

Consiste en la percepción de los conflictos inconscientes del paciente que moviliza los procesos inconscientes del terapeuta. Por ejemplo, las sensaciones de aburrimiento del terapeuta constituyen, cuando es capaz de hacerlos conscientes, indicaciones valiosas sobre lo que ocurre en el psiquismo del paciente.

El terapeuta necesita conocer sus propios contenidos inconscientes para que sean accesibles a la conciencia. Esto es muy necesario en el trabajo dinámico con adictos por la movilización que pueden producir en sectores muy arcaicos de la mente del terapeuta.

Como dice A. Musacchio de Zan, el terapeuta debería estimular en sí mismo una permanente **disposición para:**

1. Devolver adecuadamente todas las proyecciones patológicas que los adictos realizan como pacientes.
2. Comprender a fondo las situaciones traumáticas y estudiarlas con el paciente.

3. Disminuir la maldad del objeto interno del paciente frente a los intentos del paciente de transformar al terapeuta en malo.
4. Estar muy atento a sus propios sentimientos contratransferenciales para que no se sienta atacado, rechazado o abandonado y sin contenido.

Cooper (1989) advierte sobre las *defensas patológicas* que pueden aparecer en el terapeuta:

**Las defensas masoquistas:**

Las primeras son **descorozamiento, aburrimiento, pérdida de interés** en el proceso. **Autorreproches** que pueden terminar en enojo contra los pacientes, la profesión, los colegas y contra sí mismo.

**Las defensas narcisistas:**

Usar comportamientos carismáticos para **despertar admiración** en los pacientes, guiar, y tender a mantener a los pacientes en una devoción infantil.

Como ya hemos mencionado, por ejemplo, dentro de estas defensas narcisistas estaría la megalomanía de **crear poder arreglar su vida** en situaciones de transferencia idealizante (Cancrini, 1991), sería ceder a la tentación contratransferencial de intervenir activamente orientando la vida del paciente.

El toxicómano busca ayuda en una persona a idealizar.

El terapeuta busca ayuda en alguien que lo idealiza.

El terapeuta satisfecho se echa atrás.

El toxicómano recae sintiéndose abandonado.

El terapeuta se siente traicionado y

- a) Reflexiona sobre los sucedido.
- b) Juzga que el toxicómano es incurable o malo.
- c) Se siente incapaz.
- d) Oscila entre b y c.

4.3. ELEMENTOS NO TECNICOS PARA INFLUIR SOBRE EL PACIENTE

Ya hemos mencionado el hecho de necesitar apelar exclusivamente a este tipo de intervención dentro de una **psicoterapia de apoyo emocional** cuando resulta imposible aplicar otro tipo de psicoterapia.

Por otro lado, en la **psicoterapia** que tiene como objetivo adquirir *insight* y fortalecer el **Yo**, se pueden emplear estos instrumentos para confirmar aquellos aspectos de la conducta que indican un funcionamiento sano.

La diferencia estriba en que la *psicoterapia de apoyo emocional* fomenta la dependencia regresiva del paciente y el terapeuta asume un rol protector -autoritario- que suele fomentar la idealización de su figura, mientras que en la *psi-*

*coterapia del Yo*, esta técnica implica una forma de reaseguramiento yoico para la estimulación de las capacidades autónomas del paciente, señalando sus rendimientos yoicos adecuados.

### 1.- APOYO

**Acción psicoterapéutica que trata de dar al paciente estabilidad y seguridad por medio de intervenciones de reaseguramiento o refuerzo.**

Existen diversos tipos de apoyo como las medidas que tienden a calmar la ansiedad tratando de alejarla de la conciencia o las que tienden a reforzar la buena relación con el otro para lo cual el terapeuta se coloca en el lugar de un objeto (superyo) bueno.

Como decíamos, el apoyo puede crear una dependencia difícil de resolver y si no es verdadera aumenta la inseguridad. Es importante su utilización si se usa prudentemente y en combinación con la interpretación.

### 2.- SUGESTION

El fundamento es **introducir en la mente del adicto algún tipo de juicio o afirmación** que pueda operar desde dentro con el sentido y la finalidad de modificar una determinada conducta.

