

Aproximación al tratamiento integral del alcoholismo



Federación de Alcohólicos
Rehabilitados de España

Coordinadores de la Obra:

Dr. Francisco Pascual Pastor
Coordinador Comité Asesor Técnico de FARE

D. Ángel Velasco Rey
Presidente FARE

Junta Directiva de FARE:

Presidente: Ángel Velasco Rey

Vicepresidente 1º: Felipe Giner González

Vicepresidente 2º: Mº José Coronado Caballero

Secretario: Manuel Martín Delcán

Tesorero: Luis Sastre Reviejo

Autores:

Ana María López Lorente
Psicóloga de ALAC. Asesora Técnica de Al-Andalus.

Montaña González Jiménez
Psicóloga de ANEX.

Silvia Stretti
Psicóloga. Asesora técnica de FACOMA.

Sonia Sánchez Suárez
Psicóloga de Sampedreña.

Francisco Pascual Pastor
Médico. Coordinador Comité Asesor técnico de FARE.

Cristina Trinidad Janeiro
Trabajadora Social de AREMI, Miranda de Ebro, Burgos

Alicia Ureña Martínez
Trabajadora Social UPCCA Ajuntament d'Alcoi

Angélica Pastor
Trabajadora Social de (A.R.PA.) Palencia

Asunción Bombín
Trabajadora Social (A.V.A.R.), Valladolid

Mº Teresa Martín
Trabajadora Social de G.E.A.R.A., Avila.

María Moya
Trabajadora Social de ARSA, Salamanca

Marta Prieto.
Trabajadora Social de ARLE León.

Victoria Álvarez.
Trabajadora Social de ARLE León.

EDITA: FARE

PORTADA: *Martín Impresores, S.L.*

DEP. LEGAL: **V-3574-2009**

IMPRIME: MARTIN IMPRESORES, S.L. • Pintor Jover, 1 - 46013 VALENCIA

Índice

- 1. Prólogo. Plan Nacional sobre Drogas 07**
- 2. Presentación FARE 11**
- 3. Introducción 15**
- 4. Tratamiento Médico 19**
- 5. Tratamiento Psicológico 67**
 - 5.1 Enfoque Dinámico 67**
 - 5.2 Enfoque Cognitivo Conductual 97**
 - 5.3 Enfoque Sistémico 123**
- 6. Tratamiento Social 155**
- 7. Anexo: Trabajo Social con grupos en las Asociaciones de Alcohólicos Rehabilitados 179**

1 . Prólogo

Plan Nacional sobre Drogas

Las consecuencias negativas de todo tipo, en los ámbitos sanitario, social, familiar, laboral, etc., relacionadas con un consumo excesivo de alcohol, son de sobra conocidas, tanto en la esfera científica, como desde un punto de vista más “lego” o popular.

De acuerdo con las propias encuestas que lleva a cabo, de forma periódica, la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, el alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida en España, tanto por la población general, de 15 a 64 años, como por los jóvenes de 14 a 18 años.

En el caso de los adultos, el 63,3% han consumido alcohol en los 30 días anteriores a ser encuestados (Encuesta EDADES, 2009/2010), mientras que en lo que se refiere a los adolescentes y jóvenes de 14 a 18 años, la cifra es muy similar, el 60% (Encuesta ESTUDES, 2010). En lo que atañe a esta población adolescente y juvenil hay que resaltar, además, y como un dato especialmente preocupante, el consumo excesivo que se lleva manifestando con una tendencia creciente en los últimos cinco años.

Este consumo excesivo en el sector juvenil (hay que insistir en que nos referimos a una población de 14 a 18 años) se traduce, entre otras consecuencias, en que más del 35% de este colectivo afirma haberse emborrachado al menos una vez en los 30 días antes de ser preguntados. También es relevante, y una muestra muy significativa de cómo han evolucionado los patrones de consumo de alcohol (y de otras drogas) en nuestro país, el que haya una mayor prevalencia de consumidores de alcohol entre las chicas que entre los chicos, y una proporción mayor de éstas que se emborrachan, en comparación con los varones.

El Plan Nacional sobre Drogas, desde sus inicios en 1985, siempre ha considerado el alcohol como una sustancia más dentro de las que son objeto de su atención. Por ello, siempre lo ha incluido en las Encuestas a la población, tanto adulta como juvenil, y, asimismo, también ha apoyado y subvencionado el desarrollo de programas de prevención, asistencia, investigación, formación, etc., en relación con esta sustancia.

Tanto en la vigente Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016, como en el primer Plan de Acción que la desarrolla para el cuatrienio 2009-2012, el alcohol ocupa un lugar muy relevante. Así, diferentes acciones dentro de ese Plan 2009-2012 se refieren a aspectos como la sensibilización de la sociedad en relación con las consecuencias del consumo de alcohol, especialmente en edades tempranas; la implicación de los profesionales sanitarios en la prevención de los daños ocasionados por este consumo; la promoción de iniciativas en espacios de ocio, así como de formación de profesionales de la industria hostelera para evitar el consumo de alcohol y otras drogas por menores; y el desarrollo de actuaciones preventivas para que las mujeres se abstengan de consumir alcohol, tabaco y otras drogas durante la gestación y lactancia.

Hay que señalar que, a lo largo de los últimos tres años (2009-2011) se han financiado, con cargo a las subvenciones que concede anualmente la Delegación, 204 programas de todo

tipo relacionados con el alcohol, o con el alcohol en relación con otras sustancias, de los cuales 40 están destinados a prevenir el consumo de alcohol en menores. La cuantía total financiada asciende a 8.826.452 euros, de los que 2.725.814 euros (24%) se han destinado a programas específicos de menores.

El libro que hoy tengo el honor de prologar se enmarca, pues, dentro de un continuum de actuaciones que se extienden a lo largo de muchos años, actuaciones impulsadas desde la Delegación y ejecutadas en el marco del Plan Nacional sobre Drogas. Su elaboración ha sido llevada a cabo por una entidad señera en el campo de la prevención del alcoholismo y de la atención a las personas afectadas por su consumo, como es la Federación de Alcohólicos Rehabilitados de España (FARE).

A lo largo de sus páginas, tanto los profesionales como el público interesado, encontrará una información exhaustiva sobre diversos enfoques del tratamiento de esta enfermedad, información que ha sido elaborada por prestigiosos profesionales de diversas disciplinas. Estoy seguro de que la edición de este volumen será de gran utilidad para todos aquellos que trabajan en la atención a los afectados por el alcohol, y no sólo para ellos, sino también para familiares, amigos y los propios consumidores que necesitan una información clara y actualizada de los últimos avances en este tema.

No me queda más que felicitar a la FARE y a los profesionales que han intervenido en la redacción de esta publicación por el excelente trabajo realizado, y reiterar mi compromiso personal y profesional, como Delegado del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, para seguir colaborando con ellos en una cuestión de tanta trascendencia como ésta.

FRANCISCO DE ASÍS BABÍN VICH

Delegado del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

2. Presentación FARE

Estamos ante el resultado de la tarea realizada por un gran equipo de profesionales empeñados en llevar a buen puerto el tratamiento integral del alcoholismo. Los psicólogos, médicos y trabajadores sociales que han colaborado en su redacción mantienen un compromiso personal y capacitado para abordar un asunto que preocupa sobremanera a todos cuantos tenemos relación con él.

Como es sabido, FARE, a lo largo de estas últimas cuatro décadas, ha dedicado buena parte de sus esfuerzos a ayudar a decenas de miles de alcohólicos de toda España decididos a luchar contra los efectos de esa lacra. Todas nuestras asociaciones federadas se han empleado a fondo en aminorar hasta su desaparición los perniciosos efectos del alcoholismo en los enfermos y en sus familias, que sufren tanto o más las consecuencias. Los archivos, escritos y no escritos, de voluntarios y profesionales enfrascados en esa tarea están repletos de testimonios emocionantes de alcohólicos y familiares que dan por bien pagado cualquier sacrificio para liberar de sus cadenas a quien quiere ser liberado. Ellos son los que hacen buena aquella frase del Premio Nobel Nicholas Murray que dividió a las personas en tres grupos: “los que hacen que las cosas pasen; los que miran las cosas que pasan y los que se preguntan qué pasó”.

Pero ha llegado el momento de avanzar más en esta lucha sin cuartel para que los tratamientos sean integrales y cualquier acción forme parte de un todo. El objetivo es lograr un tratamiento integral que ayude a dejar el alcohol, colabore con las familias y, sobre todo, bucee en las causas que lo provocan para evitar sus destructivos efectos entre los jóvenes, los más expuestos.

Por ello y para ellos hemos intentado unir experiencia y conocimiento, ciencia y mundo.

He aquí el resultado de nuestro empeño.

ÁNGEL VELASCO
Presidente de FARE

3. Introducción

“Lo otro, en la medida en que es lo otro, nos cuestiona, nos pregunta. Nos cuestiona en nuestros supuestos saberes, en nuestras certezas... Introduce cierta cantidad de muerte, de ausencia, de inquietud allí donde tal vez nunca nos habíamos preguntado, o donde hemos dejado ya de preguntarnos... allí donde afirmamos nuestra seguridad, nuestro amparo.”

Mirta Segoviano, en La Hospitalidad.

La Federación de Alcohólicos Rehabilitados de España, actúa de paraguas para dar soporte a las distintas asociaciones existentes en las Comunidades Autónomas de España, que dan atención a las personas que presentan problemas relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas.

Cada una de las asociaciones son distintas en cuanto a recursos materiales y personales pero existe una misma filosofía de trabajo, basada en líneas generales en la guía de buenas prácticas de FARE, donde la ayuda mutua y el trabajo de los profesionales se combinan para poder atajar la problemática de cada persona que demande ayuda, así como también la de su familia.

La subsistencia de las asociaciones se basa en las ayudas que reciben de las distintas Comunidades Autónomas y los ayuntamientos, además de las cuotas de sus afiliados. Por este motivo hay asociaciones que cuentan con la colaboración de profesionales, fundamentalmente psicólogos y trabajadores sociales, que en algunos casos trabajan de forma altruista y en otras según convenio con la administración y la distintas entidades.

Muchas en cambio solo cuentan con el papel del voluntariado.

Este trabajo conjunto entre alcohólicos rehabilitados y profesionales debe ser motivo de análisis, discusión y consenso, para que en cada momento y según las circunstancias se sepa cuál es la actuación terapéutica más correcta.

Partiendo de estas premisas, vamos a dar una visión desde el punto de vista biológico (médico), psicológico y social, tal y como entendemos el enfoque de la dependencia alcohólica desde los tres puntos objeto del concepto salud, con un enfoque holístico donde juega igual papel el bienestar o equilibrio bio-psico-social del individuo.

Convocar a un grupo heterodoxo de profesionales a escribir conjuntamente una Guía de Tratamiento del Alcoholismo implica un reto, un desafío. Es la invitación a un recorrido desconocido, inquietante y sorprendente, al contraste permanente de ideas, planteamientos teóricos y clínicos, al encuentro con lo que no sabemos o ya no nos preguntamos, inmersos en las certezas que nos ayudan en la tarea cotidiana.

Como en las parejas y en los grupos, hay un primer momento de idealización, ya que “la idealización es una condición necesaria para la fundación de un vínculo, para la creación de un proyecto.” (Berenstein, I. y Puget, J. 1998).

Luego van apareciendo las diferencias y con ellas, el eterno conflicto yo-otros, la tentación de anular o desconocer lo que me es ajeno para mantener la creencia de que somos todos iguales. Pero la igualdad y el estancamiento van de la mano y el deseo de construir algo otro, nuevo, creativo y que nos cuestione y nos cambie vuelve a surgir. Y así avanzamos, balanceándonos entre el entusiasmo, el apasionamiento, la desvalorización, el malestar y la inquietud que caracterizan la relación con otros. Hoy, os invitamos a compartir el resultado de nuestro recorrido, con la intención de que provoque reflexiones e interrogantes y nos ayude a avanzar y crecer en este apasionante oficio de tratar con las personas que sufren a causa del alcohol.

4. Tratamiento Médico

Dr. Francisco Pascual Pastor
Doctor en Medicina. Asesor técnico de FARE

Es muy importante el control médico de los pacientes alcohólicos pero se pueden dar dos circunstancias, que en la asociación exista un médico dedicado a la atención de los alcohólicos o bien que debamos contar con el concurso del médico de atención primaria o de algún recurso específico en la atención a los pacientes con problemas relacionados con el consumo abusivo de bebidas alcohólicas.

En caso de que los alcohólicos rehabilitados no cuenten con un médico propio, la propia asociación deberá hacerse presente y preparar un programa de intervención sociosanitaria que deberán conocer y participar coordinadamente con los servicios sanitarios de la población, para ser fiel complemento de la recuperación del enfermo alcohólico, realizando las tareas grupales de ayuda mutua y de reinserción social para una mejor rehabilitación del paciente.

En el caso contrario, cuando la asociación cuente con un médico, éste deberá coordinarse con la red pública sanitaria a efectos de expedición de recetas, realización de pruebas diagnósticas, baja laboral o remisión a servicios médicos especializados, fundamentalmente medicina interna y salud mental tanto en régimen ambulatorio como de ingreso hospitalario, y sus tareas serán las que se detallan a continuación.

ACOGIDA:

El médico puede o debe encargarse, según el resto del equipo de profesionales, de parte de la acogida, entendida ésta desde el punto de vista profesional, es decir recoger la demanda y analizarla explicando en qué consiste el recurso y qué ayuda se le puede prestar desde el mismo.

Es importante mantener una primera entrevista, que puede ser posterior a la acogida o recepción realizada por la asociación, en la que se valoren los motivos para acudir al recurso y la motivación al tratamiento, intentando valorar el estadio de la fase de cambio en que se encuentra el recién llegado.

Se le ofrece una valoración diagnóstica con el compromiso de una orientación precisa en cada caso.

En la entrevista se pueden analizar con especial relevancia los factores individuales que pueden incidir en el consumo, que podemos ver resumidos en el siguiente cuadro:

	Predisponentes	Causales	Mantenedores	Recaída
Genéticos	++?	--	+?	+?
Disfunción SNC	++?	+?	+?	+?
Vulnerabilidad	--	+?	+?	+?
Psicopatología	+++	+++	+++	+++
Condicionamiento	--	--	--	+++
Otros	¿	¿	¿	¿

VALORACIÓN / ENTREVISTA:

En primer lugar no hay que presuponer que toda persona que llega en demanda de ayuda a una Asociación debe tener un diagnóstico de Alcoholismo, por lo que uno de los puntos de partida será averiguar cuál es el motivo por el que acude y cuál es la demanda real.

En ocasiones la demanda es referida a una situación laboral, familiar o social concreta y la persona acude porque alguien le ha indicado la conveniencia de “ir a la asociación”, o en otros casos la situación es absolutamente “forzada”.

Sabemos que existen test diagnósticos, que están reflejados en la Guía de Buenas Prácticas de FARE (CBA, CAGE, MALT, AUDIT), así como los criterios diagnósticos DSM-IV y CIE-10, pero no se trata sólo de diagnosticar el abuso o dependencia al alcohol, si no más bien de definir la problemática en su conjunto y la necesidad de intervenir.

Es importante realizar una entrevista desde el punto de vista motivacional, con preguntas abiertas y con una escucha reflexiva, para que la persona sepa que somos capaces de entender lo que nos dice, ponernos en su lugar y si fuese necesario acompañarlo en el proceso terapéutico.

Realizaremos una anamnesis completa, donde el objetivo sea tener una historia clínica exhaustiva, aunque no es conveniente obtener todos los datos el primer día; hay que dejar hablar y recoger en primer lugar todo aquello que sea motivo de preocupación para el demandante.

Luego recogeremos los antecedentes personales, familiares, tanto desde el punto de vista clínico como social, es decir todo aquello que nos permita conocer mejor la situación y elaborar una valoración encaminada a la orientación o terapia más adecuada.

Que no se nos olvide hacer una correcta historia toxicológica, pues cada vez es más frecuente observar consumos de otras sustancias o conductas adictivas paralelas al consumo de alcohol, así como averiguar si ha habido tratamientos anteriores, en qué contexto y con qué resultado.

QUÉ HACER Y QUÉ NO HACER

Como en todas las intervenciones médicas, resulta igual de importante saber lo que debemos hacer como lo que debemos obviar.

En este caso es importantísimo no hacer un juicio sobre el problema que se nos presente, hay que tener en cuenta que el adicto por el simple hecho de serlo, ha podido ejercer una serie de conductas nocivas para su persona y para su entorno, pero en muchas ocasiones eso no supone una intencionalidad de hacer daño, antes al contrario la pérdida de la capacidad volitiva o de control de los impulsos o los actos predispone a conductas como mínimo anómalas.

Por eso es decisivo el tener una actitud de escucha y empática. Una correcta atención hacia el paciente puede asegurarnos una adherencia al tratamiento, independientemente de los resultados posteriores.

REMITIR A UN ESPECIALISTA

Posteriormente a la valoración podemos encontrarnos con una persona que cumpla criterios de abuso o dependencia al alcohol y en ese caso seguiremos con la valoración para ver la posibilidad de desintoxicación, si el paciente está motivado y, si lo está debemos hacerla en un medio ambulatorio u hospitalario, según el grado de Síndrome de Abstinencia al Alcohol (SAA) que presente, éste se puede medir con la escala Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol (CIWA), con ella podemos decidir el tratamiento más adecuado y la necesidad o no de ingreso hospitalario.

También puede requerir ingreso aquella persona que no tenga un entorno familiar o social para apoyar el período de desintoxicación en el medio ambiente habitual.

Cada vez con más frecuencia llegan pacientes que, además de tener como cuadro principal el trastorno por dependencia al alcohol, presentan una patología psiquiátrica asociada (comorbilidad psiquiátrica) o patología dual como se ha venido a denominar últimamente y de la que haremos mención aparte más adelante. Sólo una premisa previa: el objetivo inicial debe ser conseguir la abstinencia y procurar no hacer un diagnóstico psiquiátrico sin que medie al menos un mes de abstinencia a todo tipo de sustancias, en ese momento y tras valorar la patología concomitante sería la ocasión de derivarlo a un psiquiatra.

EXPLICANDO EL TRATAMIENTO

ESQUEMA TERAPÉUTICO Tratamiento del alcoholismo:

- * Primer Contacto.
- * Desintoxicación.
 - Hospitalario.
 - Ambulatorio.
- * Deshabitación:
 - Extinción de la conducta de beber.
 - Adquisición de conciencia de dependencia.
 - Mantener la motivación a lo largo de todo el proceso.
 - Reorganización de las actividades del paciente: alternativas.
 - Prevención de Recaídas.
 - Tratamiento de la psicopatología asociada.

El tratamiento médico debe seguir unos pasos o unas pautas para poder conseguir el objetivo final que será la abstinencia a todo tipo de bebidas alcohólicas y también a otras sustancias adictivas.

En ese sentido, después de la valoración inicial y del diagnóstico, se procederá a la desintoxicación. No obstante en el contexto de la asociación deberemos definir el día para poder abandonar la ingesta con el fin de que no se presente el temible Síndrome de abstinencia al alcohol. Por esta razón nunca se aconsejará el cese brusco de la ingesta a no ser que se haya pautado un tratamiento adecuado para prevenir posibles complicaciones debidas a la abstinencia, tales como ansiedad, sudoración, insomnio, pituitas, pérdida de apetito, temblores o incluso crisis convulsivas. O bien la aparición de un delirium tremens como cuadro más grave, con tremulación, agitación psicomotriz y alucinaciones visuales.

DESINTOXICACIÓN: EVITACIÓN S.A.A.

Será la primera fase del tratamiento y consistirá en eliminar todo el alcohol del cuerpo del paciente.

Para desintoxicar en muchas ocasiones utilizaremos fármacos, pero no en todos los pacientes, ya que primero valoraremos la motivación para dejar de beber y la posibilidad de sufrir un síndrome de abstinencia, además del grado de cumplimiento esperado.

La desintoxicación la podemos realizar en dos ambientes, ambulatoria u hospitalaria.

DESINTOXICACIÓN AMBULATORIA:

Es la forma más frecuente de iniciar una desintoxicación, ya que en la mayoría de las ocasiones se puede dar un tratamiento para evitar el cuadro físico de la abstinencia e iniciar la abstinencia en el propio domicilio del paciente.

La desintoxicación ambulatoria, se empleará en la mayoría de los casos, utilizando algunos fármacos que van a permitir que el paciente pueda recuperar su normal "funcionamiento" psicológico y físico.

El objetivo principal es evitar el síndrome de abstinencia, para ello se utilizan ansiolíticos, medicamentos para disminuir el síndrome de abstinencia, tranquilizantes y vitaminas (sobre todo vitamina B) y sales minerales. Debemos tener claro que hay que evitar la adicción a los fármacos, en especial las benzodiazepinas y el clometiazol (Distraneurine®), aunque también podemos utilizar el Tiapride (Tiaprizal®) entre otros.

Con este tipo de fármacos hay que estar muy pendiente del paciente ya que al tener un efecto semejante al etanol la tendencia es a tomar más dosis o durante más tiempo con el riesgo de que se produzca una adicción a los mismos, por lo que siempre se entregará una pauta escrita y se harán los controles pertinentes, siendo incluso conveniente contar con un familiar que la tutele.

Una vez realizada la desintoxicación ya valoraremos la necesidad de seguir con este tipo de fármacos.

Benzodiazepinas:

El efecto calmante y ansiolítico que producen las benzodiazepinas es producto de los efectos sinápticos inhibidores del GABA.

Los lugares dónde estos receptores se encuentran en mayor cuantía, son las partes del cerebro encargadas de regular la conducta emotiva, en concreto en la estructura cerebral conocida por sistema límbico, y dentro de ésta, principalmente en la amígdala.

Potencian pues el efecto inhibitorio del GABA sobre las neuronas del Sistema Nervioso Central, produciendo ansiolisis.

La elevada ansiedad, los trastornos de personalidad, la excitabilidad y la impulsividad predicen la recaída en el consumo de alcohol (Willinger, 2002), lo cual justificaría el uso de estos fármacos en el tratamiento del alcoholismo.

Clometiazol:

Tal y como propugnamos en la guía sobre alcoholismo de SOCIDROGALCOHOL, este es un fármaco más utilizado en Europa que en Estados Unidos.

Al igual que las benzodiazepinas también presenta tolerancia cruzada con el alcohol, y sobre él existen varias publicaciones que confirman su eficacia en el tratamiento de la abstinencia alcohólica aunque con menor grado de evidencia que para las benzodiazepinas.

El clometiazol tiene mayor riesgo a producir efectos secundarios, tales como riesgo de parada cardiorrespiratoria sobre todo a grandes dosis, que las benzodiazepinas por menor tolerabilidad y mayor gravedad de las interacciones si se consume alcohol.

La pauta de distraneurine no debe prolongarse en el tiempo y se utilizará a lo sumo durante 7 – 10 días.