### 3.- PERSUASION

Apunta a la **razón** y asume distintas modalidades, intercambiando ideas, argumentando y hasta polemizando con el paciente.

### 4.- SUGERENCIAS

Son de diversa índole. Consisten en estimular al paciente a tomar determinadas decisiones, por ejemplo, enfrentar situaciones interpersonales temidas.

### 5.- INDICACIONES

Consisten en la prescripción de determinadas medidas, pautas o normas.

## TECNICAS DE INTERVENCION DESDE EL MODELO PSICODINAMICO

### TECNICAS GENERALES

#### 1 Instrumentos para recabar información

- Interrogación:  
Otros usos:
  - \* Dar soporte al yo
  - \* Reforzar su contacto con la realidad
- Señalamiento
- Confrontación: coloca al paciente ante un dilema

#### 2. Instrumentos para informar:

- Información: algo que el paciente desconoce y debería conocer
- Esclarecimiento: reordenamiento de la información
- Comentarios: fomentar intercambio verbal
- Interpretación: mostrar al paciente el significado profundo de lo que dice.

### INSTRUMENTOS TECNICOS ESPECIFICOS

1. Constancia del encuadre
2. Establecimiento de una alianza terapéutica
3. Desarrollo de un vínculo
4. Regla básica de funcionamiento
5. Transferencia
  - Transferencia negativa inicial
  - Transferencia idealizada
  - Transferencia especular
6. Contratransferencia
7. Interpretación
  - Interpretación transferencial
  - Interpretación extratransferencial
8. Construcción

## INSTRUMENTOS NO TECNICOS PARA INFLUIR SOBRE EL PACIENTE

- \* APOYO (Da al paciente estabilidad y seguridad)
- \* SUGESTION (Introducir en la mente del adicto algún tipo de juicio)
- \* PERSUASION (Razonar con el paciente)
- \* SUGERENCIAS (Estimular al paciente a tomar decisiones)
- \* INDICACIONES (Prescripción de pautas o normas)

## BIBLIOGRAFIA

Barrionuevo, J. (1991). *Drogas: adolescencia y familia*. Tekné. Buenos Aires.

Braier, E.A. (1984). *Psicoterapia breve de orientación psicoanalítica*. Nueva Visión. Buenos Aires.

Cameron, N. (1982). *Desarrollo y Psicopatología de la personalidad*. Trillas. México.

Cifuentes, Fdez., J.L. (1989). *Psicoterapias dinámicas. Modelo de aplicación*. Universidad de Salamanca.

Etchegoyen, R.H. (1986). *Los fundamentos de la Técnica Psicoanalítica*. Amorrortu. Buenos Aires.

González Rivera, J. (1993). *Psico-patología psicodinámica de la drogodependencia*, 14 (2), págs. 61-70.

Kalina, E. (1988). *Adolescencia y Drogadicción*. Nueva Visión. Buenos Aires.

Kotuh, H. (1989). *Análisis del Self*. Amorrortu. Buenos Aires.

Mattioli, G. (1989). *Psicoterapia del toxicómano: un enfoque psicoanalítico*. Logos. Barcelona.

Musachio de Zan, A. y Ortiz A. (1992). *Drogadicción*. Paidós. Buenos Aires.

(1993). *Metas amplias para la Evaluación de las Funciones del Yo*. Manual Moderno.

### **3.- TECNICAS MODELO COGNITIVO-CONDUCTUAL**

---

#### **TECNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES**

**E**n el presente capítulo pretendemos recoger una visión global de lo que puede constituir un tratamiento en drogodependencias desde el modelo Cognitivo-Conductual, sin entrar en la descripción pormenorizada de las técnicas dado que esta consulta puede realizarse en cualquier manual.

En primer lugar destacar la importancia que esta orientación concede a la evaluación inicial, realizándose a través del análisis funcional, fundamentalmente es esta evaluación la que va a determinar el tipo de técnicas a utilizar en cada momento del proceso. Se trata por tanto de determinar en el inicio cuales son las conductas que el sujeto presenta en exceso y cuales por déficit, así como determinar los factores que están presentes en el mantenimiento del consumo. También es importante recoger información acerca de los recursos personales con los que cuenta la persona de cara a su rehabilitación-reinserción.