Una posible pauta ante un síndrome de abstinencia moderado – grave sería:

	Desayuno	Comida	Cena
1 día	2	2	2
2 día	2	2	2
3 día	2	1	2
4 día	2	1	2
5 día	1	1	2
6 día	1	1	2
7 día	1	0	2
8 día	1	0	2
9 día	0	0	2
10 día	0	0	2

A partir del día 10 se puede dejar uno por la noche en caso de insomnio para retirarlo totalmente el día 15.

Tiapride:

Es un fármaco neuroléptico atípico. Es un derivado benzamídico con una acción antagonista a nivel de los receptores dopaminérgicos D2. Si bien su actividad antidopaminérgica se halla plenamente demostrada, posee también una acción ansiolítica cuyas bases farmacológicas no han sido todavía establecidas con claridad, ya que sólo depende parcialmente

de su acción antidopaminérgica. A nivel experimental se han publicado numerosos estudios que demuestran la utilidad de tiapride en la desintoxicación alcohólica. En cambio, la evidencia de su eficacia en la fase de deshabitación es más escasa.

Se utilizó hace aproximadamente 20 años para el tratamiento de la desintoxicación alcohólica aunque últimamente ha caído en desuso, en un estudio realizado por Gual y cols, 2002 concluían que los resultados no apoyan la hipótesis de que tiapride pueda mejorar las tasas de abstinencia en la fase de deshabitación.

A todo ello es conveniente asociar un complejo vitamínico B y algún anticonvulsivante para evitar crisis comiciales, por ejemplo Oxcarbazepina, topiramato, o ácido valproico y mas recientemente gabapentina o pregabalina.

DESINTOXICACIÓN HOSPITALARIA:

Cuando la valoración del CIWA es muy elevada, cuando el paciente tiene una patología orgánica grave, o bien un cuadro psiquiátrico severo será conveniente realizar la desintoxicación en un medio hospitalario con un control más exhaustivo de la sintomatología, y así evitar descompensaciones de patologías previas o cuadros de privación muy severos.

También puede ser un criterio para ingresar a una persona el que carezca de red social o familia de apoyo que pueda controlar la medicación, alimentación u otras alteraciones o necesidades que pudiesen aparecer durante el inicio de la abstinencia.

DESHABITUACIÓN:

Comprende básicamente el tratamiento psicológico, y se sirve en ocasiones de técnicas farmacológicas (interdictores del alcohol - fármacos anticraving – fármacos para la impulsividad).

Es la segunda fase del tratamiento, y consiste en mantener la abstinencia del sujeto y facilitar los cambios oportunos para que pueda conseguir los objetivos de abstinencia y mantenimiento en la misma.

Sabemos que el alcohol produce tanto dependencia física con psicológica en los bebedores y que cada tipo de dependencia está mediatizada por distintos mecanismos de acción, los cuales son importantes identificar para saber el tratamiento a utilizar, o lo que es lo mismo los fármacos que nos pueden ser útiles.

	Dependencia física	Dependencia psíquica
Permeabilidad membrana	+++	+ -
Sistema dopaminérgico	+	++
Sistema GABAérgico	++	+ -
Sistema serotoninérgico	+ -	+
Sistema opioide endógeno	+ -	+++

Pero después de logrado el objetivo de la abstinencia, lo importante será seguir con el mantenimiento de la misma y para ese objetivo, algunas personas precisan fármacos de los denominados aversivos, interdictores o antidipsotrópicos, de los cuales se utilizan fundamentalmente dos, el disulfiram (antabus®) y la cianamida cálcica (Colme®).

FÁRMACOS INTERDICTORES:

Este tipo de fármacos se emplearán principalmente en aquellas personas que tienen serias dificultades para detener la ingesta o mantener la abstinencia. No siempre se deben dar de entrada cuando se inicia un tratamiento, ya que en primer lugar debemos asegurarnos de la total abstinencia del paciente y por otro lado de la disponibilidad del mismo a tomarlos.

En algunos casos lo que se hace es iniciar un tratamiento indicando una reducción del consumo hasta que se llegue a la abstinencia asociando fármacos para controlar el síndrome de abstinencia.

Si vemos que la abstinencia se mantiene pocos días o que las recaídas son frecuentes, explicaremos la utilización de estos fármacos así como su mecanismo de acción a la vez que motivaremos al paciente para que acepte el uso de los mismos.

El mecanismo de acción principal de los fármacos interdictores es la inhibición de la aldehidodeshidrogenasa, provocando en la persona que ingiera bebidas alcohólicas un incremento del acetaldehído y por lo tanto una dificultad o retraso en el metabolismo del etanol, dificultando su paso a acetato antes de ser eliminado en la orina.

Para la utilización de estos fármacos se ve conveniente una supervisión en su toma e incluso la firma de un consentimiento informado por parte del paciente, donde se vea reflejada la voluntariedad de la toma y la comprensión de los efectos del mismo en caso de ingesta de bebidas alcohólicas.

Las principales interacciones de estos fármacos se dan en el uso concomitante con anticoagulantes y antidiabéticos orales.

Son fármacos bien tolerados en general, ya que no suelen dar problemas a no ser que exista una ingesta de etanol, aunque tiene unas contraindicaciones en pacientes con insuficiencia hepática grave, cardiopatía e hipertensión arterial.

El descubrimiento de este tipo de fármacos probablemente fue casual ya que en concreto la Cianamida Cálcica (Colme®) se estaba utilizando para abono para plantas y otro fármaco que también tiene este efecto, el Metronidazol (flagil®), se utilizaba como antiparasitario en las enfermedades de transmisión sexual, el primero casual y el segundo por prescripción facultativa provocó un efecto aversivo cuando los que lo tomaron ingirieron bebidas alcohólicas, el Colme se sigue utilizando en la actualidad para ayudar a dejar de beber.

Cianamida cálcica: Colme®.

El mecanismo de acción, como ya hemos comentado, consiste en provocar una inhibición de la aldehidodeshidrogenasa y por lo tanto una acumulación de acetaldehído, esto dará como resultado, en la persona que ha consumido simultáneamente bebidas alcohólicas: Ruberosis facial, náuseas, vómitos, dolor abdominal, confusión, etc...

Aunque hemos dicho que son fármacos bastante inofensivos, si que se han descrito con poca frecuencia e intensidad algunos efectos secundarios, por ejemplo: Somnolencia, mareos, astenia, erupciones, acúfenos, depresión, impotencia sexual, incontinencia urinaria, leucocitosis, alteraciones hepáticas.

La posología habitual es oral, en forma de gotas que se pueden dar con agua, cualquier otro líquido o alimento, siempre que el paciente sepa que lo va a tomar, aunque no sepa dónde, la dosis más frecuente es de 36 - 75mg./12h. o lo que es lo mismo 12 - 25 gotas / 12 horas, teniendo que 1 gota = 3 mgr.

Cuando se retire el fármaco se aconseja no ingerir alcohol durante o en las 12 horas siguientes a la suspensión del fármaco.

La presentación es en frascos de 15 ml. Con una equivalencia de 1 ml = a 60 mgr.

Disulfiram: Antabús®.

Como una paradoja, cuando se estaba planteando que el alcoholismo era (es) una enfermedad, salieron al mercado los primeros comprimidos de disulfiram con el desdichado nombre de "antivitium", más tarde y para mantener su nombre definitivo pasaron a denominarse "antabús", utilizando esta misma nomenclatura para definir el efecto aversivo que provoca, "efecto antabús".

No todos los adictos al alcohol aceptaban la medicación e incluso algunos de ellos hacían mil una trampa para no ingerir la medicación, lo que llevó a la aparición de una forma galénica o presentación denominada "Esperal", se trataba de un frasco con 10 comprimidos de disulfiram de 100 mgr. para implantación subcutánea y que la suministraba sanidad por medio de

los productos extranjeros, ya que en España no se llegó a fabricar, más adelante se ha intentado con disulfiram depot, inyectado intramuscular, preparado magistralmente en farmacia, y aunque el laboratorio fabricante del producto asegura que no existe un preparado depot, la cuestión es que por efecto terapéutico o placebo, ya que en todo caso se inyecta la sustancia, en algunos adictos al alcohol les ha ayudado a conseguir / mantener la abstinencia.

Un apunte, para estos productos depot no hay ningún estudio hecho que mida los niveles plasmáticos de disulfiram. Así que cada facultativo decidirá según arte.

El mecanismo de acción del disulfiram es análogo al de la Cianamida, es decir produce la inhibición de la aldehidodeshidrogenasa, pero además inhibe la dopamina-beta-hidroxilasa y las oxidasas microsómicas.

Pero al final, al igual que para el Colme®, se produce una acumulación de acetaldehído, teniendo como consecuencia, rubeosis facial, náuseas, vómitos, dolor abdominal y confusión, siempre que se ingieran conjuntamente bebidas alcohólicas, alimentos o fármacos que contengan o cuyo excipiente sea el etanol.

En este caso las reacciones adversas más comunes, aunque también de baja incidencia son: Somnolencia, astenia, halitosis, cefalea, impotencia sexual, dermatitis de contacto, acné, neuropatía, psicosis, hepatitis severa.

La posología, oral es de 250 - 500 mg./24h, o lo que es lo mismo, 1 ó 2 comprimidos cada 24 horas.

Se aconseja no ingerir alcohol durante o en los 7 días siguientes a la suspensión del fármaco y su presentación es en forma de comprimidos de 250 mg. y en cajas de 40 comprimidos.

En cuanto a las interacciones con otros fármacos hay que tener en cuenta que alarga la vida media: Fenitoína (toxicidad hepática), warfarina (aumenta concentraciones plasmáticas), Isoniacida y rifampicina (neurotoxicidad), diacepam y clorodiazepóxido (disminuir dosis).

La administración del disulfiram está contraindicada en pacientes con alteraciones cardiovasculares, embarazo o psicosis. Y hay que tomar precauciones o al menos valorar el riesgo / beneficio cuando estemos ante cirrosis hepática, bronquitis crónica, diabetes mellitus, hipotiroidismo, epilepsia e insuficiencia Hepática.

Es difícil saber la posología y en que personas va a funcionar, no obstante del efecto placebo al terapéutico, es de lo que nos debemos servir para conseguir que la persona este sin consumir bebidas alcohólicas y ganar el tiempo para una correcta deshabituación y rehabilitación.

En este caso el efecto antabús consiste, en primer lugar en provocar un efecto semáforo, es decir la persona se pone colorada cuando bebe, debido a la vasodilatación, siendo este un buen marcador de la ingesta, además se puede provocar taquicardia, nauseas, sudoración, mareos, dolor precordial y hasta incluso pérdida de conocimiento...

En cuanto al manejo del paciente para cualquier interdicator, debe administrarse siempre de forma voluntaria y con el perfecto conocimiento del paciente tanto de su toma como de los posibles efectos, no debiendo darlo a pacientes con hipertensión arterial o con cardiopatía, y a

ser posible se dará bajo tutelaje de un familiar o amigo para evitar la manipulación y sabiendo que existe siempre una relación dosis / efecto.

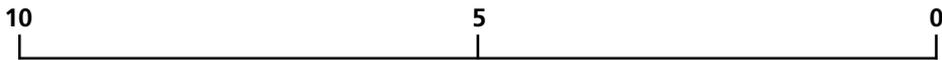
FÁRMACOS ANTICRAVING:

Uno de los problemas más importantes con los que debe enfrentarse el bebedor excesivo cuando deja de beber, es con el fenómeno del Craving o deseo compulsivo de beber, en ocasiones como un flash de recuerdo ante una determinada circunstancia, ambiente o compañía, otras debido al malestar del no consumo que le impele de nuevo de forma urgente a consumir.

Es difícil tener una definición o traducción exacta de la palabra Craving al castellano, por ese motivo lo hemos traducido como deseo o impulso irresistible, pero aún es más difícil de medir ya que cada persona lo vivirá con una intensidad y necesidad distinta.

Para hacer una medición más o menos aproximada y ver el descenso o incremento del deseo se utiliza habitualmente una escala analógica visual, que el paciente tendrá que señalar en cada visita.

Donde el 10 representa una intensidad de deseo extrema y el 0 nula.



En este sentido podemos utilizar fármacos denominados Anticraving, que ayudarán a la persona que deje de beber a mantener la abstinencia o ceder al deseo. Estos fármacos presentan a su vez un efecto antipriming, es decir se disminuye la necesidad compulsiva de seguir bebiendo una vez se ha iniciado la ingesta, por lo que en muchas ocasiones minimiza el consumo y las consecuencias del mismo, permitiendo frenar y reconsiderar el seguir bebiendo o volver a la abstinencia.

Por lo que estos fármacos se utilizan para frenar el inicio de la ingesta, minorizar la recaída, con el fin de no seguir bebiendo.

Estos fármacos se pueden dar al paciente aunque todavía no haya conseguido la abstinencia, ya que no interactúan con el alcohol y pueden ser un camino para reducir el consumo hasta lograr la abstinencia, pero sobre todo su utilidad está en utilizarlos una vez detenido el consumo para mantener la abstinencia, disminuir las ansias de consumo y por lo tanto disminuir la posibilidad de que aparezca una recaída.

La necesidad de utilizar los fármacos anticraving viene determinada por el hecho de que el tratamiento psicosocial ayuda a muchos alcohólicos a reducir la bebida o alcanzar abstinencia; pero del 40% al 70% recaen en el primer año, estas cifras podrían mejorarse si tenemos en cuenta que el avance neurobiológico ha permitido el desarrollo de estos fármacos que a la

postre incrementan la eficacia de tratamientos psicosociales (Litten et al. 1996) ya que actúan sobre el mecanismo de neurotransmisión del sistema de recompensa cerebral y pueden servir para evitar, detener o minimizar los efectos de la recaída.

Naltrexona:

Es uno de los dos fármacos anticraving más utilizado y aprobado por la FDA (Food and Drug Administration), es un antagonista opiáceo, que se había utilizado en el tratamiento de los adictos a la heroína en los denominados programa libres de drogas, actúa sobre receptores opiáceos, que son compartidos tanto por los opiáceos como por el etanol.

La presentación más común es la de comprimidos de 50 mgr. y su posología es la de un comprimido al día. Al ser un antagonista de los opiáceos, interacciona con ellos, por lo que cualquier fármaco que contenga derivados del opio estará contraindicado (morfina, codeína...)

Al principio se le otorgaba una supuesta toxicidad hepática, observando un incremento de las transaminasas, después de años de uso se sabe que realmente la naltrexona precisa de un hígado sano para poder ser terapéuticamente útil ya que la naltrexona por si misma no es activa y con su paso por el hígado se convierte en naltrexol que es el metabolito activo, aunque es cierto que hay una contraindicación cuando estamos delante de un paciente con insuficiencia hepática, ya que además de no ser útil el fármaco, su hígado se podría dañar más si cabe.

Se tuvieron que realizar distintos y diversos estudios para determinar que la naltrexona, como antagonista opiáceo podía ser útil en el tratamiento de alcoholismo, estos estudios llegaron a las siguientes conclusiones:

El consumo alcohol afecta la producción, liberación y actividad de péptidos opiáceos (Herz 1997)

Los Peptidos opiáceos median en los efectos de recompensa del alcohol a través de la liberación de dopamina.

Los Antagonistas opiáceos suprimen la recompensa inducida por el alcohol (Swift 1999) y por lo tanto disminuyen el consumo general (Boyle et al. 1998)

Los Hijos de alcohólicos presentan una respuesta exagerada de endorfinas al alcohol (King et al. 1997)

Y finalmente la FDA día aprobó el uso de la Naltrexona 50 mg/día para el tratamiento del alcoholismo basándose en los estudios de O'Malley et al. 1992 y Volpicelli et al. 1992.

Otra añadido que nos aporta el tratamiento con naltrexona es la posibilidad de que la persona empiece a tomárselo incluso antes de estar abstinente con la idea de que se vayan reduciendo las ganas de beber y finalmente se consiga la abstinencia o al menos se minimice el efectos de las recaídas.

La naltrexona se puede dar conjuntamente con el disulfiram o la cianamida y así actuamos con anticraving y con interdictor, siendo los resultados más positivos desde el punto de vista de la abstinencia.

Otra ventaja que tiene la utilización de la naltrexona es que no presenta efecto retirada. Si no aparecen efectos secundarios, entre los cuales el más frecuente son las náuseas, que además se suele minimizar si damos la medicación por la mañana, el tratamiento lo mantendremos durante un periodo de entre 3 y 6 meses.

Los diversos estudios clínicos demuestran que la utilización de la naltrexona incrementa la abstinencia, disminuye el tiempo y la cantidad de bebida entre los que siguen bebiendo y toman la medicación así como decrecen los días de consumo, el número de bebidas día, la frecuencia y gravedad de las recaídas, los días de consumo elevado y puntúan más bajo en la escala de craving.

Para llegar a estas conclusiones se realizaron 17 trabajos de investigación en los que se incluyeron 1780 pacientes que estuvieron tomando 50 mgr. de naltrexona durante un período de entre 12 y 24 semanas.

Acamprosato:

El otro fármaco anticraving que se ha estado utilizando es el acetilhomotaurinato de calcio (acamprosato), relacionado con la taurina, el GABA (ácido gamma amino butírico) y el glutamato; actuaría restaurando la actividad GABAérgica normal, disminuida por el consumo crónico de alcohol, a la vez que disminuiría el estado de hiperfunción de la neurotransmisión excitatoria glutamatérgica, con lo que aliviaría el estado de hiperexcitabilidad residual del sistema nervioso central (S.N.C.) que persistiría tras el abandono del consumo de alcohol, en las personas que han desarrollado una dependencia del alcohol.

Esta neuroregulación reduciría el "ansia" o deseo compulsivo de beber, que los anglosajones denominan "craving" de alcohol. Su posología es de 2 comprimidos de 333 mgr. tres veces al día. Precisamente esta posología tan elevada ha dado como resultado que en España sea un fármaco poco utilizado, ya que su cumplimiento entre los alcohólicos ha sido muy bajo lo cual ha disminuido su efectividad.

El uso en estos momentos es casi anecdótico, pero se trata de una posibilidad terapéutica interesante ya que este fármaco es mejor tolerado a nivel hepático y suele dar menos efectos secundarios que la naltrexona.

El acamprosato reduce la gravedad y el número de recaídas en el tratamiento de pacientes alcohólicos orientados a la abstinencia (Chick, 2003) y mantiene la abstinencia bloqueando el craving por refuerzo negativo en ausencia de alcohol (Mann, 2004).

Tanto los resultados del estudio de Kiefer (2003), como los del estudio COMBINE (Anton y cols., 2006) apuntan a que naltrexona es superior a placebo y superior también a acamprosato, para la prevención de recaídas.

Sin embargo en el estudio COMBINE acamprosato no es superior a placebo. Además la asociación de naltrexona con acamprosato no parece que consiga un mejor resultado terapéutico que la simple administración de naltrexona, en ninguno de los dos estudios.

Los ensayos controlados y metanálisis efectuados con Acamprosato, para el tratamiento del alcoholismo, han comprobado que produce una mejoría en la tasa de abstinencia y en los días acumulados de abstinencia de bebidas alcohólicas, por tanto parece que sería de mayor utilidad para el tratamiento dirigido a la abstinencia continuada (Bouza y cols., 2004). El nivel de evidencia para este fármaco es I.

Nalmefene:

Otro fármaco que está a punto de comercializarse en España y que tendría un efecto parecido, es el Nalmefene se trata de otro antagonista de los receptores opioides que podría ser de utilidad para el tratamiento del alcoholismo (Mason y cols., 1999).

Algún estudio piloto le otorga una eficacia similar a naltrexona (Mann,2004), con la posible ventaja sobre la naltrexona, de ser menos hepatotóxica.

Un estudio controlado multicéntrico, efectuado con 403 pacientes, ha comprobado que nalmefene es superior a placebo para conseguir una reducción significativa del consumo de alcohol, tomando el fármaco sólo aquellos días en los que el paciente intuye que tiene posibilidades de tomar alcohol.

Podría ser de utilidad para los pacientes que no beben todos los días pero que el día que lo hacen presentan pérdida de control (Karhuvaara y cols., 2007). En este fármaco el Nivel de evidencia es 3, y todavía le falta rodaje para que comprobemos su utilidad terapéutica.

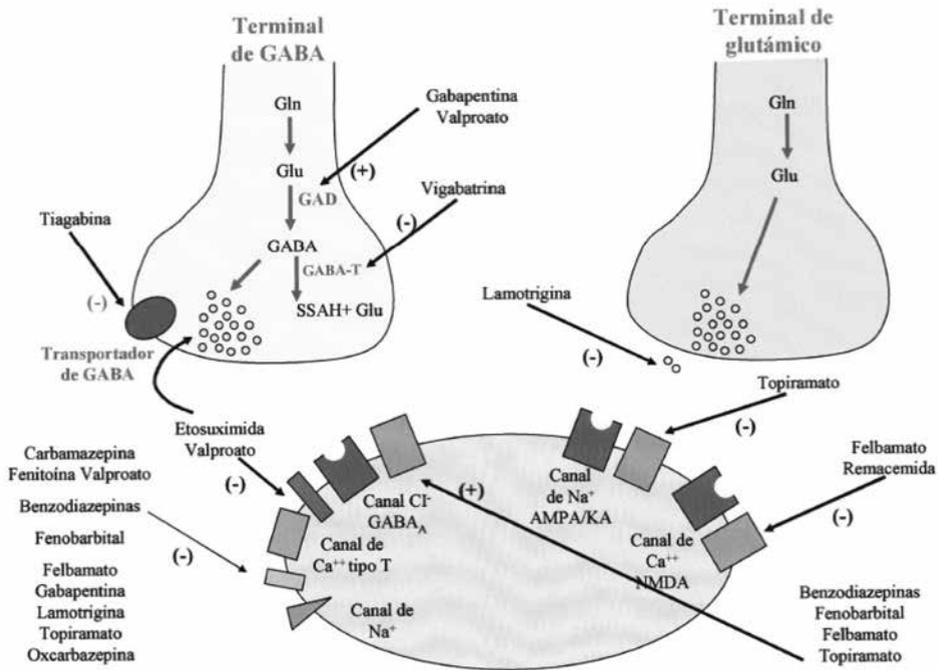
FÁRMACOS PARA LA IMPULSIVIDAD:

Un grupo de fármacos están siendo utilizados últimamente en el tratamiento de las adicciones, se trata de los nuevos antiepilépticos, dentro de este grupo de fármacos están los Anticonvulsivantes o antiepilépticos de nueva generación, que actúan como eutimizantes (reguladores del estado de ánimo), anticraving, y para controlar la ansiedad y los impulsos.

Entre ellos contamos con, la **Gabapentina** (Neurontin®, Gabatur®), el **Topiramato** (Topamax®, Acomil®), la Pregabalina (Lyrica®), la **Lamotrigina** (Lamictal®,Crisomet®), la **Oxcarbazepina** (Trileptal®), la Zonisamida (Zonegran®) además de la Tiogabina, y el Felbamato, estos últimos poco utilizados.

Uno de los efectos terapéuticos comunes a estos fármacos estaría relacionado con el control de impulsos, por medio de distintos mecanismos de acción, incluidos el bloqueo voltaje dependiente de los iones sodio y calcio y el efecto inhibición o excitación neurotransmisora a nivel del GABA (ácido gamma amino butírico) o del glutamato.

Mecanismo de acción



Gabapentina:

Su utilización en el Síndrome de Abstinencia al Alcohol podría estar justificada, además de por las razones señaladas para el caso de los anticonvulsivantes, por el hecho de tener un efecto directo de incremento de la actividad gabaérgica (Taylor y cols., 1998; Herranz, 2003). Diversos estudios han demostrado su eficacia en dosis próximas a 1.200 mg por día en el tratamiento del SAA, tanto en estudios abiertos, en monoterapia o asociados (Myrick y cols., 1998; Watson y cols., 1997; Rustembegovic y cols., 2004), como en estudios controlados (Mariani y cols., 2006; Bonnet y cols., 1999; Bonnet y cols., 2003). La gabapentina es un fármaco seguro en su utilización dado su perfil de bajo riesgo de adicción, ausencia de alteraciones cognitivas y facilidad de uso incluso ante alteraciones hepáticas o hematológicas (Mariani y cols., 2006).

Gabapentina presenta un perfil de uso más favorable que otros anticonvulsivantes por su efecto gabaérgico y mayor tolerabilidad, sin embargo todavía no existe suficiente evidencia de eficacia en el tratamiento del Síndrome de Abstinencia Alcohólica. El Nivel de Evidencia se sitúa en 3.

Oxcarbazepina:

Se utiliza como antiepiléptico. Su estructura química deriva de la carbamazepina, un fármaco eficaz para el tratamiento de desintoxicación del alcohol y también del trastorno bipolar. La ventaja de oxcarbazepina sería que no presenta los efectos adversos potencialmente graves que se le atribuyen a la carbamazepina, sin embargo no se dispone todavía de estudios controlados sobre su eficacia para la prevención de recaídas en el alcoholismo.

En un estudio abierto, de 90 días de tratamiento, los pacientes que tomaron dosis más elevadas de oxcarbazepina (1500-1800 mg/día) consiguieron una mayor reducción en la tasa de recaídas que los que tomaron dosis más bajas (600-900 mg/día) (Martinotti y cols., 2007).

Su mecanismo de acción consiste en un bloqueo de los canales de potasio, reducción de la transmisión glutamatérgica, inhibición de los canales de sodio, modulación de los canales de calcio tipo N y aumento de la transmisión dopaminérgica y serotoninérgica.

Topiramato:

Es un fármaco antiepiléptico comúnmente utilizado en el Trastorno de Control de los Impulsos y también en el alcoholismo para lo que se han desarrollado múltiples estudios.

El topiramato (oral), reduce las consecuencias de la bebida y mejora la calidad de vida de los dependientes al alcohol de forma individual según un estudio controlado randomizado realizado por Johnson BA et al. y publicado en Arch Gen Psychiatry 61: 905-912, 2004.

Otros estudios han valorado la Odds Ratios (DE) entre Topiramato y placebo para el incremento de los percentiles de la puntuación máxima de la escala Q-LES-Q, observándose una mejoría en la calidad de vida de los pacientes.

Topiramato también se ha visto útil en el tratamiento de la dependencia del alcohol y en el tratamiento de los pacientes dependientes del alcohol con comorbilidad psiquiátrica dependencia del alcohol (Bankole A. Johnson, Nassima Ait-Daoud et al Lancet 2003; 361: 1677-85)

La dosis de topiramato más frecuentemente empleada fue la de 300 mg/día, escalado de 25 mg/día/semana, observándose como resultados más destacados cambios en el consumo diario de alcohol, una mejora en la escala obsesiva compulsiva y una mejora en las tasas de Gamma Glutamil Transpeptidasa.

Con todos estos datos podemos concluir que Topiramato es una medicación segura y eficaz para el tratamiento del alcoholismo (más eficaz que placebo para reducir el consumo de alcohol y fomentar la abstinencia) y que la mejoría inducida por topiramato en los resultados de consumo de alcohol, notificado por el paciente, fue corroborada por las correspondientes disminuciones de la GGT plasmática, además reduce eficazmente el deseo de consumo en los tres factores de la Obsessive Compulsive Drinking Scale.

En los diferentes ensayos clínicos controlados con placebo y estudios abiertos, se ha podido demostrar la capacidad anti-craving y anti-impulsiva del topiramato, estos estudios indican

resultados prometedores en distintas adicciones mejorando el impacto y la calidad de vida en los pacientes.

Pregabalina:

La pregabalina también es un fármaco antiepiléptico que tiene un mecanismo de acción similar a la gabapentina, pero que tiene una acción más específica e indicación para el trastorno por ansiedad generalizada y también tiene una utilidad en el dolor neuropático.

Por ello es muy útil en pacientes que además del craving presentan síntomas de nerviosismo y con una dosis de entre 75 a 300 mgr/día (preferentemente repartido en dos tomas) puede disminuir el deseo de consumo y provocar cierta relajación en el individuo además de ayudar a tener un sueño reparador.

Debido a su utilidad sobre el dolor neuropático estará indicado en la polineuropatía alcohólica, siendo muy bien tolerado y con escasas interacciones y efectos secundarios.

Zonisamida:

Se trata de un fármaco anticonvulsivante más reciente que presenta como ventaja su buena tolerancia y su fácil posología (25 – 50 ó 100 mgr/día) y aunque aun no hay suficientes estudios al respecto, parece ser que su efectividad en la dependencia alcohólica sería semejante a la que aporta el topiramato. Se deben realizar más estudios a este respecto con este fármaco.

TRATAMIENTO COADYUVANTE

El tratamiento coadyuvante se ajustará según la patología asociada que presente el paciente, ya sea de tipo orgánico o psiquiátrico, el caso es que no solo haya que tratar la dependencia al alcohol sino también la comorbilidad o patología derivada de su consumo excesivo, o en ocasiones causante del mismo.

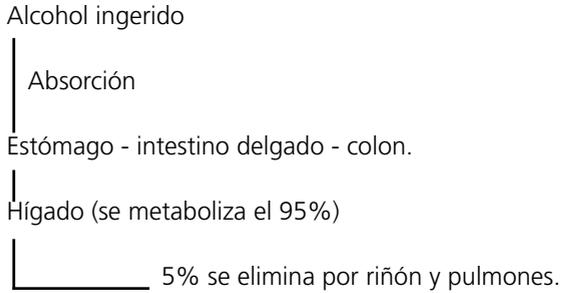
1.- Patología orgánica:

Se dice que con la dependencia al alcohol no hay órgano que no quede dañado por el consumo desmesurado de etanol y que casi podríamos hablar de un tratado de patología orgánica para revisar todas las posibles consecuencias que sobre el organismo causa el alcohol, ello es debido al propio metabolismo del etanol y a su toxicidad directa sobre los distintos tejidos.

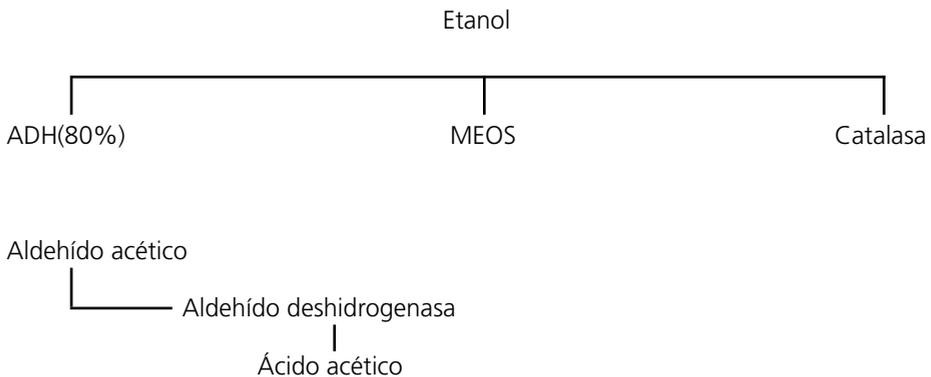
No vamos aquí a entrar en el tratamiento de cada una de las patologías orgánicas, pero si al menos hacer un repaso de ellas para que cuando hagamos la historia clínica y la anamnesis a los nuevos pacientes, no se nos pase por alto la posibilidad de diagnosticar alguna de ellas.

Pensar en la posibilidad de que existan, facilita el diagnóstico, y por lo tanto su tratamiento y mejora integral del enfermo alcohólico ganado en adherencia hacia el tratamiento.

Metabolismo del alcohol (etanol):



El alcohol se oxida en el hígado;



Consecuencias metabólicas

Hidratos de carbono: Disminución de neoglucogénesis e hipoglucemia.

Lípidos: Aumento de triglicéridos, aumento síntesis lipoproteínas y aumento colesterol.

Proteínas: Disminución síntesis y disminución secreción albúmina y transferrina.

Aumento de la producción de lactato: Hiperuricemia.

Aumento de la síntesis del ácido delta - amino - levulínico (porfirias).

Aumento de la producción de cuerpos cetónicos: Cetosis y cetoacidosis.
Hipogonadismo y ginecomastia por alteración del metabolismo de estrógenos.

Marcadores biológicos

Aumento V.C.M.

GOT - GPT - Gamma GT.

Aumento triglicéridos y colesterol.

Alteraciones en la coagulación.

Alteraciones en el proteinograma.

CDT. (Transferrina Deficiente en carbohidratos o Deshialotransferrina)

Aparato reproductor

Impotencia por: Neuropatía autonómica (irreversible)

Alteraciones hormonales (aumento estrógenos)

Esterilidad: Eje hipotálamo - hipofiso - gonadal.

Alteraciones hematológicas

Anemia megaloblástica.

Déficit de vit. B12.

Déficit ácido fólico. - Aumento VCM.

Leucopenia (neutropenia): efecto tóxico directo del alcohol sobre la mielopoyesis (deficiencia inmunitaria).

Trombopenia - plaquetopenia: Alteraciones en la coagulación.

Alteraciones musculares y cardíacas

Miopatía y miocardiopatías alcohólicas:

Miopatía alcohólica aguda:

Necrosis aguda de las fibras musculares, inducida por el alcohol etílico.

La manifestación más frecuente se da en forma de dolor, preferentemente en las pantorri-llas; sin descartar la cara, faringe o músculos respiratorios.

Existe una forma aguda paralítica, afortunadamente menos frecuente.

Miopatía alcohólica crónica:

Su clínica es la de debilidad y atrofia muscular de más de 6 meses de evolución.

La abstinencia alcohólica será determinante para la desaparición de estos síntomas.

Miocardiopatía alcohólica:

Es la causa más frecuente de Miocardiopatía dilatada, en algunas ocasiones existe una infección viral previa.

De forma aguda: disminución de la contractilidad cardíaca, disminución de la función cardíaca por un descenso de la eyección y aparición de arritmias.

De forma crónica: Insuficiencia cardíaca con astenia, ortopnea, disnea paroxística nocturna, tos y edemas.

¿El alcohol como vasodilatador?: existen estudios que intentan demostrar las cualidades de las bebidas alcohólicas, especialmente del vino sobre el corazón, o como protector frente a determinados cánceres, sobre todo a partir de una molécula contenida en el mismo denominada resveratrol, que curiosamente está en la piel de la uva e incluso en algunos frutos secos. Sea como sea la correlación con la protección de enfermedades dibuja una curva en J, es decir pequeñas cantidades pueden proteger (20 gr.), pero con un poco más se puede lesionar (30 – 40 gr.), con lo cual existe siempre más riesgo que ventajas, además el consumo de bebidas alcohólicas favorece el incremento de triglicéridos, la aparición de eventos cardiovasculares tipo Infarto Agudo de Miocardio y produce un incremento de la Tensión Arterial. Por estos motivos nos quedamos con la recomendación de la OMS: **Alcohol cuanto menos mejor.**

Alteraciones del Sistema nervioso periférico

Polineuropatía alcohólica:

Afecta entre el 10 - 30% de los alcohólicos.

Por déficit de vit.B y efecto tóxico directo del etanol.

Clínica:- Pérdida de fuerza muscular distal, parestesias y dolor en ambas extremidades inferiores.

Hiporreflexia rotuliana o aquilea.

Dificultades en la marcha.

En ocasiones se afectan las extremidades superiores.

Tratamiento: recuperación en unos 6 meses con vit.B.

Alteraciones del Sistema Nervioso Central

Síndrome de Korsakoff.

Estado amnésico. Incapacidad de recordar hechos de memoria reciente, puede causar confabulación y situaciones paradójicas, no puede aprender técnicas nuevas.

Se puede interpretar como la fase crónica de la encefalopatía de Wernicke (lesión cerebral por déficit de tiamina).

Etiología: Lesión de las superficies mediales de los lóbulos temporales (hipocampo). Interferencia con las vías del sistema límbico.

Lesión de los cuerpos mamilares o núcleo medial dorsal del tálamo.

Se puede asociar con una crisis inicial de encefalopatía de Wernicke.

Síntomas y signos: Puede ser incompleto o estar enmascarado.

- Defecto de memoria para información reciente, la suple con experiencias anteriores y hay poco deterioro intelectual.
- Desorientación temporal - Confabulación.
- Cambios emocionales: Apatía - Ligera euforia

Respuesta incompleta o mala a acontecimientos.

Pronóstico: Malo. La destrucción es irreversible.

Suelen requerir ingreso.

Demencia alcohólica

El 50 - 70% de los alcohólicos presentan alteraciones objetivables de su función mental.

Un 10%: cuadro de deterioro mental grave que les impide el mantenimiento de una vida social normal. (Demencia).

Clínica:

- Deterioro intelectual global.
- Dificultad en la resolución de problemas.
- Disfasias.

Alteraciones del Aparato digestivo

Esófago

Alteraciones motoras.

Esofagitis por reflujo. (disminución de la presión del esfínter esofágico inferior - pirosis).
Cáncer de esófago.

Estómago

Gastritis aguda.
Gastritis crónica.
Retraso en el vaciamiento gástrico.
Úlcus?.

Intestino delgado

Alteraciones en la mucosa.
Alteraciones en los mecanismos de transporte.
Malabsorción. (disminución de tiamina y folatos - diarrea y pérdida de peso).

Intestino grueso

- Aumento del peristaltismo.(Colon irritable)
- Alteraciones morfológicas de la mucosa.
- Cáncer de colon y recto.

Alteraciones Pancreáticas

Pancreatitis aguda:

La pancreatitis es una enfermedad poco común en la cual el páncreas se inflama.

El daño a la glándula se produce cuando las enzimas digestivas son activadas y comienzan a atacar al páncreas. En casos severos, puede haber hemorragia dentro de la glándula, severo daño a los tejidos, infección y formación de quistes.

Las enzimas y las toxinas pueden entrar en el torrente sanguíneo y dañar seriamente a otros órganos, como ser el corazón, el pulmón y los tejidos.

En su forma aguda ocurre bruscamente y puede ser severa, poner en peligro la vida y presentar complicaciones. Usualmente, la persona afectada se recupera completamente. Si la injuria al páncreas continúa como en el caso que se persista en la ingesta de alcohol puede producirse la enfermedad crónica, ocasionando dolor y una disminución de la función del páncreas que afecta a la digestión de los nutrientes y produce pérdida de peso.

En la mayoría de los casos es producida por el abuso del alcohol y como poco común complicación de los cálculos biliares. Otros casos pueden estar relacionadas con medicaciones, traumatismos o cirugía en el abdomen. En casos raros puede ser debido a infecciones como ser paperas (parotiditis). En un 15 % al 30 % de los casos la causa es desconocida.

Clinica:

- Dolor súbito, intenso y continuado en epigastrio.
- Náuseas y vómitos.
- Detención del tránsito gastrointestinal.
- Rubefacción facial.
- Ictericia.
- Taquicardia.
- Hipotensión - Shock Taquipnea - confusión mental.
- Oliguria - Insuficiencia cardíaca.

Tratamiento:

Reposición hidrosalina + analgésicos.

Sonda nasogástrica.

Pancreatitis crónica

Clinica:

- El 50% de las pancreatitis se cronifican.
- Dolor intenso y constante (aumenta con ingesta).
- Diarrea.
- Flatulencia
- Dolores cólicos.
- Diabetes de instauración tardía.
- Pérdida de peso.

Tratamiento:

Corregir los factores etiológicos.

Enlentecer el proceso.

Enzimas pancreáticos.

Nutrición adecuada.

Analgésicos.

Control de la glucemia.

Cirugía : Complicaciones - dolor rebelde. (drenaje - pancreatocotomía parcial).

Alteraciones Hepáticas

- Esteatosis.
- Hepatitis.
- Cirrosis
- Hipertensión portal.
- Encefalopatía hepática.

La influencia del alcohol en la aparición de hepatopatías fue intuita muchos siglos atrás. Recientemente, después de estudios controlados, se puede afirmar que el etanol actúa como tóxico directo hepático.

A nivel mundial el consumo del alcohol se ha acentuado considerablemente durante los últimos años, incidiendo en un aumento notable de la patología hepática.

El alcohol como hemos visto se metaboliza casi exclusivamente en el hígado, lo que explica que las alteraciones hepáticas sean las que se observan con mayor frecuencia en los pacientes alcohólicos.

Su diagnóstico precoz será la mejor medida preventiva y terapéutica, puesto que en no pocas ocasiones el tratamiento centrado en la abstención del alcohol produce la regresión de las lesiones y en consecuencia impide la evolución a un hígado nodular.

Estudios epidemiológicos en varias regiones españolas coinciden en demostrar que alrededor de un 10% de la población efectúa un consumo excesivo, y por lo tanto peligroso de bebidas alcohólicas.

La mortalidad por cirrosis es de 7 a 14 veces superior en los alcohólicos que en los no bebedores.

Esteatosis Hepática

El 70% de los bebedores diarios de entre 80 -160 gr de alcohol pueden desarrollar una esteatosis hepática.

Es la alteración hepática más frecuente.

Aparece un depósito de vacuolas grasas en los hepatocitos sin alteración estructural... lipo-granuloma (reacción inflamatoria).

Asintomático con hepatomegalia blanda.

Se trata de un proceso benigno que cede con la abstinencia y progresa con el consumo.

Hepatitis alcohólica

En bebedores de 80 -160 gr/día , el 30% desarrollarán una hepatitis a los 5 años.

Se presenta en alcohólicos crónicos junto con polineuritis, psicopatía, pancreatitis...

La mortalidad se sitúa entre el 10-20%, y la posibilidad de transición a cirrosis es de hasta un 80% si persiste la ingesta.

Formas de presentación de la hepatitis alcohólica:

Asintomática:

Hallazgo casual de laboratorio o hepatomegalia.

Hepatopatía crónica:

Acompañada de otros síntomas de cronicidad como hipertensión portal, ascitis, hemorragia digestiva...

Hepatitis alcohólica aguda:

Se puede presentar de forma aguda con náuseas, vómitos y dolor abdominal en hipocondrio derecho; hepatomegalia dolorosa, ictericia, fiebre, leucocitosis, aumento de G.O.T. , G.P.T., bilirrubina y V.S.G. (+), aumento de gGT y fosfatasa alcalina (++) , con hipoproteínea.

Forma fulminante:

Insuficiencia hepatocelular y muerte (se acompaña de insuficiencia renal funcional progresiva).

Colestasis aguda alcohólica:

Instauración rápida - Diagnóstico anatómo-patológico.

Síndrome de Zieve:

Hepatitis + esteatosis masiva + Hemólisis + hiperlipidemia transitoria.

El tratamiento es sintomático, supresión de alcohol y aporte nutritivo y vitamínico adecuado.

Cirrosis

El 25% de los bebedores que ingieren más de 160 gr/día de etanol desarrollarán cirrosis al cabo de 10 años. En bebedores de más de 230 gr/día y para ingestas superiores a 20 años el porcentaje sube al 50%.

Normalmente es el paso siguiente de la hepatitis alcohólica.

La podemos definir como una enfermedad crónica y difusa del hígado en el cual la necrosis destruye el parénquima, a la vez que prolifera el tejido conjuntivo.

Destrucción de la arquitectura normal de los lobulillos.

El diagnóstico es por laparoscopia - biopsia.

El 60% de todas las cirrosis son alcohólicas.

Clinica

- Dilatación vascular periférica - cara.
- Arañas vasculares.
- Manchas blancas después de un enfriamiento - brazos.
- Eritema palmar - Dupuytren.
- Lengua barnizada.
- Blanco de las uñas.
- Anomalías pilosas - axilas y pubis.
- Xantomas y xantelasmas.
- Ginecomastia.
- Disminución de la libido - alteración potencia viril - atrofia testicular.
- Trastornos menstruales - hirsutismo.
- Hipertensión portal : - Varices esofágicas.
- Ascitis.
- Hemorroides.
- Asterixis - flapping tremor.
- Fetor alcohólico (amoniaco).
- El curso es progresivo, hacia coma y muerte. En caso de detener la ingesta se puede detener el proceso, no curarlo.
- Existe una clara relación cirrosis/cáncer.

Encefalopatía hepática

Se trata de un síndrome neuropsiquiátrico por enfermedad hepática que suele deberse a una derivación porto-sistémica de sangre venosa.

Etiología:

Hepatitis aguda fulminante.

Drogas o toxinas.

Cirrosis. (alcohólica).

Patogenia:

El hígado metaboliza y detoxica productos de la digestión que llegan por la vena porta. Si escapan a la circulación general, por deterioro del parénquima hepático, o por alteración en el sistema portal, llegan al cerebro y se produce el efecto tóxico.

En este caso, el amoníaco como producto de la digestión de proteínas tiene un papel importante, así como las aminas biógenas, los ácidos grasos de cadena corta y otros productos entéricos.

Las aminas pueden interferir, actuando como falsos neurotransmisores.

Anatomopatológicamente encontramos una hiperplasia de los astrocitos con o sin daño neuronal.

Clínica:

- Cambios de personalidad:
- Conducta inadecuada.
- Alteración del humor y deterioro del juicio.
- Trastornos de la conciencia:
- Cambios en el sueño o movimientos y habla muy lentos.
- Somnolencia.
- Confusión.
- Estupor.
- Coma.
- Apraxia de construcción: Dibujar una estrella (signo temprano).
- Hedor hepático.
- Asterixis.
- Hiperreflexia y signo de Babinsky.

- Agitación o manía (casos fulminantes - niños).
- Convulsiones y signos de degeneración neurológica.

Diagnóstico:

- Datos clínicos (no hay correlación con las pruebas de función hepática).
- E.E.G.: Actividad difusa de onda lenta.

Pronóstico:

- Responden bien al tratamiento y no suele dejar secuelas.
- Los enfermos con insuficiencia hepática crónica avanzada pueden llegar a la muerte por coma hepático.

2.- Patología Psiquiátrica:

La patología dual: de tiempo es conocido la asociación de las patologías adictivas, especialmente el alcoholismo con la presencia concomitante de patología psiquiátrica, lo que siempre se ha conocido como comorbilidad psiquiátrica.