Respecto a la familia merece una consideración especial en este marco, dado que va a favorecer o entorpecer el proceso evolutivo del tratamiento, y es por esta ra-

zón que se incluye su intervención como un apartado más de la intervención con el drogodependiente.

Respecto al proceso de tratamiento, generalmente, suele dividirse en tres etapas relacionadas con la abstinencia. Una primera relacionada con la consecución de la abstinencia (1-3 meses), una segunda de mantenimiento (4-6 meses) y una última etapa de consolidación (6-9 meses).

Globalmente el tratamiento va desde los momentos iniciales en que existe un total control externo sobre la conducta de consumo, a los momentos finales en que el individuo es totalmente autónomo y es capaz de afrontar su proyecto de vida sin ayuda exterior.

Por tanto en los primeros momentos del tratamiento y tras superar la desintoxicación se cuenta con un control externo (horarios, salidas, y estímulos en general relacionados con el consumo) que suele descansar en la familia, o incluso en la propia institución (comunidad, Centro de Día, etc.).

Las técnicas en esta etapa van a centrarse fundamentalmente en una doble vertiente: por un lado mitigan las situaciones aversivas de la abstinencia mediante relajación, respiración, reforzamiento,

desensibilización, detención del pensamiento, etc., y por otro lado se trata de desarrollar comportamientos incompatibles con el consumo y con estas emociones desagradables (actividad física, ayuda en casa, pequeños trabajos, etc.).

También en estos primeros momentos se insiste sobre la formación y/o mantenimiento de hábitos saludables de vida, así como eliminación de posibles prácticas de riesgo (Sida, Hepatitis, Tuberculosis, etc.).

En un segundo momento del tratamiento comienza a disminuir este control externo para paulatinamente pasar al propio sujeto, por esta razón se trabajan especialmente técnicas de autocontrol, reestructuración cognitiva, control estimular, así como prevención de recaídas centradas en todas aquellas situaciones estímulares que pueden potencialmente desencadenar una recaída.

Por último y una vez superados los seis primeros meses de abstinencia se trabaja la apertura definitiva del sujeto a su medio, así como la asunción del mismo de la responsabilidad sobre sus comportamientos. Esta fase incluye el entrenamiento en habilidades de relación social y comunicación, relaciones de pareja y sexualidad, orientación formativo-laboral, técnicas de búsqueda de empleo, resolución de problemas y toma de

decisiones, autonomía plena frente a la organización del tiempo libre, dinero, salidas, actividades, etcétera.

Por otra parte se profundiza en la prevención de recaídas especialmente relacionadas con factores emocionales que puedan desencadenarla (tristeza, agresividad, dificultades en las relaciones afectivas, etc.).

En general las técnicas descritas suelen introducirse tanto a nivel individual como grupal. Dentro de los tratamientos de drogodependencias el grupo se ha convertido en un poderoso instrumento de cambio, que permite consolidar las adquisiciones a nivel individual. El grupo permite el feedback hasta, la imitación de modelos correctos, el ensayo de nuevas relaciones interpersonales bajo un prisma diferente a la búsqueda de sustancias. No hemos de olvidar que los primeros consumos se realizan en grupo y que es por tanto esta presión grupal uno de los objetivos prioritarios sobre los que actuar desde el punto de vista terapéutico.

Del mismo modo se trabaja con el medio familiar paralelamente al sujeto y evolucionando con él. Los primeros momentos van a centrarse fundamentalmente en el papel de control y que deben ejercer, de forma que pueden realizarlo adecuadamente, así como el entrenamiento en la detección del consu-

mo, para posteriormente ir cediendo en el control y convertirse en una referencia de apoyo. Asimismo es importante trabajar la ansiedad con la que los padres suelen acudir, dado que además de otros aspectos adversos van a condicionar enormemente la capacidad de aprendizaje.

Para ello se entrena a los padres en formación de hábitos, eliminación o extinción de conductas, establecimiento de normas en casa, límites y negociación.