A este fenómeno últimamente se le ha conocido como patología dual, o lo que es lo mismo, presentar trastorno por dependencia al alcohol, más ansiedad, depresión, trastorno bipolar, trastorno de personalidad o cualquier otra psicopatología...

Este sería el cuadro que resume los distintos trastornos:

Trastornos psiquiátricos inducidos por el alcohol:
<ul style="list-style-type: none"> - Intoxicación. - Abstinencia. - Delirium por intoxicación o abstinencia. - Trastorno mnésico persistente. - Trastorno psicótico con ideas delirantes. - Trastorno psicótico con alucinaciones. - Trastornos del estado de ánimo. - Trastornos de ansiedad. - Trastorno sexual. - Trastornos del sueño.

Trastornos duales. Comorbilidad psiquiátrica:

- Trastornos afectivos.
- Tentativas de autolisis.
- Trastornos de ansiedad.
- Trastorno delirante crónico.
- Esquizofrenia.
- Trastornos de personalidad.
- Trastornos alimentarios.
- Abuso de otras drogas.
- Ludopatía.

En ocasiones el consumo de bebidas alcohólicas puede provocar la aparición de trastornos psiquiátricos, en otras agravan la psicopatología previa y por último también encontramos enfermos psiquiátricos que abusan de las bebidas alcohólicas. Con todo ello podemos entender que para evaluar la comorbilidad psiquiátrica a veces no es fácil saber si el trastorno psiquiátrico es previo o posterior al abuso o dependencia al alcohol.

Entre esta comorbilidad y completando el espectro psiquiátrico, destacan los trastornos de ansiedad, los trastornos del estado de ánimo (depresión), las conductas suicidas, las disfunciones sexuales, la celotipia, los trastornos del sueño, los trastornos de personalidad (T. límite, T. antisocial, T. Dependiente...) la ludopatía, el Trastorno por Déficit de Atención, los trastornos de la conducta alimentaria, y el abuso de otras drogas.

Los trastornos psiquiátricos que hemos comentado no son exclusivos, ni mucho menos de los pacientes alcohólicos, no obstante está demostrado desde hace tiempo que la proporción de estos diagnósticos entre los abusadores o dependientes al alcohol es bastante superior que entre la población general.

A partir de este punto hay que hacer varias reflexiones antes de plantearnos un enfoque terapéutico, en primer lugar hay que atender a los aspectos físicos y psicológicos por lo que lo adecuado será que el paciente sea tratado por un equipo multidisciplinar, y en segundo lugar será imprescindible eliminar cualquier consumo de alcohol y también de otras sustancias para poder realizar un tratamiento correcto de la comorbilidad psiquiátrica y poder recuperar en la medida de lo posible todas las capacidades del sujeto.

El Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV de la American Psychiatric Association define y clasifica una serie de trastornos inducidos por alcohol, entre los que incluye:

- Intoxicación
- Síndrome de abstinencia
- Delirium por intoxicación o abstinencia.
- Trastorno amnésico crónico.
- Demencia

- Trastorno psicótico con alucinaciones.
- Trastorno del humor.
- Trastorno de ansiedad.

De ellos los trastornos de humor o del estado de ánimo se presentan con una elevada frecuencia.

Según el propio DSMIV estos cuadros engloban:

- El trastorno depresivo mayor se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores (p. ej., al menos 2 semanas de estado de ánimo depresivo o pérdida de interés acompañados por al menos otros cuatro síntomas de depresión).
- El trastorno depresivo distímico se caracteriza por al menos 2 años en los que ha habido más días con estado de ánimo depresivo que sin él, acompañado de otros síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.
- El trastorno depresivo no especificado se incluye para codificar los trastornos con características depresivas que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado ánimo mixto ansioso y depresivo (o síntomas depresivos sobre los que hay una información inadecuada o contradictoria).
- El trastorno bipolar I se caracteriza por uno o más episodios maníacos o mixtos, habitualmente acompañados por episodios depresivos mayores.
- El trastorno bipolar II se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores acompañados por al menos un episodio hipomaniaco.
- El trastorno ciclotímico se caracteriza por al menos 2 años de numerosos episodios de síntomas hipomaniacos que no cumplen los criterios para un episodio maniaco y numerosos períodos de síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.
- El trastorno bipolar no especificado se incluye para codificar trastornos con características bipolares que no cumplen criterios para ninguno de los trastornos bipolares específicos definidos en esta sección (o síntomas bipolares sobre los que se tiene una información inadecuada o contradictoria).
- El trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica se caracteriza por una acusada y prolongada alteración del estado de ánimo que se considera un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica.
- El trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias se caracteriza por una acusada y prolongada alteración del estado de ánimo que se considera un efecto fisiológico directo de una droga, un medicamento, otro tratamiento somático para la depresión o la exposición a un tóxico.

- El trastorno del estado de ánimo no especificado se incluye para codificar los trastornos con síntomas afectivos que no cumplen los criterios para ningún trastorno del estado de ánimo y en los que es difícil escoger entre un trastorno depresivo no especificado y un trastorno bipolar no especificado.

Se podría hablar de que la forma de presentación más frecuente es el propio trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias, pero realmente cualquiera de los demás puede estar presente entre los dependientes al alcohol e incluso los abusadores, lo difícil será en algunos casos que cuadro de los dos es el primario.

Además no es infrecuente que se confunda o se mezclen cuadros de ansiedad que pueden tener características comunes con las alteraciones del estado de ánimo, de hecho más de 1/3 de los dependientes de alcohol presentan sintomatología ansiosa.

La relación entre alcoholismo y trastornos de ansiedad es compleja, decía Hipócrates que *“La ingesta de vino con igual cantidad de agua libera de ansiedad y temores*. Y es que a veces el alcoholismo es consecuencia de Ansiedad previa, otras (la más frecuente) es el Alcoholismo el que causa la ansiedad, pero también pueden coexistir ambos trastornos de forma independiente ya que existe una teoría que apunta que ambos cuadros pueden compartir una base genética común.

En cuanto a la relación entre el alcohol y el estado de ánimo y en especial con la depresión, existen diferentes modelos explicativos, a saber:

- El que bebe para aliviar sintomatología depresiva previa, personalidades dependientes, temperamento crónico disfórico sobre la vida y sobre sí mismos.
- El que tiene sintomatología depresiva durante la intoxicación o abstinencia y desaparece con abstinencia.
- El que presenta la sintomatología durante la evolución de la dependencia como consecuencia de acontecimientos bio-psico-sociales: desintegración social, pérdida de trabajo, problemas familiares.

La cuestión es que hace más de 20 años se consideraba la depresión consecuencia directa del alcohol, que se calcula que el 30-40% de trastornos por alcohol pueden cursar con un cuadro depresivo, que el 71% de los alcohólicos han tenido en su vida un episodio depresivo y que el 15% de los alcohólicos actuales la sufren. Esto representa una incidencia casi el doble (1'8) que entre los no alcohólicos.

Y en cuanto a la actuación terapéutica lo más conveniente es siempre desintoxicar en primer lugar para luego tratar la depresión.

Como los cuadros se pueden solapar, es conveniente diferenciar la ansiedad de la depresión ya que el enfoque terapéutico y la actuación farmacológica y psicoterapéutica será distinta:

ANSIEDAD	DEPRESIÓN
Comienzo antes de los 30 a.	Comienzo después de los 30 a.
Síntomas críticos permanentes.	Síntomas cíclicos
Mejoría matutina	Mejoría vespertina
Insomnio de conciliación	Insomnio tardío (despertar precoz)
Pesadillas (sueños angustiosos)	Sueños tristes y sombríos
Temor a la muerte	Ideas (desiderativas) de muerte
Proyección al futuro (incertidumbre)	Proyección al pasado (culpa – desesperanza)
Mejoran con ansiolíticos.	Mejoran con antidepresivos
Peor pronóstico	Mejor pronóstico

La clínica y el curso de los trastornos del estado de ánimo dependerán del trastorno primario en ambos sexos, en ocasiones difícil de identificar ya que la evocación subjetiva de los síntomas no siempre es fiable y se tiende a referir la larga evolución o una depresión previa como excusa.

La depresión en alcohólicos se caracteriza (especialmente en pacientes con depresión primaria) por síntomas más numerosos y graves, episodios mas prolongados, mayor incidencia de intentos de suicidio y un aumento del uso incorrecto de otros fármacos.

En cuanto al Trastorno bipolar.

Las tasas de incidencia de enfermedad bipolar en pacientes dependientes de alcohol son relativamente bajas y variables, sobre todo porque es difícil distinguir los síntomas de la enfermedad bipolar de la euforia, impulsividad y pobreza de discernimiento de la intoxicación.

En cambio los estudios con muestras de pacientes bipolares sugieren que el abuso y dependencia tienen elevada prevalencia asociándose a resistencia al tratamiento.

Otro factor a tener en cuenta es la relación entre Alcohol y suicidio, de hecho aproximadamente 1/3 de los suicidios tienen relación con el alcoholismo avanzado. El alcoholismo explicaría un 25% de los fallecimientos por suicidio, siendo la tasa de suicidio entre alcohólicos es seis veces superior a la de la población general (manual APA 2006). Y es que la combinación de Depresión y Dependencia alcohólica se consideran uno de los factores de riesgo más importantes para el suicidio., además la ingesta de alcohol puede agravar los cuadros Depresivos, que se acompañan de una pérdida de las inhibiciones habituales precipitando la conducta suicida.

El suicidio en relación al alcohol es más frecuente en hombres, entre muy jóvenes o muy mayores.

Es difícil no obstante concretar la incidencia y prevalencia real de esta patología, en tanto en cuanto muchos cuadros no son diagnosticados o quedan enmascarados por el propio consumo que no se llega a admitir como patológico o ni siquiera excesivo, redundando en que no sabemos en muchas ocasiones cual es el inicio si el consumo o el trastorno del estado de ánimo.

Además un aforismo ya clásico en medicina nos advierte que las enfermedades no existen si no se piensa en ellas, porque no llegan a diagnosticarse y en muchas ocasiones nos encontramos con un infradiagnóstico tanto del alcoholismo como de los trastornos del humor.

En cuanto al tratamiento se recurre en muchas ocasiones a las benzodiazepinas ya que pueden tener su función en el tratamiento del síndrome de abstinencia al alcohol, son fármacos ansiolíticos y relajantes musculares e inductores del sueño.

El efecto calmante y ansiolítico que producen las benzodiazepinas es producto de los efectos sinápticos inhibidores del GABA sobre las neuronas de ciertas partes del cerebro. Los lugares dónde estos receptores se encuentran en mayor cuantía, son las partes del cerebro encargadas de regular la conducta emotiva, en concreto las mismas estructuras cerebrales y los mismos neurotransmisores que utilizamos cuando consumimos bebidas alcohólicas.

Este efecto produce ansiolisis, es decir rompe la ansiedad del individuo.

Las benzodiazepinas o tranquilizantes se clasifican según su tiempo de metabolización en ultrarrápidas, rápidas y lentas.

Se deben evitar en cuadros de ansiedad y depresión, sin embargo son fármacos de primera elección en el trastorno de ansiedad generalizada y son útiles en el trastorno de pánico durante las primeras cinco a seis semanas, así como en la agorafobia. Algunas son útiles incluso para la fobia social pero no son eficaces en el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) ni en el trastorno por estrés post traumático.

Como la dependencia al alcohol cursa en muchas ocasiones con una elevada ansiedad, trastornos de personalidad, excitabilidad e impulsividad, que además son predictores de la recaída en el consumo de alcohol (Willinger, 2002) quedaría justificado el uso de estos fármacos en el tratamiento del alcoholismo.

La más conocida es el Diazepam (Valium®), es la molécula patrón, depresor del SNC, sedante, ansiolítico, amnésico, anticonvulsivante y relajante muscular y entre sus indicaciones se incluyen los desordenes de ansiedad, pánico, ayuda para el espasmo muscular, convulsiones, síndrome de abstinencia al alcohol, sedación preoperatoria y medicación preanestésica, pero puede producir depresión respiratoria. Y además puede provocar tolerancia, dependencia física y psíquica y un síndrome de abstinencia parecido a la privación alcohólica, ya que como su mecanismo de acción es muy parecido al del alcohol.

Otros fármacos parecidos son el Clorazepato dipotásico (Tranxilium®), el Loracepam (Orfidal®, Idalprem®) o bien el Alprazolam (Trankimazin®), entre otros.

¿Que queremos decir con todo esto?, pues sencillamente que cualquier persona que consuma de forma abusiva bebidas alcohólicas e incluso otras drogas como la cocaína o incluso el cannabis, puede utilizar este tipo de fármacos durante el consumo o cuando decida emprender un proceso de desintoxicación, ya que va a provocar una sensación de tranquilidad y de sosiego e incluso en ocasiones y dependiendo del fármaco le puede servir para conciliar el sueño.

Realmente el tratamiento más adecuado debe basarse en los antidepresivos, independientemente que utilicemos las benzodiazepinas de forma más puntual.

Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRSS):

Los datos aportados por los estudios clínicos realizados con IRSS para el tratamiento del alcoholismo son contradictorios salvo en aquellos pacientes que presentan además un trastorno depresivo mayor (Cornelius y cols., 1997).

La 5ht regula funciones fisiológicas: ritmos circadianos, sueño, apetito, cambios emocionales y procesos adictivos.

Los ISRS, de forma aguda aumentan los niveles intersinápticos de 5ht, pero de forma crónica baja 5ht, lo que incrementa la función dopaminérgica y sustituye los efectos reforzantes del alcohol.

Dado que determinados antidepresivos inhibidores selectivos de recaptación de serotonina o de noradrenalina han demostrado ser eficaces para el tratamiento de los trastornos de ansiedad, los cuales tienen una elevada comorbilidad con el alcoholismo, conviene tener en cuenta dicha indicación, cuando el paciente alcohólico presenta un trastorno de ansiedad.

Los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina que pueden ser eficaces para el tratamiento de la depresión y/o la ansiedad asociadas al alcoholismo son:

- Fluoxetina: su dosis suele ser de 20 mgr/día.
- Fluvoxamina: Posee un perfil sedativo-ansiolítico más marcado que el resto de los ISRS. Su utilización actual está más dirigida al trastorno obsesivo compulsivo (TOC), las dosis a utilizar van desde los 50 a los 200mg/día.
- Sertralina: Además de inhibir el transportador de serotonina, tiene cierta actividad de bloqueo de la recaptación de dopamina. Dosis de 50 – 100 mgr/día.
- Paroxetina: Antidepresivo de carácter sedante, indicado también en TOC y trastorno por estrés postraumático (TEP). Su retirada debería ser progresiva para evitar efectos de rebote.
- Citalopram: Es un inhibidor un muy selectivo de la recaptación de serotonina, su dosis habitual es de 20-40 mgr/día.
- Escitalopram: Es un ISRS de aparición más reciente, que tiene una mayor potencia que su precursor, el citalopram. Presentación en comprimidos de 10, 15 y 20 mgr.

Venlafaxina y Duloxetina son inhibidores de la recaptación de serotonina y también noradrenalina.

Agomelatina: Antidepresivo que Aumenta la liberación de dopamina y noradrenalina, específicamente en la corteza frontal, y no tiene actúa influencia en los niveles extracelulares de serotonina. Tiene efectos positivos sobre el cambio de fase; induce un adelanto de la fase del sueño, una disminución de la temperatura corporal y liberación de melatonina, regulando el ritmo nictameral.

En resumen:

Un ensayo clínico controlado ha comprobado que fluoxetina puede ser de utilidad para el tratamiento de los pacientes alcohólicos que presentan depresión mayor (Cornelius y cols, 1997). Grado de recomendación B

Un ensayo clínico controlado ha comprobado que sertralina puede ser de utilidad para el tratamiento de los pacientes alcohólicos de inicio tardío (Pettinati y cols., 2000).

Pero tanto sertralina como fluoxetina pueden empeorar la evolución de los pacientes alcohólicos de inicio precoz (Pettinati y cols., 2000; Kranzler y cols., 1996). Grado de recomendación B y nivel de Evidencia 3.

Otros agentes serotoninérgicos:

Ondansetron

Ondansetrón es un antagonista de los receptores de serotonina tipo 3 (5HT3) que puede modular la liberación de dopamina en regiones límbicas, como el núcleo accumbens, produciendo una reducción del consumo de alcohol en animales y de la tasa de recaídas en pacientes alcohólicos.

Tres ensayos clínicos controlados han comprobado su utilidad para el tratamiento de los pacientes alcohólicos de inicio precoz (Johnson y cols, 2000, 2002; Kranzler y cols., 2003). Nivel de evidencia 3.

Buspirona

Buspirona, agonista parcial 5ht1a, no efectivo en el tratamiento del alcoholismo (Wiesbeck et al. 1999), puede tener un papel en la ansiedad comorbida (Malec et al 1996).

Buspirona, es un fármaco ansiolítico que se puede administrar una vez finalizado el tratamiento de desintoxicación del alcohol. Es agonista parcial de los receptores de serotonina tipo 1A.

Buspirona no es eficaz para el tratamiento del alcoholismo pero dos ensayos clínicos controlados han comprobado su eficacia cuando el alcoholismo va asociado a un trastorno de ansiedad generalizada. (Malcom y cols., 1992; Kranzler y cols., 1994). Nivel de evidencia 3

Tratamiento del trastorno bipolar

Se pueden utilizar desde los tratamientos clásico con litio o la terapia electro convulsiva, hasta los nuevos antiepilépticos y los antipsicóticos atípicos, sin olvidar que se están ensayando los ácidos omega 3 o la técnica de estimulación magnética tras craneal, además de las intervenciones psicoterapéuticas y psicoeducativas.

Neurolépticos en el tratamiento del alcoholismo.

Hablar de alcoholismo y de sus consecuencias psiquiátrica y más de su tratamiento, en ocasiones es hablar de tratamientos con fármacos neurolépticos, especialmente de nueva generación.

Entre ellos cabe destacar la Olanzapina, la Risperidona, la Quetiapina, el Aripiprazol, la Ziprasidona y la Paliperidona, sin olvidar el fármaco patrón, el Haloperidol.

Ahora bien creemos que es importante atender a estas reflexiones finales:

- Atender a los aspectos físicos y psicológicos por lo que lo adecuado será que el paciente sea atendido por un equipo multidisciplinar.
- Eliminar cualquier consumo de alcohol y también de otras sustancias para poder realizar un tratamiento correcto de la comorbilidad psiquiátrica y poder recuperar en la medida de lo posible todas las capacidades del sujeto.

MISCELANEA

El valor de los análisis.

Los marcadores de consumo

GOT / GPT

El incremento de la GPT o transaminasa glutámico pirúvica denominada últimamente ALT o Alanina aminotransferasa está indicando mayoritariamente disfunción hepática .(colestasis, isquemia, tumor...)

En la elevación de la GOT o transaminasa glutámico oxalacética, también denominada AST o aspartato aminotransferasa, la dispersión clínica es todavía mayor. (I.A.M., hepatitis, cirugía reciente, enfermedades musculares, convulsiones recientes...)

GGT

Algo similar ocurre con el aumento de la GGT, aunque se puede considerar que este último es un marcador más específico pues puede estar elevado sin que haya perjuicio del parénquima hepático como sucede en la esteatosis hepática muy frecuente entre los consumidores habituales y abusivos de bebidas alcohólicas. Pero tampoco una elevación de la GGT es determinante del alcoholismo, ya que este aumento puede ser debido a otras enfermedades como hepatitis, cirrosis, necrosis hepática, isquemia hepática, infarto agudo de miocardio (4 –10 días después), insuficiencia cardíaca congestiva, tumor hepático, fármacos hepatotóxicos, colestasis, ictericia y pancreatitis.

No obstante y aunque se calcula que está incrementado en el 75% de los alcohólicos los datos anteriormente expuestos le confieren una escasa especificidad y un escaso valor en el diagnóstico diferencial.

VCM

En cuanto al aumento del volumen corpuscular medio lo único que refleja es un aporte insuficiente de O₂ a la sangre y por lo tanto la hemoglobina debe hacer acopio del mismo elevando el tamaño de los glóbulos rojos, hecho que es frecuente en cuadros de distrés respiratorio o de tabaquismo. Se suele utilizar para clasificar las anemias y está también incrementado en las enfermedades hepáticas, tratamiento con antimetabolitos, anemia perniciosa por descenso de vit. B₁₂ y en la disminución del ácido fólico, además del alcoholismo.

CDT

La ingesta crónica de alcohol, se ha comprobado que induce isoformas de CDT, disminuyendo la carga eléctrica negativa por disminución de residuos terminales de ácido siálico, elevándose como consecuencia el punto isoeléctrico, lo que es aprovechable para su detección por técnicas de separación tales como la cromatografía en columna y posteriormente cuantificación por enzimomunoensayo.

La CDT sérica aparece anormalmente elevada en la mayoría de los pacientes que consumen más de 50 gramos de etanol al día durante una semana.

Los valores se normalizan a las dos semanas de abstinencia, volviéndose a elevar ante consumos que cumplan la condición de al menos 50 gr./ día durante una semana.

La CDT se encuentra elevada en el 80% de bebedores de riesgo, el 90% en alcohólicos, es útil en la monitorización de abstinencia y detección de recaídas y tiene una Especificidad del 72-99 % y una Sensibilidad 31-81% (Rubio Valladolid, G. Abordaje del alcoholismo en atención primaria- El médico. 16-1-1998. P.p. 30-45.)

Para que se vea incrementada, se precisan consumos mayores de 50 gr/día al menos durante 1 semana, no es útil para captar bebedores de fin de semana.

Si empleamos como marcadores la Gamma GT + CDT: su especificidad llega al 100% para consumidores > 60 gr/día. La normalización de cifras se alcanza a las 2 semanas de abstinencia. (Saiz, P.A. et alii. Marcadores biológicos de la conducta alcohólica. Psiquiatría biológica. Vol.5 supl. 1 Doyma. Septiembre 1998 . P.p.37)

La CDT si que se muestra significativa para la abstinencia en todos los casos, sexo, tipo de bebedor, edad, por lo que estadísticamente los consumidores muestran niveles elevados de CDT Por lo que podemos concluir que la CDT es la prueba de elección si pretendemos demostrar el consumo excesivo de alcohol, así como el reinicio en el consumo abusivo, a pesar de sus limitaciones.

A pesar de ser muy específica y tener pocos falsos positivos tiene menor sensibilidad en pacientes de edad avanzada y no determina consumos esporádicos o continuados a dosis bajas.

Controles de alcoholemia:

Para hacer un seguimiento más correcto de la abstinencia entre los pacientes alcohólicos es conveniente realizar un control de alcoholemia, para asegurarnos del total cumplimiento del programa terapéutico.

Para realizar este control existen dos sistemas, el primero consiste en coger una muestra de sangre y medir directamente los gramos de alcohol por litro de sangre (alcoholemia), y el otro es en aire espirado, que el sistema que utiliza la policía en tráfico y cuyo resultado siempre es la mitad del global, es decir si en aire espirado obtenemos un resultado p. ej. de 0'2, la alcoholemia real será de 0'4 gr/l.

Por último podemos utilizar el test en orina, en este caso no se mide directamente la presencia de etanol si no de sus metabolitos, el ácido acético o el acetaldehído, lo cual nos da solo la idea de si el sujeto ha ingerido o no alguna bebida alcohólica, siendo un método cualitativo y no cuantitativo.

No obstante siempre se debe de considerar que el metabolismo del etanol es bastante rápido y por lo tanto su eliminación lo será de igual modo, se considera que la tasa de excreción es de 0'1 – 0'2 gr/l cada hora, por lo que estas medidas nos servirán para consumos recientes, no pudiendo servir para hacer una evolución de la abstinencia a largo plazo, para lo cual emplearemos la CDT.

¿Cómo ayudar?: tutelaje.

En el tratamiento del paciente alcohólico siempre se presenta la disyuntiva de cómo ayudar, acompañar o tutelar a la persona que se inicia en la abstinencia, ya que la tendencia a minimizar los consumos o las complicaciones es norma común en algunos bebedores.

Una de las medidas más eficaces es el de controlar y ayudar en el cumplimiento de las pautas farmacológica, especialmente cuando se debe administrar un aversivo. Si un familiar, amigo, voluntario supervisa la toma de medicación se cumplen varios objetivos, tales como ve-

rificar la toma, comprobar la posible aparición de efectos secundarios y sobre todo dar soporte al compromiso de abstinencia.

Consejos y orientaciones para la familia durante el tratamiento médico.

Cuando en una familia hay un enfermo alcohólico es todo el núcleo familiar quien sufre directa o indirectamente el daño provocado por los consumos, traducido en los cambios de carácter, conducta inapropiada, agresividad física o psíquica y deterioro del propio enfermo a nivel físico y social, por eso cada vez está más de moda hablar del bebedor pasivo, definiendo de esta forma los daños colaterales que puedan aparecer en las personas que circundan el ámbito del propio dependiente del alcohol.

Aunque no es un tema que cuadre especialmente en este capítulo, es imprescindible recordar que las discusiones o los reproches cuando una persona llega en estado de embriaguez, siempre están de más y hay que dejar las disquisiciones para aquellos momentos en los que el alcohol no pueda entorpecer la relación o el diálogo.

Sufre la familia, sin lugar a dudas las consecuencias de todas estas alteraciones, hasta el extremo que la convivencia se hace prácticamente imposible, y además obliga a un sobre esfuerzo en pro de llevar el tema de nuevo a la normalidad, lo que desemboca en múltiples ocasiones en cuadros de codependencia, al llegar a enfermar toda la familia.

No hay que ocultar, no hay que tapar, no hay que restarle importancia, lo importante es buscar ayuda, enfrentarse al problema de cara y poner en marcha una actitud positiva pero terapéutica dirigida por profesionales de la salud y ayudada por miembros de asociaciones de autoayuda.

A partir de ahí, dejarse orientar, apoyar al enfermo, cooperar en el tratamiento e ir siguiendo pasos todos al mismo ritmo, hasta que se llegue a conseguir la rehabilitación de la personas, tanto en lo que concierne al consumo como a los distintos aspectos de la salud física, psicológica incluyendo la convivencia, la conducta y el carácter de todo el entorno familiar.

En ocasiones todo el entorno debe recibir si no tratamiento al menos si las orientaciones necesarias.

Abordaje de distintos problemas durante el proceso terapéutico.

No es sencillo y no siempre de entrada se consigue que la persona acepte su problema y acceda a ponerse en tratamiento. La persona que presenta problemas con el alcohol no acude de forma espontánea y voluntaria a tratamiento, suele ser la familia en la mayoría de los casos, los amigos o situaciones extremas los factores determinantes que terminan en un acercamiento a algún recurso o asociación, pero eso no quiere decir que la persona tenga la disposición y la motivación necesaria.

Hay que valorar la motivación e incrementarla, para procurar que no hayan incumplimientos terapéuticos, que no persistan las mentiras.

Y aún así se puede presentar la siempre temida recaída, por falta de motivación, por exceso de confianza, por la aparición de problemas o situaciones de riesgo.

Insistimos no hay que tirar la toalla, hay que comunicarlo, trabajarlo a nivel terapéutico con los profesionales que tenga la asociación, comunicarlo en la terapia si se está asistiendo a ella. Y a partir de ahí el profesional valorará la conveniencia de actuar de una u otra forma, con fármacos, cambiando el tipo de terapia, con enfoque familiar, individual o grupal, pero sobre todo buscando un objetivo, la contención, que las aguas vuelvan a su cauce y procurando generar estrategia que permitan que la recaída no se vuelva a presentar. Y aquí más que en otros aspectos recordaremos el viejo aforismo de medicina: no hay enfermedades, hay enfermos, por lo que cada caso con sus particularidades se debe resolver de la forma más adecuada a ese paciente y a sus circunstancias.

Los objetivos pues los debemos plantear a largo plazo.

Como hemos comentado anteriormente a veces se plantea la necesidad de un ingreso, o es la familia la que nos dice, ingréselo, pero ¿Hay que ingresar?, ¿ Cuándo y dónde? y ¿durante cuánto tiempo?

Pues la verdad es que los ingresos cada vez son menos necesarios, hemos puesto antes el ejemplo de la marginalidad, de la patología orgánica, o psiquiátrica, pero a parte de esto poco más, es decir si no existe riesgo, no hay que hacer un ingreso. Claro que también podemos considerar el riesgo de exclusión social, pero en este caso podríamos valorar otro tipo de recurso.

Tampoco es que existan demasiados recursos para los alcohólicos, está claro que ante una enfermedad grave el hospital tendrá que hacerse cargo, para las otras circunstancias, hay que acudir a las Unidades de desintoxicación hospitalaria y en personas con mal pronóstico, con dificultad para mantener la abstinencia en su entorno habitual, hay que recurrir a comunidades terapéuticas donde la persona esté ingresada entre 6 y 9 meses, en el caso del hospital general no es necesario en la mayoría de las ocasiones estar más de una semana y en otro tipo de unidad a veces es conveniente un ingreso de un mes.

Policonsumos

Hemos observado como los jóvenes de forma frecuente, asocian al consumo de alcohol, cannabis, cocaína y drogas sintéticas.

Generalmente en este orden, aunque la demanda de tratamiento para la cocaína ocupa el primer lugar.

El consumo de alcohol entre los jóvenes, es el inicio, puede haber un consumo previo o al mismo tiempo de tabaco y luego hachís o marihuana, cocaína, heroína y otras drogas sintéticas.

En consecuencia, el problema que más comúnmente encontramos es el policonsumo de sustancias, pasando por el alcohol, el éxtasis y la cocaína, todo ello para conseguir un estado de euforia o evasión durante 2 ó 3 días.

Este nuevo modo de consumo nos hace probar distintas aproximaciones terapéuticas para tratar el uso de las distintas sustancias y en particular para regularizar y analizar el modelo de dependencia de cada individuo. Para definir y reforzar las cualidades de cada una de las estrategias terapéuticas sobre las sustancias utilizadas.

Según la encuesta edades del Plan Nacional de drogas (15 – 64 años), todas las personas que habían consumido cannabis durante los últimos 12 meses, junto con tabaco y alcohol, habían consumido también cocaína (25'1%), éxtasis (10'2%), anfetaminas (7'5%) o alucinógenos (5'6%) y el consumo es también similar para los consumidores de cocaína que tomas también cannabis (81'1%), éxtasis (28'1%), anfetaminas (20'9%) o alucinógenos (13'5%), y para el alcohol superior al 98%.

En la encuesta ESTUDES (14-18 años), en España los estudiantes que toman drogas habitualmente toman diversas sustancias no una únicamente. El alcohol, el tabaco y los inhalables volátiles son las drogas de inicio más temprano (entre los 13 y los 14 años). Las mujeres consumen drogas legales en mayor proporción que los hombres. En cambio, las drogas ilegales son consumidas por una mayor proporción de hombres. Los escolares creen que el tabaco es más peligroso para la salud que el cannabis. Para ellos, el alcohol es la sustancia con menor riesgo.

El 73,6% de los estudiantes dicen haber consumido alcohol en el último año, el 32,4% tabaco, el 26,4% cannabis, el 2,6% cocaína, el 2,1% alucinógenos, el 1,7% éxtasis, el 1,6% anfetaminas y el 0.6% heroína.

El policonsumo es un patrón cada vez más frecuente entre los escolares, tanto en España como en el resto de países de la Unión Europea, en el que el alcohol juega un papel protagonista. De cada 3 estudiantes de entre 14 y 18 años, uno no consume, otro consume una sola sustancia y el último consume dos o más sustancias.

La combinación más importante es la de alcohol-tabaco-cannabis. Es decir el 96'2% de los consumidores que habían tomado tabaco habían consumido también alcohol y el 64'7% cannabis.

Cocaetileno

Además, desde 1991 se sabe que de la combinación de la cocaína con el etanol se forma una nueva sustancia denominada cocaetileno. Esta sustancia descubierta por la facultad de Medicina de Miami , aumenta tanto la euforia como la ansiedad e incrementa potencialmente el riesgo de muerte repentina, al aumentar el ritmo cardíaco de tres a cinco veces más que cualquier otra droga, lo que modifica el comportamiento de los consumidores así como las consecuencias físicas, planteándonos distintos enfoques en el tratamiento.

Efectos del cocaetileno:

Aumento de la euforia, ansiedad, incremento potencial del riesgo de muerte repentina, al aumentar el ritmo cardíaco de tres a cinco veces más que cualquier otra droga.

Un importante número de pacientes que habían empezado un tratamiento por el alcohol habían tomado otras drogas durante los 30 días anteriores a la admisión a tratamiento, en particular cocaína el 58%, 43,3% cannabis, 24,1% opiáceos (especialmente codeína), 8,5 % tranquilizantes, 2,3% anfetaminas, 1,8% éxtasis, 0,8% alucinógenos 0,2% disolventes volátiles. Alrededor del 5% se han inyectado drogas en algún momento de su vida.

Los datos relativos a los 22 países europeos que han participado en la edición del año 2003 del proyecto europeo de encuestas escolares sobre el alcohol y otras drogas (ESPAD), revelan que un poco más del 20 % de entre 15 y 16 años han consumido a la vez alcohol y tabaco durante el último mes.

Además, alrededor de un 6 % de ellos consumen al mismo tiempo cannabis alcohol y tabaco y aproximadamente un 1 % de ellos consume además una droga ilícita (éxtasis, cocaína, anfetaminas, LSD o heroína).

El alcohol está presente en casi todos los modelos de policonsumo.

Es generalmente el primero en producir importantes efectos psicoactivos y modificación del estado de conciencia utilizado por los jóvenes.

Su gran disponibilidad y reducido precio hace que sea una droga de fácil combinación especialmente entre los adultos jóvenes en contextos recreativos, sin percibir los riesgos de dependencia y de embriaguez.

Las conclusiones del informe remarcan la importancia de reforzar las intervenciones preventivas y precoces entorno al consumo de alcohol tanto a nivel de salud, mercado como de normas sociales. (Informe anual 2009 sobre el estado del fenómeno de la droga en Europa.

Observatorio Europeo de las drogas y las toxicomanías).

Alcohol y ludopatía

La experiencia clínica nos ha hecho observar que, frecuentemente, existe una conducta de juego, patológica o no, asociada a los trastornos relacionados con el consumo de alcohol. En muchos casos, esta conducta de juego parece sufrir variaciones ligadas, de algún modo, al mantenimiento de la abstinencia y los intentos de control de la conducta adictiva por parte del sujeto.

Hemos podido comprobar, y es preciso mencionarlo, aunque no se trate de una sustancia, como el porcentaje de ludopatía asociado al abuso o dependencia de bebidas alcohólicas es mucho mayor que la media de la población general y que el planteamiento a la hora del tratamiento, se repetiría debiendo conseguir primero la extinción de la conducta de beber.

Tratamiento de los policonsumos

Una vez que el sujeto es "traído" a tratamiento, se suele realizar una propuesta de abstinencia a bebidas alcohólicas, en algún caso utilizando fármacos propios para la desintoxicación

alcohólica e interdictores del etanol. En un tercio de los pacientes se utilizan antidepresivos Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina.

Pero básicamente el tratamiento utilizado es el psicoterapéutico, en el 85% de los casos, mayoritariamente con un enfoque cognitivo – conductual (98'5%) y fundamentalmente individual.

Sólo en un 10% de los casos se les da un soporte social, a pesar de que más del 70% presentan complicaciones sociales.

Si tenemos en cuenta estos datos y la vía de entrada a tratamiento (presión familiar), podemos admitir que en general los policonsumidores no presentan motivación propia ni suficiente para el tratamiento y parece ser que los medios terapéuticos empleados no son útiles para este tipo de pacientes.

Todo ello nos obliga a reestructurar el enfoque asistencial empleado en este trastorno por dependencia mixta a sustancias, puede que la psicoterapia de grupo y los nuevos fármacos antipsicóticos o neurolépticos de nueva generación podrían aportarnos nuevas alternativas.

En el enfoque terapéutico para este tipo de adicciones, el probable éxito terapéutico pasa siempre por hacer una desintoxicación previa al alcohol y conseguir la abstinencia al mismo, pues los mismos pacientes nos relatan como en la mayoría de las ocasiones, las bebidas alcohólicas sirven de disparador del consumo de las otras sustancias.

Conclusiones y resumen:

Partimos de la base de que no todas las asociaciones de alcohólicos rehabilitados van a tener la disponibilidad de contar con un médico que les asesore en los temas físicos, pero en todo caso allá donde lo tengan está bien contar con un guión que permita homogeneizar actuaciones y donde no, al menos saber que es lo que se hace en este aspecto terapéutico para poder seguir el proceso.

Primero, valorar la motivación e intentar iniciar un desintoxicación. Definir si es tributario de desintoxicación hospitalaria u ambulatoria según la gravedad del posible Síndrome de Abstinencia y otros aspectos concomitantes.

Una vez definida e iniciada la desintoxicación con clometiazol, benzodiazepinas, vitamino-terapia..., valoraremos incluir algún anticraving antiimpulsividad del tipo de los nuevos antiepi-lépticos para controlar mejor emociones y consumos.

Posteriormente valoraremos el acamprosato o la naltrexona para craving y priming.

Facilitamos pues los cambios de hábitos y conductuales.

Cuando pase alrededor de un mes de abstinencia, no antes y una vez hemos podido diagnosticar la patología psiquiátrica concomitante estimaremos la posibilidad de introducir antidepresivos, neurolépticos a aquellos fármacos que nos ayuden a estabilizar a la persona y tratar mejor su patología.

Un apunte, estos fármacos los utilizaremos como mínimo durante 6 meses, y según evolución decidimos ajustar dosis, retirar o mantener de forma crónica.

No olvidemos que en la primera entrevista hemos solicitado una analítica que nos permitirá valorar las alteraciones orgánicas que empezaremos a tratar o bien derivaremos al especialista correspondiente según gravedad y según arte.

El análisis inicial nos sirve, además de para valorar la patología orgánica como instrumento diagnóstico a partir de los marcadores biológicos y como referencia para seguir la evolución del paciente tanto de consumos como de aspectos de salud.

Un apunte, no hemos hablado en este resumen, al menos de momento de introducir los fármacos interdictores (colme o antabús) y es que estimamos conveniente no darlos de entrada, e ir valorando con el paciente y la familia el momento oportuno de introducirlos, cuando esté abstinente y para evitar nuevos consumos, pero solo en aquellos casos que no puedan mantener la abstinencia durante tiempo. Los frenos se ponen cuando son necesarios, es mejor trabajar con la motivación que con la aversión.

A partir de la abstinencia tratamiento médico al menos 18 meses, con o sin fármacos, pero con una perfecta coordinación con el resto de profesionales y con el grupo de autoayuda, al que deberá adherirse el mayor tiempo posible para evitar o minorar las recaídas y además poder ayudar a otros pacientes cuando la persona se encuentre bien.

No olvidemos finalmente valorar la persona en su conjunto y observar el consumo concomitante de otras sustancias o de otras conductas adictivas, las cuales deberán ser objeto de tratamiento, en vistas a la recuperación integral del sujeto.

Referencias bibliográficas

Chinchilla Moreno, A. Et al. Depresión, alcoholismo y drogodependencias. Jarpyo editores S.A. Madrid. 1996.

Cottencin O. Severe depression and addictions. *Encephale*. 2009 Dec;35 Suppl 7:S264-8. Review. French.

Gual, A.; Monrás, S, M.; Ortega, LL. Eficacia de tiapride en el mantenimiento de la abstinencia en alcohólicos desintoxicados. Resultados de un ensayo clínico a doble ciego frente a placebo. *Adicciones*, 2002 • Vol.14 Núm. 3 • Págs. 321/326.

Guardia, J. Et col. Guía Alcohol. SOCIDROGALCOHOL. Martín impresores. Valencia. 2007.

Maremmani I, Pacini M, Lamanna F, Pani PP, Perugi G, Deltito J, Salloum IM, Akiskal H. Mood stabilizers in the treatment of substance use disorders. *CNS Spectr*. 2010 Feb;15(2):95-109. Review.

Pascual, F y Guardia, J. (editores) Monografía alcohol. SOCIDROGALCOHOL. Valencia 2012.

Pérez Gálvez B, De Vicente Manzanaro MP, García Fernández L. Romero Escobar C. Oliveras Valenzuela MA (2008). Prevalencia de psicopatología en dependientes al alcohol en tratamiento ambulatorio. *Trastornos Adictivos* 10(1): 42-8.

Pompili M, Serafini G, Innamorati M, Dominici G, Ferracuti S, Kotzalidis GD, Serra G, Girardi P, Janiri L, Tatarelli R, Sher L, Lester D. Suicidal behavior and alcohol abuse. *Int J Environ Res Public Health*. 2010 Apr;7(4):1392-431. Epub 2010 Mar 29.

Vieta, E. Novedades en el tratamiento del trastorno bipolar. Edit. Panamericana. Madrid 2007.

5. Tratamiento psicológico.

5.1 Enfoque dinámico

*Montaña González. Psicóloga ALREX
Silvia Stretti. Asesora Técnica de FACOMA. Psicóloga de AEE.*

Este enfoque centra su atención en la **persona más que en la sustancia**. Además de conseguir la abstinencia, se busca abrir la posibilidad de un **cuestionamiento sobre el consumo**, sobre la relación que se ha establecido con el alcohol y el propio proyecto vital. No es el alcohol el que atrapa a la persona, son las características de su funcionamiento psíquico las que -dado un primer encuentro con la bebida- lo llevan a engancharse. Todo esto tendrá que ser revisado para que la abstinencia se consolide y se convierta en una nueva forma de vivir.

El consumo abusivo de alcohol cobra un sentido único y especial para cada persona dentro de su contexto vital, que se irá desvelando a lo largo del tratamiento. El sujeto puede intentar, entre otros, obtener **ya mismo** un efecto de euforia maníaca sin más esfuerzo que el de conseguir la botella o anesthesiarse con la fantasía de evitar el dolor psíquico. Buscando esos efectos, el alcohólico sólo consigue poner una venda temporal a sus propios déficits al precio de hacerse daño y perder su autonomía, es decir, volverse esclavo de una sustancia que le destruye lentamente. Podríamos hablar de un **cierto fracaso en el desarrollo de su estructuración psíquica** que lo lleva a procurarse la “prótesis” del alcohol.

En definitiva, desde este enfoque el surgimiento del alcoholismo en una persona dependerá de su historia como sujeto, de sus conflictos irresueltos generados en el desarrollo evolutivo de su personalidad, de sus carencias, de su dinámica psíquica, de la interrelación de factores individuales, familiares y culturales en la propia historia. Los factores culturales, las condiciones sociales, la marginalidad ayudan y se atraviesan en ese surgimiento, ya que la conformación de cada sujeto no es un acontecimiento estático, sino que se va constituyendo a lo largo de un proceso, en un entramado entre los espacios intrasubjetivo, vincular y transubjetivo

La psicoterapia dinámica parte de la idea de que en el individuo se dan determinados déficits o bien conflictos intrapsíquicos que se van desarrollando a lo largo de su trayectoria vital y que merman su capacidad de adaptación intra e interpersonal.

A través de la relación paciente-terapeuta se pretende analizar dichos conflictos a fin de fomentar un manejo más saludable de aquellos impulsos y emociones que han perturbado su desarrollo psíquico.

Para tratar a los pacientes desde este punto de vista no sólo es necesario contar con una **formación específica**, sino también que el terapeuta haya pasado por un proceso en el cual haya revisado su propia estructura de personalidad, para que sus propios conflictos no se pongan en juego de forma nociva a la hora de tratar al paciente, interfiriendo en el buen desarrollo del proceso terapéutico.

Para este enfoque, la mera ausencia de síntomas (como la abstinencia en el consumo de alcohol) o la adaptación pasiva a la realidad no son índices suficientes de curación o salud mental en el sujeto. La capacidad para ser feliz, la adaptación participativa a la realidad y la eficiencia -es decir, poder centrar las energías en conseguir una meta- son otros indicadores que se tienen en cuenta al evaluar la salud mental de una persona (E. Jones, 1942, en Coderch, 2002). Con esto queremos decir que el simple hecho de mantenerse en abstinencia durante un tiempo no garantiza que esa persona haya promovido un cambio interno, ni haya logrado una relación más adaptativa con su entorno, ni haya aumentado su eficacia. Simplemente, ha “tapado la

botella” y, si creemos que con eso hemos alcanzado algún objetivo terapéutico, corremos el riesgo de darnos de bruces con la realidad de una vuelta al consumo en mayor cuantía o la exacerbación de algún otro rasgo psicopatológico. Así, vemos alcohólicos abstinentes irritables y agresivos o deprimidos. No han logrado un cambio auténtico ni han encontrado otros placeres con los que disfrutar de la nueva vida y echan en falta aquella repetición nociva.

Esta psicoterapia centra su eficacia en la expresión verbal de los contenidos emocionales frente a la pura acción, a la hora de lograr el crecimiento mental perseguido. El solo hecho de tomarse un tiempo para pensar y manifestar lo que le pasa, induce al paciente a una actitud de reflexión que es antagónica con la actuación del impulso *deseo de beber-consumo de alcohol*.

Desde este enfoque, se trabaja con distintos encuadres: individual, de grupo, de pareja y de familia.

PSICOTERAPIA INDIVIDUAL:

El trabajo individual requiere una implicación personal muy grande por parte del terapeuta y del paciente: es como un largo viaje que iniciamos juntos, en el que sabemos cuándo y en dónde partimos y contamos con una serie de pautas de trabajo (el encuadre), pero no podemos anticipar hacia dónde nos llevará, dado que está sujeto al despliegue personal del paciente, y nosotros como terapeutas le acompañaremos y guiaremos en su recorrido.