Una vez superados los momentos iniciales es importante trabajar todos aquellos factores relacionados con el medio familiar que pueden estar presentes en el mantenimiento de la conducta de consumo. Para ello se trabaja la prevención de recaídas relaciona-

das, fundamentalmente, con la detección de las mismas, así como en el afrontamiento de este tipo de situaciones. Por otro lado suele ser productivo el entrenamiento en técnicas de comunicación, así como reestructuración cognitiva dado que generalmente la dinámica familiar suele estar llena de automatismos, que lejos de facilitar las relaciones suelen interferir negativamente.

Finalmente deseamos destacar que cualquier intervención debe estar guiada por la evaluación inicial, si bien hemos tratado de centrarnos en aquellas técnicas más frecuentemente utilizadas y que destaca su nivel de eficacia en los distintos estudios realizados. En cualquier caso se adjunta un cuadro resumen de las mismas estructurado en áreas de intervención.

---

## TECNICAS DE INTERVENCION DESDE EL MODELO COGNITIVO-CONDUCTUAL

---

### AREA DE CONSUMO DE DROGA

- \* *Técnicas de relajación*
- \* *Desensibilización*
- \* *Técnicas operantes:*
  - Refuerzo
  - Costo de respuesta
  - Extinción
  - Control de estímulos
- \* *Técnicas Cognitivas:*
  - Parada de pensamiento
  - Sensibilización encubierta
  - Entrenamiento en autoinstrucciones
  - Terapia racional emotiva
- \* *Prevención de recaídas*
- \* *Técnicas de Modelado*
- \* *Técnicas de Comunicación Persuasiva*
- \* *Reforzamiento Social*
- \* *Reestructuración Cognitiva*

### AREA RELACIONAL

- \* *Entrenamiento en Habilidades Sociales*
- \* *Reestructuración Cognitiva*
- \* *Técnicas de Resolución de Problemas*
- \* *Terapia de Pareja*
- \* *Terapia Sexual*
- \* *Técnicas de Terapia Familiar*

### AREA DE MADURACION PERSONAL

- \* *Reestructuración cognitiva*
- \* *Técnica de Solución de Problemas*
- \* *Entrenamiento en toma de decisiones*

- \* *Técnicas de programación conductual:*
  - Autorrecompensa
  - Autocastigo
- \* *Técnicas de mejora de autoestima*

## **AREA DE FORMACION Y TRABAJO**

- \* *Entrenamiento en Técnicas de Búsqueda de Empleo*
- \* *Entrenamiento en Asertividad*
- \* *Entrenamiento en Resolución de Problemas*
- \* *Entrenamiento en Toma de Decisiones*
- \* *Entrenamiento en Técnicas y Hábitos de Estudio*

## **AREA DE OCIO Y TIEMPO LIBRE**

- \* *Reestructuración Cognitiva*
- \* *Entrenamiento en Planificación del Tiempo Libre*
- \* *Autorrefuerzo*
- \* *Contrato de Contingencia*

## **AREA DE AUTOCUIDADOS**

- \* *Técnicas de Modelado*
- \* *Técnicas de comunicación persuasiva*
- \* *Reforzamiento Social*
- \* *Reestructuración Cognitiva*

## **AREA DE CONSUMO DE DROGA**

# ***CAPITULO V***

***BIBLIOGRAFIA DE CONSULTA***

## Relación de artículos y libros consultados.

Andolfi, M. *Terapia familiar un enfoque interaccional*. Paidós.

Braier, E.A. *Psicoterapia breve de orientación psicoanalítica*. Ed. Nueva Visión.

Cano Vindel, A. *Técnicas cognitivas y de autocontrol*. Departamento de Psicología Básica II.

Casas, M., Gutiérrez, M., y San, L. (1993). *Adicción a psicofármacos*. Neurociencias. Bilbao.

Casas, M. y Grosoop, M. (1993). *Tratamientos psicológicos en drogodependencias: recaída y prevención de recaídas*. Neurociencias. Barcelona.

Cautela, J.R., y Rosenstiel, A.K. Empleo del condicionamiento encubierto en el tratamiento de la drogadicción. *Internacional Journal of the Addictions*.

Cubero, J. y otros. (1992). Los grupos "D" o grupos "decisión". *Clinica y análisis grupal*, nº. 60 vol. 14 (2).

Davis, M., McKay, M., y Eshelman, E. (1985). *Técnicas de autocontrol emocional*. Martínez Roca. Barcelona.

Edwards, G. (1990). *Tratamiento de alcohólicos*. Trillas. México.

Ellis, A., McInerney, J., Digiuseppe, R. y Yeager, R.J. (1992). *Terapia racional-emotiva con alcohólicos y toxicómanos*. Desclée de Brouwer. Bilbao.

Echeburúa Ochgozola, E. *Evaluación y tratamiento de los trastornos adictivos*. Master de Conducta UNED.

Funes Artiaga, J. y Romani i Alfonso, O. (1985). *Dejar la heroína*. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Secretaría General para la Seguridad Social. Dirección General de Acción Social. Cruz Roja Española.

*Drogodependencias e incorporación social. Propuestas para pensar y actuar*. PND Coordinación Jaime Funes Arteaga.

Galanter, M. (1993). *Networks Therapy for Addiction: A model for office Practice*. M.D. Am J Psychiatry 150, 1.

Garrido Genoves, V. (1993). *Técnicas de tratamiento para delincuentes*. Mod. Ed. Centro de Estudios Ramón Areces.

Gold, M.S. (1991). *Marihuana*. Neurociencias. Barcelona.

González Pinto Arrillogoa, A. y otros. (1993). *Autoestima y Psicopatologías: relación entre el Rosenberg y el SCL-90R*. Vol. 14 (1), 30-34. Psiquis.

González Rivera, J. *Psicopatología psicodinámica de la drogo-*

dependencia. *Psiquis*, 14 (2), 61-70.

Graña Gomez, L.J. (1994). *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento*. Debate.

Graña Gómez, J. *Evaluación e indicadores de intervención psicosocial en drogodependencias*. Departamento de Psicología Clínica Básica II.

González, J.L. (1993). *Entrenamiento en habilidades prácticas para ayudar eficazmente a familias de drogodependientes. El modelo secuencia*. Centro de Día de Usera.

Griffith, E. *Tratamiento de alcohólicos. Guía para ayudarte*. Trillas.

Henry, I., Spizt, y Jeffrey. (1990). *Cocaína abuso. Nuevos enfoques en investigación y tratamiento*. Citran.

Hodgson, R. y Miller, P. (1984). *La mente drogada*.

Huber, Ch.H. y Baruth, L.G. (1991). *Terapia familiar Racional-Emotiva*. Herder. Barcelona.

Instituto Max-Planck de Psiquiatría de Munich. (1981). *Terapia de conducta de jóvenes drogadictos en régimen interno y ambulatorio. Análisis y Modificación de Conducta*, vol. 7, nº 14.

Lauwrence, I, Sank y Carolyn S. Shaffer. (1993). *Manual de tera-*

*peuta para la terapia cognitiva conductual en grupos*. Desclée de Brouwer.

Martínez Higuera, I.M.(1993). *Estudio sintomático de drogodependientes en tratamiento con el SCL-90*. Vol. 14 (4), 152-161.

Melero Ibáñez, J.C. (1991). *Integración de paradigmas en el abordaje ambulatorio de toxicómanos*. Adicciones, vol. 3, n.º 3.

Mark, S. y Gold, M.D. *Marihuana*. Citran.

Miller, N.S. y Gold, M.S. (1993). *Alcohol*. Neurociencias. Barcelona.

Navarro. J. *Técnicas y programas en terapia familiar*.

Oughourlian, J.M. (1985). *La persona del toxicómano*. Herder. Barcelona Pons Camaverol, D. *La evaluación de la ansiedad*.

Rogers, C. (1970). *Grupos de encuentro*. Amorrortu Ediciones. Buenos Aires.

Rosecan, S. *Trastornos psíquicos en las toxicomanías*. Coordinado por: M. Casas-Citran.

Sánchez Pardo, L. (1993). *Las perspectivas de los programas de reducción de daños para drogodependientes en España...* n.º 130, Junio.

Sánchez Pardo, L, y Matellanes M.M. *La especialización de los re-*