OBJETIVOS:

Como hemos apuntado, los objetivos del tratamiento no se limitan a conseguir la abstinencia y la reinserción social, éstos son mojones dentro de un camino que conducirá a un mayor conocimiento de sí mismo, adoptando conductas menos regresivas, aceptando las limitaciones propias para llegar a ser más autónomo, afrontando las pérdidas y logrando vínculos más saludables y satisfactorios en el contexto familiar, social y laboral.

El alcoholismo y las adicciones en general son un síntoma de que algo no funciona bien en la salud mental y en la vida de esa persona, por eso es importante ver qué le ocurre, cómo es su vida hoy, cómo llegó a los niveles actuales de consumo y qué papel ha jugado el alcohol a lo largo de su desarrollo. Si no tenemos claro esto, podríamos apartar al sujeto del síntoma en forma provisional y promover una cierta dependencia del tratamiento, ya que se mantendrá la abstinencia mientras se continúe con el mismo. En estos casos, el terapeuta es investido como un amo que todo lo sabe, y el paciente ante esto lo que hará será repetir su posicionamiento ante la sustancia: someterse y esperar que la magia del “amo” le dé el remedio para su dolor psíquico (Korman, 1995).

En cuanto al consumo de alcohol, desde este enfoque pensamos la abstinencia como consecuencia del cambio que se consigue en la personalidad del sujeto. Si desaparece la necesidad de consumo, si el alcohol deja de tener sentido en la vida psíquica de un paciente, si ésta se

llena con otros contenidos más saludables y vitales, si la sustancia deja de estar investida de cualidades mágicas y deja de ser vivida como imprescindible, ya no habrá espacio para el alcohol ni deseo de consumirlo.

Aunque no es el terapeuta quien fija los objetivos de antemano, sí tiene una meta clara: resolver los conflictos internos para llegar a un desarrollo de la personalidad más armónico. No se busca corregir conductas erróneas ni se plantea lo que está bien o mal, ya que no se trata de una modificación puntual a nivel conductual ni cognitivo. Lo que se busca es una reestructuración profunda de la personalidad, un **cambio en la relación del paciente consigo mismo y con su entorno**. Que el paciente deje de actuar calmado su angustia con consumos de alcohol y que empiece a poder hablar sobre sí mismo y pensar en lo que le pasa y lo que siente. Al escucharse y comprenderse empezará a conocer las piezas que forman su puzzle personal y único, y podrá volver a colocar esas piezas según otro orden más satisfactorio. La cura consiste en esta reconstrucción y reordenamiento de una personalidad que se había desarrollado con algunas dificultades. Buscamos capacitar al paciente alcohólico para que pueda tomar sus propias decisiones más libremente y no se siga viendo abocado una y otra vez a la monótona repetición del consumo.

Si bien perseguimos unos objetivos a largo plazo, eso no debe hacernos olvidar que el paciente en un principio nos puede pedir ayuda para conseguir dejar el consumo descontrolado que le acarrea un enorme sufrimiento. Debemos ser capaces de coordinar la ayuda para conseguir la meta inmediata de no consumir alcohol con la más amplia de promover una mayor salud mental. Para esto, muchas veces debemos transmitir al paciente nuestros objetivos y negociarlos con él. En el marco de una relación de confianza y colaboración mutua, el paciente irá desarrollando actitudes que favorecen su crecimiento personal, como el diálogo sincero, la introspección y el autocuestionamiento.

Este punto de vista implica, por tanto, que los tratamientos no pueden ser preestablecidos ni generalizados a toda la población, sino que debemos atender cada caso en su especificidad. No debemos caer en la trampa de los prejuicios acerca de lo que supuestamente y de modo universal tiene que ayudar a “los pacientes”, como si fueran todos iguales. Deberíamos ser capaces de permitir que cada paciente nos enseñe a ayudarlo.

Como vemos, partimos de la premisa de que nada lograremos sin la participación plena del paciente. Pero esta actitud no debe confundirse con una postura pasiva del terapeuta. Conservar la neutralidad y la capacidad de observación constante frente a un alcohólico atrapado en un consumo que le acarrea altos niveles de sufrimiento, requiere permanentes esfuerzos por parte de un terapeuta que debe estar atento a las necesidades de cada persona en cada momento del tratamiento.

Los pacientes alcohólicos suelen tener grandes dificultades para pedir ayuda y les cuesta desarrollar sus pensamientos y ponerle palabras a sus sentimientos. La palabra facilita la relación con el otro, mientras que el alcohol obtura la palabra y dificulta el intercambio. Las ideas y los pensamientos han sido sustituidos por sensaciones y en lugar de pensar, actúan, porque el pensamiento los enfrenta a sus propios sentimientos de vacío, dolor y angustia.

La mayoría de los alcohólicos no suelen venir buscando el abandono del consumo. En general lo que buscan es reducir este consumo, “controlar” la sustancia, cuando el problema suele ser, precisamente, la falta de control sobre sí mismos y el permanente malestar que esto les genera. Y suelen venir obligados por las circunstancias personales o familiares. Esto es, no desean cambiar por dentro, sino que intentan fallidamente una y otra vez armar un puzzle con piezas que no les encajan.

En efecto, cuando el alcohólico empieza a ser consciente de que ya no controla su consumo y que se ha convertido en esclavo de la sustancia, cuando no recuerda lo que hizo o dijo estando bebido, cuando reconoce que no puede beber la cantidad de copas que se propone sino que una vez que empieza ya no puede parar, es ahí cuando puede surgir la verdadera demanda de ayuda. En ese momento debemos acompañar al paciente en el reconocimiento de sus carencias y conflictos e ir más allá del enjuiciamiento o relato de conductas manifiestas, cantidades, modos y actuaciones asociadas al consumo. Debemos estar muy atentos a su discurso, intentando detectar las grietas por donde se cuele la infelicidad producida por años de vida alcohólica, ya que es por esas grietas por donde podemos empezar a introducir preguntas o señalamientos que cuestionen ese modo de vivir que es en realidad un proyecto de muerte, para poder transformarlo en un proyecto de vida (E.Kalina, 2006).

ENCUADRE:

Cuando el terapeuta y el paciente están de acuerdo en empezar juntos un proceso terapéutico, es necesario aclarar los objetivos del mismo y la forma de trabajar para alcanzarlos. A este conjunto de pautas negociadas lo denominamos encuadre o marco de trabajo, y ayuda a crear las condiciones necesarias para promover la eficacia del tratamiento.

Estas pautas, para que nos permitan trabajar adecuadamente, deben ser acordadas explícitamente por paciente y terapeuta en una suerte de contrato verbal que las dos partes se comprometen a respetar, ya que de este marco dependerá el desarrollo del trabajo. El encuadre incluye las pautas de relación que regirán entre ambos, la forma de llevar a cabo las sesiones, la frecuencia y duración de las mismas, la duración (limitada o abierta) del proceso, los honorarios (cuando fuera pertinente, ya que en nuestras asociaciones el tratamiento suele ser gratuito para los asociados), las interrupciones, las ausencias, y lo que se espera de cada uno.

Al paciente se le pide que exprese con total libertad aquello que surge en su mente y que desea comunicar: pensamientos, sentimientos, sueños, fantasías, etc. El terapeuta en cambio, debe estar muy atento a aquellos temas, actitudes, comportamientos y sentimientos en los que debe detenerse y hacia donde debe llevar la atención del paciente. Intentará dar un sentido a aquello que el paciente comunica y lo que no comunica y ayudará a comprender aquello que sucede en su mente.

Jamás deberíamos sugerir al paciente que se centre en determinado tema (como el consumo de alcohol), ya que esto perjudicaría la expresión espontánea de los conflictos psíquicos en sus distintos aspectos, para poder comprenderlos más ampliamente. Además, partimos de

la base de que la personalidad del paciente se manifestará a lo largo de todo el proceso terapéutico, tanto en la relación con el terapeuta como en sus distintas producciones verbales y no verbales (por ejemplo, la tendencia a la dependencia y la sumisión o el intento permanente de incumplir con el encuadre acordado).

Al paciente adicto al alcohol y a otras drogas le suele resultar difícil cumplir con los acuerdos. A veces su deterioro no le permite respetar estas pautas y otras -en un intento ilusorio por controlar la relación terapéutica- intenta infringirlas permanentemente, creándose así una efímera sensación de omnipotencia. En cualquier caso le cuesta comprometerse con otro en un encuentro pautado y con una proyección temporal, dado que esta forma de relación implica la necesidad de un cierto grado de estructuración psíquica y de control de los impulsos. El alcohólico -y los adictos en general- tienen grandes problemas para admitir la existencia de límites. El "no" no existe para ellos, les cuesta tolerar las frustraciones y soportar la espera.

ASPECTOS TÉCNICOS:

Como se desprende de lo anterior, el terapeuta no debe convertirse en el organizador de la vida del paciente (Coderch, 2002) ni debe tomar decisiones que le corresponden a éste, sino que respetará en todo momento su libertad y responsabilidad. Esto no significa que el terapeuta apruebe todo lo que el paciente le transmite, no se debe confundir la disponibilidad para escuchar y comprender con la aprobación y permisividad incondicional. Nunca debe darse la impresión de que da lo mismo una cosa u otra, porque esto reforzaría la indiscriminación, tan habitual en este tipo de personas.

Debemos tener presente la confidencialidad de todo lo que el paciente comunique al terapeuta y en algunos casos -dentro de las asociaciones a las que asisten los familiares- se torna necesario transmitirlo con claridad y firmeza, para que éste pueda expresarse libremente. También es importante no hacer ningún comentario o juicio respecto a lo que dice o respecto a otras personas de quienes él habla, tales como sus familiares o compañeros. Como hemos señalado, será el paciente quien marque el rumbo de las sesiones, trayendo los temas de los que desea hablar con total libertad.

No debemos olvidar que el alcohólico intenta, a través del consumo de alcohol, tener sensaciones fuertes, exageradas, a veces teñidas de una gran idealización, que mitiguen el sentimiento de vacío interno. Se engaña sintiendo que es vida lo que en realidad es muerte psíquica. Busca ese tipo de placeres y objetos fantásticos que nunca podrá encontrar en la realidad. En esta búsqueda de emociones, está negando la otra parte del consumo: la denigración a la que se somete. Se mueve permanentemente entre extremos: todo o nada, ideal o denigrado, acción como demostración de autosuficiencia o parálisis y sensación de inadecuación. En su intento por conseguir la independencia, el éxito y la diversión, se convierte en un esclavo del alcohol, sometiéndose y anulando el desarrollo de sus capacidades. Utiliza defensas muy arcaicas como la negación, y de ahí que sea tan frecuente la mentira.

En el transcurso del tratamiento es fundamental investigar y cuestionar los fines del abuso de alcohol y trabajar la dependencia psíquica al mismo, a veces velada por actitudes de rebeldía y enfrentamiento.

Se buscará también reorganizar las relaciones, responsabilizarse por las consecuencias de su consumo y aparecerá la conciencia del dolor por el daño ocasionado. Cuando ésta aparezca, no debe negarse este dolor, ya que es el punto de partida para un trabajo de reparación que permitirá liberarse definitivamente del sentimiento de culpabilidad.

Una de las pérdidas que tendrá que elaborar en un momento dado del tratamiento será la de las fantasías omnipotentes acerca de sí mismo y de las metas que se había propuesto en su vida ya que, al no poder alcanzarlas en la realidad, éstas se sostienen sólo con la distorsión que produce el consumo. Soportar la diferencia entre lo que a uno le gustaría ser y lo que realmente puede ser, es otro de los indicios de mejoría.

Conforme el tratamiento avanza el paciente notará mucha más energía, antes estancada por el consumo de alcohol, que le permitirá disfrutar más de la vida, ser más consciente de las pequeñas cosas, los sabores, olores, un paseo, la compañía de otros. Descubrir las ventajas y el verdadero sentido de la abstinencia le ayudará a mantenerla y consolidarla.

Para conseguir estos objetivos, contamos con una serie de herramientas de trabajo específicas de este tipo de tratamiento.

Confrontación:

Consiste en tratar de enfocar la atención hacia conductas y experiencias del paciente actuales que él tiende a pasar por alto y que le ayudan a conocer con más objetividad quién es, qué siente y cómo se relaciona con los demás y con el terapeuta. La confrontación muestra las contradicciones entre lo que el sujeto dice y lo que hace, entre lo que piensa y dice o hace, o también entre dos tipos de comportamientos contrapuestos. También se puede preguntar acerca de los temas no mencionados. Este tipo de intervención suele resultar tranquilizador para el paciente porque implica la premisa de que el terapeuta lo conoce y lo acepta como es, aunque también a veces tomar conciencia de las propias contradicciones puede producir angustia.

La confrontación adquiere especial importancia en el tratamiento de pacientes alcohólicos, ya que suelen tener un gran desconocimiento de su mundo interno debido a su tendencia a evitar el contacto con sus sentimientos y emociones, que en general les resultan dolorosos y difíciles de manejar. Son impulsivos y proclives a pasar a la acción, por eso adolecen de falta de autoobservación.

La confrontación estimula la reflexión acerca de la manera de pensar o comportarse del paciente, ampliando su perspectiva. En el caso que nos ocupa, por ejemplo, puede estimular la reflexión acerca de las consecuencias del consumo, una vez pasadas la euforia y la anestesia éticas, o cómo su consumo ha ido afectando a distintos aspectos de su vida a lo largo de los años.

Clarificación:

El terapeuta devuelve al paciente, de una forma clara e inteligible, lo esencial del material que aporta, incluyendo sentimientos, actitudes, impulsos, comportamientos que no son del todo inconscientes, pero sí se presentan desordenados, borrosos y desarticulados. Consiste en focalizar, para sacar a la luz, detalles significativos para una mayor comprensión de la personalidad del paciente.

Es como si el terapeuta pusiera palabras más comprensibles a lo que el paciente cuenta de forma menos clara.

El terapeuta clarifica cuando, frente al relato de un fin de semana que para el paciente había transcurrido tranquilamente, pero en el que el terapeuta observa un relato pormenorizado de las bebidas alcohólicas consumidas por las personas de su entorno, le hace recapacitar acerca de cómo su interés se dirige preferentemente hacia el alcohol.

Interpretación:

El terapeuta explica al paciente el significado inconsciente de un determinado suceso psíquico, es decir, los procesos mentales que provocan sus síntomas. El conocimiento resultante de la interpretación se llama insight, "ver hacia adentro". Produce un cambio dinámico en la estructura psíquica del paciente y fomenta el desarrollo de la personalidad.

Como se aprecia, esta metodología difiere de otros tipos de psicoterapia que utilizan otras herramientas de cara a la consecución de sus objetivos:

- Sugerión: consiste en conseguir cambios en los síntomas a través de la influencia personal que el terapeuta ejerce sobre el paciente. Modifica su comportamiento mediante un sometimiento al modelo representado por el terapeuta.
- Abreacción: consiste en una descarga afectiva a través del relato de situaciones, recuerdos o pensamientos, que alivia la tensión emocional. Suele hacerse presente en todos los inicios de tratamiento, independientemente del enfoque con que se trabaje.
- Aconsejamiento: consiste en prescribir nuevas pautas de conducta, alternativas o maneras de resolver situaciones difíciles, etc. Está atravesado por la sugerión.

PROCESO TERAPÉUTICO:

LOS COMIENZOS:

Hemos dicho que el alcohólico no suele llegar al tratamiento por propia decisión sino por presiones externas -casi siempre familiares- y que muchas veces no vive su consumo como un problema a tratar: "a mí no me pasa nada, yo bebo lo normal, como todos. Es mi mujer la que se ha empeñado en que venga".

Es por eso que esta primera fase debe centrarse en “**sintomatizar**” el consumo, esto es, que el paciente comience a vivirlo como un malestar que le provoque angustia, en el que se sienta implicado y del que desee salir. Si basamos el tratamiento sólo en la prohibición del consumo, éste girará alrededor de esa prohibición y la decisión de no consumir quedará del lado del terapeuta, sin permitir al paciente que se haga cargo de la misma. Cuanto más prohibimos, más frustración provocaremos y así no lograremos más que obturar la aparición del deseo de cambiar y mantenerse abstinentes. En cambio, debemos estar muy atentos a cualquier fisura en su aparente bienestar, a la expresión de sufrimiento y al surgimiento de alguna pregunta en relación con su consumo. Ahí debemos investigar, preguntar, intentar abrir una grieta en la aparente completud que provoca la relación del sujeto con el alcohol, para que puedan aparecer sus verdaderas carencias y conflictos (Korman, 1995).

Otro aspecto fundamental en esta primera etapa es la **creación de un vínculo de trabajo**. Hemos dicho que la curación se consigue a través de la relación personal que se establece entre el terapeuta y el paciente. Si el paciente se hace cargo de su problemática y desea que se le ayude en su sufrimiento, debe encontrar receptividad y una actitud de absoluto respeto en su terapeuta. En palabras de Joan Coderch: “El descubrimiento de la verdad exige una relación fundada en la verdad, y ésta no existe sin un respeto profundo a la persona humana.” (Coderch, 2002). Este amor a la verdad y respeto al paciente son la base sobre la que se construirá la relación terapéutica. Debemos hacer ver al paciente que estamos dispuestos a escucharle, a captar sus sentimientos y necesidades, su interés por el tratamiento y también sus reticencias, sin sentirnos molestos ni atacados. También llamaremos su atención acerca de los prejuicios y sufrimientos causados por su consumo. A partir de aquí podremos discutir sus sentimientos y actitudes con absoluta libertad y lo acompañaremos en el camino que desea emprender, ayudándolo a aclararse y a tomar las decisiones que considere más adecuadas. No adoptaremos una postura paternalista en la que se pontifique y se den consejos, donde el terapeuta aparenta saber lo que hay que hacer y lo que es bueno o malo para el paciente.

Dado que hablamos de una relación terapéutica y no personal, debemos **evitar la exposición de datos sobre la personalidad y la vida privada del terapeuta**. Por respeto al paciente, éste no debe verse influenciado por el conocimiento de las opiniones, puntos de vista o deseos del terapeuta, ya que puede sentirse obligado a someterse a ellos. Por ejemplo, puede dejar de beber para agradarle o por temor a un enfrentamiento y no por una decisión propia, consciente y meditada. Sabemos por experiencia que estas abstinencias están abocadas al fracaso y suelen durar lo que dura la relación con ese terapeuta, y que dejan un poso de frustración y decepción difíciles de remontar en futuros tratamientos. Según Víctor Korman: “Ni cómplices ni ingenuos, mantendremos una presencia firme, cumpliendo con nuestra función, lo que no excluye calidez, cordialidad, respeto por lo que dice el paciente, escucha atenta e intervenciones precisas.” (Korman, 1995)

FASE MEDIA:

En esta etapa ya se ha conseguido crear una **alianza de trabajo** con el paciente y logramos descentrar su discurso de si desea o no desea beber o cómo consigue mantener su abstinencia.

Cuando un paciente entiende que con el alcohol buscaba adormecerse frente a emociones o sentimientos que le resultan insoportablemente dolorosos y aprende a tramitarlos o enfrentarse a ellos de una manera más satisfactoria, ya no necesitará esa ingesta excesiva y continuada. Entonces podrá dedicarse a otras actividades más enriquecedoras, ya que una cantidad de su energía vital quedará liberada. A su vez, esto aumentará su nivel de satisfacción personal y autoestima, redundando en un menor deseo de consumir alcohol.

Ya no se presenta solamente como alcohólico, sino que puede **abrir su discurso y su mente a múltiples aspectos de su vida, su historia, sus relaciones familiares y sociales**, el lugar que el alcohol ocupó y ocupa en su psiquismo, haciéndose cargo de lo que dice, de lo que calla y de lo que hace o deja de hacer. Empieza a cuestionarse como persona y puede interrogarse acerca de su consumo de alcohol. Podrá descubrir y entender el sentido que otorgaba a su consumo y encontrará otras formas ampliadas de placer.

Es un error frecuente el no tener en cuenta que, a veces, los pacientes pueden aprenderse un discurso pseudo saludable, repetirlo y actuar en consecuencia, aparentando mejoras que sólo lo son en la superficie. En realidad están evitando entrar en contacto con sus profundos sentimientos en relación con cómo han encaminado su vida y a las elecciones que han tomado a lo largo de la misma. Parecen haber conseguido un nuevo equilibrio, pero se limitan a un discurso racionalizador y disociado, resistiéndose a un cambio verdadero.

Los alcohólicos suelen temer los encuentros verdaderamente amorosos y pueden atacar el vínculo terapéutico, especialmente si el terapeuta ha sido paciente y acogedor con ellos. Atacan así la posibilidad de trabajar juntos, de conocer, de dejar de repetir conductas dañinas y de abrirse a nuevas formas de funcionamiento psíquico. Pero si un paciente es capaz **de tolerar e incorporar los aspectos positivos del tratamiento y la abstinencia**, dará lugar al advenimiento de un nuevo sujeto más libre y autónomo.

Como resultado de esta nueva organización también cambiará la relación con el alcohol, que dejará de ocupar un lugar central en la vida del sujeto, permitiendo relaciones más saludables y creativas con nuevos y variados objetos. Ya no necesitará aletargarse por temor a enfrentarse con su angustia, ni castigarse autodestruyéndose por sentimientos de culpa, ni aislarse por sentirse incapaz de asumir las responsabilidades de la vida adulta, ni obtener placer inmediato por no poder controlar sus impulsos o por ser incapaz de tolerar las frustraciones, entre otros.

FASE FINAL:

Se ha logrado y consolidado **la plena reorganización de la personalidad** y ha surgido un sujeto más adulto e independiente que no necesita recurrir al alcohol para enfrentarse a los dolores de la vida. A su vez, ha aprendido a identificar sus impulsos, sus deseos y las posi-

bilidades saludables y reales de llevarlos a cabo. Han aumentado sus fuentes de placer, se ha enriquecido internamente y puede tolerar el presente y el pasado, lo nuevo, lo desconocido y la incertidumbre que esto genera, sin necesidad de tapanlo con la bebida.

Llegados a este punto, terapeuta y paciente se plantean el **fin del tratamiento y comienza la etapa de disolución del vínculo terapéutico**. Aparecen afectos como el miedo a enfrentarse solo a su propia vida y la tristeza por la pérdida del vínculo. Puede darse una regresión, reapareciendo síntomas o angustias del pasado, como forma de evitar la separación y el fin del tratamiento. Éstos deberán elaborarse antes de la despedida, sin precipitarla.

ENFOQUE DINÁMICO VINCULAR EN EL TRABAJO CON GRUPOS, PAREJA Y FAMILIA:

Este enfoque terapéutico surgió de la necesidad de ampliar el tratamiento individual para abordar tanto los casos de pacientes graves, que requerían la inclusión de sus familias, como problemas de pareja, para los que el abordaje individual resultaba insuficiente y también el trabajo a nivel grupal. Abarca todos los encuadres donde hay más de dos personas. A partir del concepto de “vínculo” se trata a la pareja, la familia o el grupo como un todo, al considerar que el vínculo es una entidad en sí misma, diferente del mundo individual.

Convivir con otros, compartir amor, trabajo, problemas o experiencias implica un trabajo psíquico particular. Por una parte, tendemos a idealizar y confundirnos con el otro; por otra, aparece el rechazo a lo ajeno, lo diferente y extraño a nosotros mismos. Berenstein y Pujet (1998) lo explican así: “Lo más difícil de aceptar en un vínculo es lo inalcanzable-inasible del otro, si bien es condición para advenir sujeto”.

Entre estos dos extremos debemos promover un trabajo de pensamiento, para que la relación con los otros –la pareja, la familia o los compañeros- esté basada en el respeto por las diferencias y la autonomía de cada miembro de la relación. Desde ahí, construiremos un espacio compartido, entrelazando historias, deseos, relatos y proyectos.

PSICOTERAPIA DE GRUPO:

Debido a las características y limitaciones de nuestras asociaciones el tratamiento, tanto del enfermo como del familiar, suele realizarse en forma grupal. Además de la economía de medios, el grupo ofrece una serie de ventajas que favorecerán un proceso de enriquecimiento personal, siempre que un terapeuta experto sea capaz de lograr un **clima grupal de encuentro y crecimiento**.

Generalmente después de un período más o menos variable de abstinencia, trabajada en los grupos de autoayuda y apoyada por el tratamiento médico prescrito, el paciente se incorpora al grupo terapéutico.

Estos grupos a veces son diferenciados -los enfermos por un lado y los familiares por otro- y en ocasiones se trabaja con ellos conjuntamente. En estos casos, el familiar suele tender a depositar todos los problemas en el enfermo alcohólico, evitando tratar los suyos propios y los del vínculo, convirtiéndose en juez, fiscal o pseudo terapeuta salvador del mismo. Tendencia que habrá que tener en cuenta para sacarla a la luz y analizarla.

El grupo lo entendemos como un campo de múltiples interacciones, en el que son acogidas las diferencias y heterogeneidades de los miembros que lo conforman, y que fomenta un clima particular de comunicación, el contagio emocional y reacciones en cadena que facilitan el pensamiento reflexivo.

OBJETIVOS:

El objetivo de la terapia de grupo es el **cambio de la estructura psíquica de sus miembros**, a través de la elaboración de conflictos no resueltos a lo largo de la trayectoria vital, para favorecer el crecimiento personal y la adaptación al medio.

Este cambio se realiza en interacción con los otros e implica:

- menor rigidez y culpabilidad
- mayor capacidad reparatoria y mejor contacto con la realidad (con la consiguiente disminución de la omnipotencia)
- mayor tolerancia a la frustración, menor tendencia a la acción.
- mayor aceptación de los límites y las pérdidas.
- mayor autonomía y desarrollo de un proyecto personal.

En las asociaciones de alcohólicos, el logro y mantenimiento de la abstinencia se plantea a la vez como objetivo y requisito de pertenencia al grupo. También se propone la rehabilitación psicosocial de la persona alcohólica.

El trabajo del grupo se da en un clima de **libre y espontánea manifestación de sus miembros y de una neutralidad y tolerancia absoluta del terapeuta.**

No hay tarea en el sentido del grupo operativo, ni lucha contra el alcohol. Curarse de la dependencia devendrá como resultado del trabajo mismo dentro del grupo. El grupo no debe erigirse en defensor de ningún tipo de moral ni el terapeuta puede, alentado por los pacientes, convertirse en abanderado de ningún sistema de valores ideal.

ENCUADRE:

Es el marco invariable de condiciones, que va a permitir que se instale el proceso terapéutico.

Una **norma ética** fundamental en el funcionamiento del grupo que habrá que explicitar desde el principio es el compromiso de **guardar secreto** respecto a las confidencias de los demás. No se podrá hablar fuera de lo que se escucha en el grupo. Por otra parte, el secreto del terapeuta es consustancial a todos los encuadres terapéuticos.

En el marco institucional es conveniente comentar, al iniciarse la terapia, que no se puede acudir al grupo bajo los efectos de intoxicación por alcohol o drogas y tampoco está permitida **ninguna manifestación de violencia verbal o física**. En caso de que se diera alguna de estas circunstancias el sujeto tendría que abandonar el grupo.

En un grupo todos los participantes tienen derecho a la **libertad absoluta de expresión**, asistencia o vacaciones, aunque se estimula el hecho de que sus ausencias sean las menores posibles.

Por parte del terapeuta, debe anunciar previamente sus fechas de vacaciones o justificadas ausencias.

El número idóneo de participantes en un grupo está establecido entre no menos de tres ni más de diez (aunque en las asociaciones a veces estas cifras se sobrepasan por determinados condicionantes).

En cuanto al **entorno físico**, la sala de sesiones debe ser siempre la misma, a ser posible. Los horarios no deben modificarse una vez establecidos a no ser por motivos de fuerza mayor. El comienzo y final de las sesiones deben atenerse al tiempo previsto para las mismas, por una cuestión de respeto mutuo.

El terapeuta no debe participar en las discusiones ni dirigir el grupo en el sentido de proponer temas de debate. Su función es hacer señalamientos, interpretaciones grupales o individuales y formular preguntas de cara a clarificar algún tema. Tampoco habla de sí mismo, enseña, prohíbe o juzga. No debe defender o criticar creencias o ideologías, tan sólo debe **escuchar lo que ocurre en el grupo** para poder interpretar lo que está pasando en el mismo a nivel grupal, y en algunos casos, individual.

ASPECTOS TÉCNICOS:

Existen múltiples motivaciones para acudir al tratamiento, a veces las fantasías que subyacen en los sujetos que participan en una terapia de grupo son conscientes, pero a veces permanecen inconscientes y es menester detectarlas en el proceso terapéutico. Por ejemplo:

- complacer a los que le rodean.
- conseguir relaciones, amigos o distracción.
- aprender psicología y llegar a ser un experto en alcoholismo.

- recibir ayuda ética o guía moral.
- curarse mágicamente atribuyendo al terapeuta poderes de los que carece.
- buscar aliados cuando se cree que los propios problemas son debidos a los demás.

La **fantasía más común** que traen los pacientes alcohólicos a los grupos es la búsqueda de la fusión con alguien que sea el proveedor de toda necesidad (función anteriormente puesta en el alcohol). Un ejemplo de fusión con el terapeuta sería el dar por sentado que éste adivina sus pensamientos y por tanto no tener que comunicarlos, ni pensar en ellos, esperando que los problemas se resuelvan con una “varita mágica”, sin reflexión ni cooperación.

Junto a esta fantasía a veces se dan otras como desear un objeto idealizado que alimente, proteja y dé amor, inagotable, eterno, siempre disponible, sin condiciones ni límites. Es la misma ilusión de muchos alcohólicos con su botella, de la que disponen siempre que la necesitan o desean, de la que se acompañan en todos los momentos de alegría o tristeza. Se manifiesta por la exigencia de cariño, atención y ayuda directa sin pasar por un proceso de elaboración y sin que el sujeto ponga nada de su parte.

Con el término **resistencias** hacemos referencia a todo aquello que se opone al trabajo terapéutico, en este caso en el grupo. Se manifiestan de distintas maneras: (Guitier, 1981).

- **Rechazo al tratamiento:** acudir a la psicoterapia implica reconocer que uno tiene problemas y esto puede ser vivido como una amenaza a la imagen que se tiene de sí mismo. A veces el grupo asusta porque se piensa que puede invadir la intimidad o que se puede sufrir rechazo. Otras veces no se tolera la competencia, la rivalidad, envidia o celos, deseando todo para sí, como “un hijo único”.
- **Miedo a que surjan ansiedades primitivas:** a veces se muestra un rechazo a las interpretaciones o se realiza una radical separación entre los síntomas y la propia historia personal.
- **Miedo a la aceptación de aspectos propios** rechazados o percibidos como peligrosos (odio, agresividad, culpa, tristeza, celos etc.).
- **Miedo a crecer,** aferrándose a partes de su rol infantil. La madurez equivale a asumir responsabilidad y compromiso, rivalidad sexual, sufrimiento, decepciones, tristezas y dolor, y a veces el sujeto evita asumir todos estos aspectos.

El trabajo en grupo promueve una serie de **cambios en el sujeto:**

1.-El grupo ayuda a **disminuir el narcisismo y la omnipotencia**, el pensamiento mágico y la negación de la realidad, posibilitando el desbloqueo de afectos. El grupo ayuda a fortalecer el sentido de realidad fomentando la individuación y la independencia.

2.-Reconstrucción del yo mediante la **resolución de conflictos** estancados en el mundo interior, ampliación del yo que aumenta la capacidad para las relaciones personales, consistencia ante la adversidad, tolerancia a la frustración, fracaso, dolor y pérdidas. Tiene como consecuencia mayor responsabilidad, autonomía y compromiso. Por último, mediante la aceptación

de pérdidas e idealizaciones, el sujeto recupera la capacidad de relaciones reales de amor y amistad con personas de su entorno.

3.-**Adaptación a la realidad y sociabilización:** todos los cambios mencionados favorecen la adaptación al entorno social con más capacidad de observación y autocrítica, más sensibilidad, mayor capacidad para las relaciones y el trabajo y menor rigidez e intolerancia.

Distintos mecanismos operan favoreciendo el **cambio** en los grupos (Grimberg, Langer y Rodrigué, 1977):

1.-La **identificación:** es un proceso por el que una persona asimila uno o varios aspectos o atributos de otra y se transforma en base al modelo de ésta. Se podría decir que imita o incorpora a otros dentro de sí. Cada miembro del grupo aporta la historia de sus identificaciones a lo largo de su evolución y tratará de colocar a los demás en determinados roles, recreando relaciones conflictivas anteriores. A la vez el clima grupal facilita la identificación con los sentimientos que expresan sus integrantes, dando la posibilidad de corregir patrones patológicos.

2.-El **insight:** es la comprensión intelectual y afectiva de una interpretación. Es un momento en el que el sujeto ve claramente algo que hasta entonces había permanecido oculto o inconsciente y esto le permite ampliar la comprensión acerca de sí mismo.

3.-La **transferencia:** se refiere al proceso mediante el cual en el grupo se reactivan los conflictos y vivencias experimentados con figuras significativas. Se da entre los miembros del grupo y entre éstos y el terapeuta.

4.-La **contratransferencia:** es el conjunto de reacciones emocionales conscientes e inconscientes que el terapeuta experimenta hacia los integrantes del grupo. Su análisis por parte del terapeuta le proporciona claves para la comprensión de comportamientos, sentimientos y pensamientos de sus pacientes. Debe estar muy atento para no caer en la tentación de responder con aclaraciones o consejos a la demanda de los pacientes que desean conocerse o saber qué hacer en una determinada situación. Debe ser capaz de soportar la tensión que implica afrontar en vivo, en el aquí y ahora de la sesión, los conflictos inherentes a la condición humana.

5.-Los **roles:** se trata de funciones prefijadas en la evolución grupal, que sus miembros se atribuyen entre sí. Ejemplos de roles serían: el líder, el chivo expiatorio, el sumiso, el optimista, el agresivo etc.

Sobre el terapeuta también se proyectan roles y funciones, pero a diferencia de los miembros del grupo que actúan sus roles, el terapeuta los vive contratransferencialmente y los interpreta.

El instrumento fundamental en la psicoterapia dinámica de grupo es la interpretación, pero el terapeuta cuenta con otros recursos que le ayudan en su tarea.

- **Preguntas o clarificaciones:** van dirigidas a conseguir más datos de algún aspecto o cuestión que no está claro, es incompleto o no comprensible, de cara a poder entenderlo de forma más nítida.

A veces van destinadas a suscitar reflexión o asociaciones del grupo, que esclarecen lo latente. Frente a las certezas, sentencias y afirmaciones rotundas muchas veces el terapeuta propone el cuestionamiento y la duda, pero debe calibrar su uso para no producir un efecto persecutorio con ellas.

- **Señalamientos o confrontaciones:** su función es destacar algo llamativo que tiende a ser relegado a un segundo plano (actos fallidos, lapsus, comunicación no verbal, contradicciones, repeticiones). Generalmente ayudan a la posterior interpretación.

- **Interpretaciones:** serían una especie de traducción de lo que el paciente o el grupo ha expuesto, cuyo significado permanecía inconsciente.

La interpretación puede ir dirigida a las defensas, las resistencias o contenidos. Puede ser de carácter individual o grupal y va destinada a producir insight.

PROCESO TERAPÉUTICO:

LOS COMIENZOS:

Al iniciarse la actividad de un grupo se remueven en sus miembros situaciones grupales vividas actuales y pasadas, que actúan como un referente para sus integrantes. Éstos **buscarán su lugar** dentro del grupo y la aceptación de los demás, y pueden producirse abandonos precoces debido a que predominan el funcionamiento de tipo primario y el **pensamiento mágico** (expectativas de recuperación instantánea, espera de consejos y pautas por parte del terapeuta, comunicación dirigida al terapeuta en forma de preguntas directas obviando al resto del grupo). Aparecen actitudes de rechazo hacia el trabajo de elaboración y se habla con mayor facilidad de los síntomas físicos que de los psíquicos.

Es necesario crear un tiempo de espera frente a la urgencia, evitando la actuación compulsiva. No dar soluciones imperativas sino **abrir la posibilidad de problematizar** e ir percibiendo los sentimientos y sensaciones que se ponen en juego. La sensación de “estar perdidos” al principio permite acceder a lo desconocido, a lo nuevo, a lo creativo

Al igual que en el tratamiento individual, el lugar del terapeuta no ha de ser el del padre autoritario, poseedor de la palabra y la verdad, sino el de la escucha y la interrogación. Su función es sostener el silencio y **generar condiciones que posibiliten el intercambio**, respondiendo a las demandas con otra pregunta o formulando una pregunta abierta al grupo, atento a lo que se dice, cómo se dice y desde dónde se dice. También a lo que no se dice.

En los comienzos suelen plantearse intervenciones individualistas y egocéntricas. Algunos miembros llegan esperando ocupar un espacio donde exponer sus conflictos, como si la terapia

fuera sólo para ellos. Se intenta ayudar a los demás dando consejos y diciéndoles lo que tienen que hacer.

Lo más específico de los primeros momentos de un grupo es la aparición de **angustia ante lo desconocido** y la sensación de vulnerabilidad, propiciadas fundamentalmente por la ausencia de normas, que el terapeuta habrá de ir interpretando para elaborarlas. Aparece incomodidad ante los silencios, esperando que sea el otro quien los rompa.

En este período el grupo suele demandar del terapeuta que adopte el rol de enseñar o dirigir y puede aparecer hostilidad hacia él cuando se niega a satisfacer estos deseos. Generalmente surge un líder que asume ese papel por su deseo de diferenciarse. Estos líderes iniciales activan el grupo, pero su liderazgo no suele durar mucho, produce rivalidad y mezcla de sumisión-rebelión en el resto de los miembros. Según Bion los distintos tipos de líderes van surgiendo en función del clima emocional y las fantasías subyacentes en el grupo, a las que este autor denomina “supuestos básicos” (Grimberg, Sor y Tabak, 1986).

FASE MEDIA:

Es la etapa de **integración** del grupo, que surgirá a medida que aumente el insight. Los miembros comienzan a acercarse entre sí y a hablar de temas más variados, íntimos y personales y también de las relaciones que van surgiendo entre ellos. Conectan la propia biografía con la problemática actual y con sus sentimientos encontrados. Se manifiestan las hostilidades y rivalidades y aparecen subgrupos.

Cuanto más avanza el grupo, más utiliza el **lenguaje directo**, que expresa de forma madura conflictos y sentimientos de los miembros entre sí y hacia el terapeuta. Cada vez se utilizan menos las anécdotas como resistencia.

Poco a poco las funciones de observación, percepción y análisis -que en un primer momento corresponden al terapeuta- son compartidas por todo el grupo. Los miembros aprenden a escuchar y las intervenciones que pretenden atención exclusiva son menos frecuentes. Se da una **mayor tolerancia** a los aspectos enfermos de los demás y se aceptan mejor las críticas.

Una vez integrado, el grupo posee vida propia: una historia, un lenguaje, unas normas y una moral que le son particulares y posibles gracias al clima de comprensión y tolerancia hacia los demás.

Hay un **flujo de influencias** entre los miembros. Por ejemplo, los sujetos más dejados e irreflexivos incorporan aspectos más serios y responsables, e inversamente los rígidos incorporan actitudes más permisivas de sus compañeros.

Se va constituyendo un **sentimiento de pertenencia** que aporta seguridad e intercambio maduro. Como contrapartida se corre el riesgo de caer en un apego desmedido al grupo que se evidencia en forma de estancamiento y tendencia a la repetición, impidiendo la individuación.

FASE FINAL:

Los miembros del grupo han adquirido o recuperado su capacidad de disfrutar, amar y trabajar.

La finalización del tratamiento en los grupos cerrados se plantea cuando se alcanzan los objetivos. En nuestros grupos, generalmente abiertos, es más frecuente la finalización sucesiva de cada miembro. En ambos casos, ya surja de forma individual o grupal, de acuerdo con el terapeuta, conviene poner un plazo de finalización del tratamiento. Debemos ser realistas a la hora de evaluar si se han cumplido los objetivos del tratamiento, ya que a veces se tiende a "sobre tratar" o a convertir a alguno de sus miembros en una suerte de co terapeuta, postergando así su despedida.

Generalmente en las etapas finales, antes de la terminación, la preocupación principal se orienta hacia la vida de cada uno fuera del grupo. Comprende también **la elaboración del duelo** por la pérdida del grupo como medio de ayuda y enriquecimiento, del terapeuta como persona y de los compañeros.

Algunas reacciones que pueden presentarse en el paciente que se va, en el grupo y en el terapeuta, son:

1.- En el paciente:

- temor o **miedo** a asumir riesgos, a equivocarse o fracasar, a las responsabilidades, a recaer en el consumo, a la realidad a la que ha de enfrentarse.
- **culpa** por su marcha, deslealtad hacia los demás, temor a perder la dependencia.
- miedo a provocar tristeza, dolor o envidia en los que se quedan.
- **dolor y tristeza** por la separación.
- agravamiento de los síntomas ya desaparecidos o surgimiento de nuevos síntomas para evitar la marcha.
- **satisfacción** por haber cumplido un objetivo, yéndose enriquecido, reconociendo el valor de la terapia y gratitud hacia el terapeuta y sus compañeros.

2.- En el grupo:

- En un principio puede surgir **envidia**, más tarde se entiende que ese alta sirve de ejemplo para los demás.
- En la última sesión a veces hay **aflicción** o incluso llanto, reconocimiento del compañero que se va y expresión directa del afecto que se le tiene.
- Cuando se ha ido, puede surgir un hueco por la pérdida del rol que desempeñaba el que se fue, rol que normalmente se redistribuye entre los presentes.
- Se elabora el **duelo** con dolor como muestra de una pérdida real.

3.- En el terapeuta:

- Se refuerza la **autoestima** profesional.

- Sentimientos de tristeza con sensación de **pérdida real** de una persona a quien se le ha ayudado a vivir en armonía consigo misma y con los demás.

PSICOTERAPIA DE PAREJA:

En las últimas décadas, y como consecuencia de los cambios sociales sobrevenidos, la pareja ha sufrido modificaciones en su estructura y en su forma de funcionamiento. Ya no limitamos la idea de pareja a la relación entre un hombre y una mujer que se unen en forma duradera, con el fin de concebir y criar hijos.

El hecho de que la mujer ya no dependa económicamente del hombre, que lo masculino y lo femenino no sean los únicos factores en torno a los cuales se constituyen las parejas y que la procreación sea hoy independiente de la sexualidad, provoca el **surgimiento de distintas formas de emparejamiento**: homosexual o heterosexual, monógamo o abierto, con o sin convivencia, con o sin descendencia y/o con hijos de parejas previas, y muchas formas más de vivir en o con pareja.

Ante tal diversidad, nuestra tarea como terapeutas se verá abocada a revisar las concepciones tradicionales y cuestionar los presupuestos teóricos y técnicos, y también ciertos prejuicios, con el fin de intentar comprender a las personas que nos consultan, aceptando el surgimiento de un nuevo paradigma social, sexual, económico y político.

Hoy, podríamos decir que una pareja es el lazo de alianza que establecen dos personas adultas que tienen un proyecto y un código lingüístico común, que comparten intimidad sexual de modo supuestamente exclusivo y cotidianeidad de manera continuada.

Cualquiera que sea el tipo de pareja establecido, este vínculo impondrá a sus miembros la difícil tarea de **conciliar distintos deseos, expectativas, modos de relacionarse** afectiva y eróticamente, etc. El sujeto siempre intenta reencontrar en el otro lo que espera, lo que conoce, lo que se repite. Pero entonces, en cada encuentro amoroso, acaece una decepción: “tú no eres quien yo esperaba” “no te reconozco”.

En un primer momento de encuentro tenderá a prevalecer lo **ilusorio del enamoramiento**, de ser los dos uno, estar hechos “el uno para el otro”, que no haya diferencias.

Más adelante, será menester **tolerar la desilusión** de que el otro no sea el que creemos o imaginamos, y poder desunirse de esta relación idealizada para poder vincularse con lo ajeno, diferente, desconocido, desconcertante del otro. Porque siempre tendemos a asimilar lo nuevo y desconocido en función de esquemas referenciales previos, a hacer homogéneo lo que es diferente y ajeno para sentirnos más seguros. Pero si dos son iguales, no hay posibilidad de vincularse.

OBJETIVOS:

El **vincularse impone un trabajo** en que las dos partes ya no volverán a ser los que eran. Los equilibrios que la pareja vaya alcanzando no serán estáticos sino transitorios, ya que los deseos o intereses contrapuestos siempre luchan por prevalecer unos sobre otros. Para construir un vínculo de pareja es necesario dejarse sorprender por lo diferente y novedoso, lo que implica un cuestionamiento del mundo personal de cada miembro de la pareja.

El objetivo será generar un espacio para hacer juntos algo nuevo y creativo, aprender a aceptar al otro en sus diferencias y admitir que hablar no necesariamente debe implicar peleas ni amenazas a la relación, dado que el hablar facilita el pensamiento, y el pensamiento ayuda a resolver lo no tramitado, evitando la violencia esterilizante. Entender que no podrán dar al otro lo que le falta pero sí crear entre ambos un nuevo proyecto compartido, que les permitirá seguir creciendo con sus diferencias.

ENCUADRE:

Es un conjunto de normas y reglas explicitadas al comienzo del tratamiento, por las que se va a regir el proceso terapéutico y que favorece su desarrollo. Nos permitirán crear un acuerdo mínimo de trabajo, un marco adecuado para poder iniciar un tratamiento.

Su regularidad y estabilidad posibilita la labor del terapeuta, creando en la pareja las condiciones para un diálogo diferente del que mantienen en la vida cotidiana. Una condición necesaria es la presencia de ambos integrantes simultáneamente, dado que en este tratamiento el paciente es la pareja, no uno u otro. Por eso se advierte a la pareja que el terapeuta los tratará conjuntamente.

En caso de que algún miembro de la pareja esté en tratamiento individual, es importante que no sea el mismo terapeuta quien lleve a cabo el tratamiento de ambos.

Generalmente se trabaja con la frecuencia de una o dos sesiones semanales de sesenta minutos de duración.

Es preciso especificar los honorarios de las sesiones y las consecuencias de faltar a las mismas. En caso de que el tratamiento se realice en un contexto asociativo, este punto se regirá por las pautas de funcionamiento de cada institución.

Los horarios han de ser fijados de antemano, así como los periodos vacacionales.

Se les anima a que se expresen con la mayor libertad posible y aporten de manera espontánea toda la información sobre lo que se está tratando.

La regla de abstinencia implica que el intercambio debe limitarse a lo verbal, dentro del espacio terapéutico, y que **no deben complacerse ningún tipo de demandas** fuera de lo estrictamente terapéutico. Por ejemplo, la pareja de un paciente alcohólico puede demandar una alianza con el terapeuta para reprochar al otro, en lugar de preguntarse qué les está pasando que no pueden quitar el alcohol de sus vidas.

ASPECTOS TÉCNICOS:

En el dispositivo vincular, **la pareja y el terapeuta constituyen un nuevo conjunto** en el que es fundamental la neutralidad. El terapeuta debe aceptar a los dos miembros sin emitir juicios de valor u opiniones personales sobre uno u otro, intentando conocer los conflictos de la relación.

Deberá escuchar e intervenir con **imparcialidad** y sin prejuicios, tenderá a favorecer un clima de comunicación abierta entre la pareja y con el terapeuta.

Atenderá a los dos niveles de **comunicación, verbal y no verbal**: el tono de voz, la mirada, el juego corporal, los ritmos, las cadencias del discurso verbal, los silencios.

Diversos instrumentos favorecerán el desarrollo del trabajo terapéutico:

- **Ambiente tolerante** con disponibilidad y atención por parte del terapeuta.
- **Intervenciones verbales directas**, que estimulan la capacidad de la pareja para ver su relación de forma diferente y ampliar su comprensión acerca de la misma. Llamamos la atención sobre algún fragmento del discurso o hacemos preguntas que permitan crear un espacio de pensamiento nuevo. También intentamos **despejar malentendidos** y escuchar las distintas versiones acerca de su malestar.

Las intervenciones consisten en dirigir la atención de la pareja hacia **aspectos de su conducta o de sus comunicaciones** llamativos, pero que suelen pasar **desapercibidos para ellos**. Se analizan las repeticiones, los reproches y se señala cómo cada uno participa en su relación con el otro.

También se sintetiza y devuelve resumidamente algo de lo dicho, sin introducir nada que no se haya expresado. A veces se hace a través de preguntas dirigidas a conseguir más datos de alguna cuestión oscura, incompleta o incomprensible.

- Intervenciones vinculares: apuntan al hecho de que la actividad psíquica está determinada por la **mutua influencia** (bidireccionalidad). Por ejemplo: “cuando X bebe, promueve esta respuesta en Z., que a su vez responde de esta manera..., provocando un continuo malestar entre vosotros”.

PROCESO TERAPÉUTICO:

Cada pareja tiene un modo particular de funcionamiento y crea en las sesiones un **clima vincular** característico. Gomel y Matus (2008) describen algunos: clima violento y/o de desconfianza, de indiferencia y/o vacío, de angustia, de banalización, de perplejidad, erotizado, de confianza y bienestar. Este último será un objetivo a lograr, ya que actúa como motor en el proceso terapéutico.

Es fundamental que en los temas que surgen participen ambos, lo cual no quiere decir que a veces surjan temas individuales, en cuyo caso, el terapeuta invitará a los dos miembros a ver cómo los conciben y cómo afectan a su relación. No se trata de interpretar a cada uno de los integrantes,

dado que esto constituiría una suerte de malentendida terapia “individual” en presencia de un tercero.

Es importante que el terapeuta esté alerta escuchando a la pareja, pero también a sí mismo, para entender los afectos que le surgen cuando está trabajando y no actuarlos o proyectarlos en sus pacientes. También deberá asumir una actitud no omnipotente, aceptando su desconocimiento para que surja lo propio de cada pareja y buscar juntos nuevas formas de vinculación.

La principal **resistencia** que se presenta en las parejas es la de incorporar un cambio desde lo producido con el otro. Dificultad de **dejar de ser uno mismo** y dejarse afectar por el otro, que altera el sentimiento de mismidad. Cuando alguien se presenta como inaccesible, se está resistiendo a la ajenidad, a que el otro le deje una huella y lo obligue a dejar de ser quien venía siendo, para comenzar un trabajo de cuestionamiento, creación y encuentro.

El **reproche** es una de las formas más frecuentes de resistencia a la vincularidad y surge del malestar ante lo intolerable e imprevisible en la relación con el otro.

Esto se puede manifestar de varias formas. Muchas veces nos encontramos con parejas que actúan en base a lo que creen que debe ser una pareja, según un modelo tradicional al que deben ceñirse. El funcionamiento de estas parejas está basado en la adaptación de sus miembros al cumplimiento de las normas, al “deber ser”. No dialogan ni se cuestionan quiénes son ni cómo desean ser, y a veces el consumo de alcohol les ayuda a mantener un statu quo que se ha quedado anclado en los mandatos familiares o sociales, sin poder crear una manera de vincularse propia y basada en que no son iguales ni comparten siempre las mismas creencias.

Otra dificultad para iniciar un proceso terapéutico, la encontramos en parejas llenas de **reproches y malentendidos**. Suelen utilizar el lenguaje para atacar al otro o defenderse de él, anulando la posibilidad de escuchar e intentar dar sentido a las palabras. Los reproches en relación con los daños producidos por el consumo de alcohol, impiden la creación de un espacio de pensamiento nuevo.

A veces cada integrante puede usar las interpretaciones dentro o fuera de la sesión para atacar al otro miembro de la pareja.

En otras ocasiones, la ruptura del vínculo de pareja aparece reafirmando una **pseudo individualidad** (yo soy yo y no tengo nada que ver con el otro), que está al servicio de mantener el viejo equilibrio y alejarse de las dificultades que la vinculación con otro genera.

LOS COMIENZOS:

Cuando una pareja pide tratamiento es porque ha entrado en un periodo de **crisis**, sucede algo que cuestiona los pactos que llevaban a la repetición y la monotonía, y como consecuencia el síntoma de la separación amenaza.

En el caso en que uno de los miembros de la pareja sea alcohólico, este suceso puede ser la irrupción del consumo o el cese del mismo. Así, solemos encontrarnos con dos formas de consultar:

- el miembro no alcohólico pide ayuda porque la relación y la convivencia se ven afectados y amenazados por el **consumo desmedido que arrasa con el proyecto de vida en común;**
- habiendo alcanzado la abstinencia alcohólica, los equilibrios previos ya no pueden mantenerse debido a la **ruptura de los pactos y acuerdos que mantuvieron unida a la pareja.**

A veces nos piden ayuda porque, aún queriéndose y deseando estar juntos, no son capaces de crear una forma de estar en el vínculo que les permita ser felices. Otras veces tienen modos de funcionar violentos y tendremos que trabajar para que asuman que la violencia es generada y perpetuada entre ambos.

Cuando hablan acerca de su malestar, siempre creen que la culpa la tiene el otro porque bebe o exagera en la apreciación del consumo; o porque, habiendo dejado de consumir, no es “el de antes” o el que se esperaba.

Observamos cómo se presentan, si la demanda es conjunta o uno viene obligado o a petición del otro, si se tienen en cuenta a la hora de tomar decisiones o acordar horarios.

También buscamos detectar qué tipo de fantasías se ponen en juego en relación con el terapeuta, si lo ven como una figura que los podrá ayudar a pensarse y conocerse, o como una figura persecutoria y destructiva. Esto funciona como indicador pronóstico de la posibilidad de un tratamiento, de tolerar la inclusión de este tercero en el vínculo, un otro que les ayude a crear un espacio donde alojar las diferencias y poder aceptarse.

FASE MEDIA:

En las parejas con alcoholismo, dejan de creer que el que está mal es el otro y pueden reconocer cómo ambos estaban inmersos en una forma de funcionar que les producía sufrimiento y retroalimentaba las conductas de consumo, control y desconfianza.

Al comienzo de cada sesión es preciso que sea la pareja la que tome la iniciativa. Si el silencio fuera muy prolongado el terapeuta puede intervenir en el sentido de señalar que algo les está impidiendo expresarse, pero nunca propondrá un tema para facilitar que surja la angustia que provoca dicho silencio.

Entre el terapeuta y la pareja se va creando un campo que les permite trabajar, diferente del de la pura repetición dañina para ambos. En el proceso terapéutico se va metabolizando aquello del otro que no podremos entender, controlar, saber qué piensa o si desea beber o no. Esta elaboración de la ajenidad produce modificaciones en la estructura psíquica de los miembros de la pareja.

FASE FINAL:

A lo largo del recorrido, se ha ido creando un espacio “entre” que les permite alojar las diferencias y poder aceptarse con éstas. Un espacio que les suscita preguntas, curiosidad, en

lugar de la repetición de conductas que los hacían sufrir. Esto les ayuda a tolerar la *incertidumbre* que genera abrirse a nuevas formas de pensamiento y renunciar a certezas definitivas y conocidas y por lo tanto impenetrables. Han pasado así, de la lógica del UNO a la del encuentro con el otro.

Desde la presencia han ido produciendo un pensamiento nuevo entre los dos, han creado juntos algo que los ha cambiado y ya no son los mismos que cuando vinieron.

Y llega el momento final de elaborar el duelo por la pérdida de los ideales propios, del terapeuta ideal y de los depositados en el cónyuge. También por la pérdida de la relación terapéutica y la persona real del terapeuta.

PSICOTERAPIA FAMILIAR:

El tratamiento familiar se lleva a cabo con un conjunto de sujetos en presencia, y a la relación entre ellos la llamamos vínculo. El **vínculo** es una construcción conjunta generada por el intercambio afectivo entre sus miembros.

Entendemos que los síntomas que presenta uno de los miembros de la familia están relacionados con los vínculos entre sus miembros. Por tanto, desde esta perspectiva, lo que se trabaja y donde nos centramos es en el vínculo familiar, en lugar de ver al alcohólico como un enfermo que, además, tiene una familia. El trabajo relacionado con lo individual, entonces, será válido pero no suficiente.

Lo vincular se aborda desde dos perspectivas: la actual y la histórica.

- Lo **actual** se refiere a la forma en que los miembros de la familia se relacionan y comunican en el presente, estudiando los guiones a veces rígidos que desembocan en repeticiones de comportamientos. El enfermo alcohólico es el depositario de la enfermedad y él la lleva consigo y la actúa, permitiendo a la familia mantenerse en un precario equilibrio, basado en la convicción de que él es el enfermo y los demás son las víctimas. Se trataría de abrir nuevos horizontes, y normalmente ocurre que cuando el miembro portador mejora, algún otro miembro familiar se descompensa.
- Lo **histórico** se centra en los conflictos pasados que quedaron sin resolver y que influyen en la manera actual de vincularse (rencores, reproches).

Hay familias centradas en lo actual, que nunca tienen en cuenta lo vivido anteriormente. Otras en cambio, se centran en el pasado para no asumir lo que está ocurriendo en el presente. Debemos saber dónde enfocar nuestra atención en cada momento para no perdernos en nimios detalles actuales o en una historia sin fin.

OBJETIVOS:

El tratamiento familiar busca **reabrir el sistema de opciones** que ha quedado sellado por el conflicto vincular. Busca crear nuevos escenarios donde relacionarse y nuevos lugares que los miembros pueden ocupar dentro de la familia, una nueva forma de habitar estos escenarios.

El tratamiento pretende **involucrar a todos los miembros de la familia** para poder realizar este trabajo, poniendo en valor lo semejante y las diferencias, ya que si coincidieran en todo, no habría alteridad ni vínculo posible, sino pura relación especular (como sucede en el enamoramiento). Esto es, al igual que en el tratamiento de parejas, crear un nuevo espacio “entre” que les permita abrirse y tolerar las diferencias.

Las familias de los alcohólicos muchas veces funcionan como “organizaciones dualistas”, es decir, se dividen en dos mitades que pueden rivalizar entre sí. Una forma de rivalidad es la de “sanos-enfermos”, “alcohólico vs. esposa e hijos sufrientes”. Se trata de que en cada sesión se abran espacios de escucha para el sufrimiento de todos.

ENCUADRE:

Para favorecer el desarrollo del proceso terapéutico con la familia, es fundamental establecer unas condiciones constantes acordadas por todos, definir las normas o reglas y mantenerlas a lo largo del tratamiento, ya que antes o después es posible que alguno de ellos intente introducir modificaciones en este contrato.

Como en cualquier otro tratamiento, hay que dejar muy claras las condiciones de trabajo, los horarios y honorarios, si corresponde. Se invita a asistir a todos los miembros de la familia, dado que es aconsejable que todo lo que se hable sea escuchado por la familia al completo. Se anima a los participantes a que se expresen con total libertad, pudiendo interrumpirse e interrumpir al terapeuta cuando quieran aportar algo al tema tratado, sin importar las contradicciones en las que puedan caer.

En el tratamiento familiar también es fundamental que el terapeuta mantenga la **neutralidad, imparcialidad y carencia de prejuicios**. Esto es, no tomar partido por alguno de los miembros de la familia ni dejar que impongan qué temas se deben tocar o evitar en las sesiones, o atender a determinados pedidos como el de intentar convencer a uno de ellos de lo que debe o no debe hacer. Todas estas situaciones serán revertidas a la terapia para ver qué está pasando entre ellos y qué les impide expresar libremente lo que cada uno piensa o desea. Por ejemplo, muchas veces la gravedad del consumo de alcohol es negado por toda la familia y es difícil hablar sobre esto, siendo denostado el miembro de la familia que se atreve a denunciarlo y romper así un pacto tácito de silencio. Otras, se oculta el problema a los hijos con la intención de protegerles y el resultado es que éstos se sienten excluidos y desatendidos o manipulados.

Otro tema importante es que, si algunos miembros de la familia están en tratamiento individual, no sea el mismo terapeuta quien se haga cargo del trabajo con la familia.

Como en la terapia individual, de grupo y de pareja, el mantenimiento del **anonimato en relación con la vida privada y las opiniones del profesional** sigue siendo un requisito importante para que la familia pueda desplegar su problemática libremente y no se vea influenciada por lo que puede creer que esperamos de ellos.

ASPECTOS TÉCNICOS:

El terapeuta mantendrá una **conducta orientadora, observante e indagatoria**. Cuando una familia consulta, cada uno cree saber la realidad de los hechos -como si fuera unívoca- y cree conocer al otro y saber lo que piensa, desea y espera. El terapeuta cuestionará estas certezas que impiden escuchar y dejarse sorprender por lo que los demás tienen que decir.

Las herramientas con las que trabajamos son básicamente las mismas que en una terapia de pareja o grupo, esto es, en un contexto intersubjetivo, donde unos y otros se determinan mutuamente y en el que para entender a unos, debemos tener en cuenta lo que sucede en los otros. Los miembros de la familia no son unidades independientes, sino que "son" en el vínculo.

Al igual que en el trabajo con parejas, las intervenciones vinculares muchas veces tienden a hacer patente la **bidireccionalidad**, es decir, la influencia mutua que las acciones y los dichos de unos tienen sobre los demás: "cuando X hace esto, tal vez sin que os deis cuenta, promueve esta respuesta en Y, que a su vez genera..."

Se interviene también a través de **señalamientos**, como el llamar la atención de la familia sobre algún fragmento de su discurso o sobre alguna omisión en el mismo, para ayudarles a pensar en qué es lo que está generando esta dinámica de funcionamiento.

A su vez se utilizan **preguntas** que permiten crear un nuevo espacio de pensamiento o aclarar malos entendidos que muchas veces surgen debido a la dificultad de aceptar al otro en sus diferencias.

PROCESO TERAPÉUTICO:

LOS COMIENZOS:

En general cuando una familia consulta es porque algo rompe el funcionamiento habitual y pone en cuestión los pactos que mantenían un cierto equilibrio. El **malestar** atraviesa el vínculo y lo sufren todos los integrantes.

En esta primera fase terapeuta y familia se conocerán mutuamente y la familia recibirá una mirada diferente y una forma de ser pensada novedosa. Se tendrá en cuenta cómo toleran esta nueva forma de ver las cosas a la hora de valorar si es posible crear un acuerdo mínimo para establecer una relación terapéutica con el conjunto vincular.

También es importante averiguar si el pedido de ayuda es compartido por todos los componentes y si se los ha tenido en cuenta a la hora de acordar el horario.

Por último, podremos observar si el terapeuta es vivido como una figura contenedora de la que se espera ayuda y comprensión o como un enemigo que amenaza la cohesión familiar. Todos estos datos nos permitirán pronosticar el futuro del tratamiento.

FASE MEDIA:

Cada miembro de la familia se va **descolocando del lugar que ocupaba** en el vínculo, un lugar conocido y seguro, aunque generara mucho sufrimiento o impidiera crecer y desarrollar la propia creatividad. Se toma conciencia de que hay que cambiar, hacer algo con el otro, hacerse cargo de los problemas que son de todos. Ya no se trata de pensarse desde lo individual sino de ir tejiendo una nueva historia que construyen juntos y en la que cada uno se sienta más libre y satisfecho.

Renuncian a una relación en la que se lucha por tener razón, por imponer los criterios propios o por lograr acuerdos imposibles. Van creando un espacio para "hacer junto con".

Cuando descubren la satisfacción que genera el escuchar al otro, el pensar juntos y dejarse sorprender porque el otro siempre tendrá aspectos desconocidos, comienzan a disfrutar del hacer algo nuevo con la diferencia de opiniones, deseos, puntos de vista y expectativas, en lugar de seguir sufriendo por la frustración que produce el que no sea como esperaban ni les dé lo que deseaban.

A veces, en familias muy dañadas, la tarea no consiste en descifrar decires y desacuerdos, sino en **tejer un entramado entre sus miembros** para detener los reproches y la violencia. Poner palabras que unan, relacionen, encuentren, despierten curiosidad, complicidades, etc. en lugar de la descarga agresiva que tanto hace sufrir a todos y que tiene que ver con la repetición.

FASE FINAL:

En toda producción vincular en la que hay transformación también se da la creación de algo nuevo. La familia ha conseguido dar un **nuevo significado a los conflictos**, ha redistribuido sus roles y los actúa de una forma menos rígida. Han podido **cuestionar los pactos** que en el pasado mantenían el equilibrio del sistema al alto precio de renunciar a la autonomía de sus miembros, consiguiéndolo a veces con el consumo de alcohol.

Constatamos que han aprendido a **pensar entre ellos** y a tolerar lo imposible de conocer del otro, con la incertidumbre que esto genera. Ha llegado entonces el momento de plantear la despedida y el fin del trabajo conjunto, para que a partir de ahora ellos continúen evolucionando, pensándose y escuchándose con más flexibilidad.

BIBLIOGRAFIA

- Abelleira, H.; Gewürzmann, G.; y Masciandaro, F. (2011). *Cuatro familias, veinte terapeutas*. Buenos Aires: Letra viva.
- Anzieu D.; Bejarano A.; Käes R.; Misserard A. y Pontalis JB. (1978). *El trabajo psicoanalítico en los grupos*. Madrid: Siglo XXI. .
- Barchetti, I. (1988). *Estudios sobre drogadicción*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Berenstein, I. (2004). *Devenir otro con otro (s)*. Buenos Aires: Paidós.
- Berenstein, I. (2008). *Del ser al Hacer*. Buenos Aires : Paidós.
- Coderch, J. (2002). *Teoría y práctica de la psicoterapia psicoanalítica*. Barcelona: Herder.
- Coderch, J. (1982). *Psiquiatría dinámica*. Barcelona: Herder.
- Coderch, J. (2001). *La relación paciente- terapeuta*. Barcelona: Paidós Ibérica. S.A.
- Corominas, R. (2001). El encuadre de la psicoterapia psicoanalítica de la pareja. *Revista de psicoterapia y psicopatología del IEPPM. Año XXI, (47),29-47*.
- Corominas, R. (2006) El conflicto conyugal y su tratamiento psicoanalítico. *Revista de psicoterapia y psicopatología del IEPPM. Año XXVI, (63),43-55*.
- Derrida, J. y Dufourmantelle, A.(2006).*La hospitalidad*. Buenos Aires : Ediciones de La Flor.
- Garzoli, E. (1996) La adicción en la transferencia. Acerca de una paciente alcohólica. *Adicciones. Publicación de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires, 237-258*. Buenos Aires: Publikar.
- Geberovich, F. (1998) *Un dolor irresistible, toxicomanía y pulsión de muerte*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Grimberg, L.; Langer, M. y Rodriugué E. (1977). *Psicoterapia del grupo*. Buenos Aires: Paidós.
- Grimberg, L.; Sor, D. y Tabak de Bianchedi, E. (1986) *Introducción a las ideas de Bion*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Grotjahn, M. (1979). *El arte y la técnica de la terapia grupal analítica*. Buenos Aires : Paidós.
- Guillem Nacher, P. y Loren Camarero, J.A. (1985). *Del diván al círculo*. Madrid: Tecnipublicaciones.
- Guitier, A. (1981) Psicoterapia analítica de grupo. *Revista de psicoterapia y psicopatología del IEPPM*. N° extraordinario monográfico.

- Kalina, E.(2006). *Adicciones. Aportes para la clínica y la terapéutica*. Buenos Aires: Paidós.
- Kalina,E. (1987). *Temas de drogadicción*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Korman, V. (1995). *¿ Y antes de la droga, qué?*. Barcelona: Gruplga.
- Korman,V. (1996).*El oficio de analista*. Buenos Aires: Paidós.
- López,H. (2003). *Las adicciones, sus fundamentos clínicos*. Buenos Aires: Lazos.
- Maldonado, J.L. (1996). Sobre la patología del alcoholismo y la drogadicción en la experiencia psicoanalítica. *Adicciones. Publicación de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires*,259-281. Buenos Aires: Publikar.
- Pachuk, C. y Zadunaisky, A. (2010). *Psicoanálisis vincular*.Buenos Aires: Lugar
- Pachuk, C.; Friedler,R (1988) *Diccionario de Psicoanálisis de lasConfiguraciones Vinculares*. Buenos Aires: Ediciones del Candil.
- PerezTestor, C.; Castillo Narayoa, J.A.yDavinsPujols, M. (2009).Psicoterapia psicoanalítica de pareja: Teoría y práctica clínica. *Apuntes de psicología, colegio Oficialde Psicología de Andalucía Occidental. Vol.27, (2-3), 197-217*. Universidad de Cádiz, Universidad de Huelva y Universidad de Sevilla.
- Puget, J. y Berenstein, I. (1988).*Psicoanálisis de la pareja matrimonial*. Buenos Aires : Paidós.
- Puget, J. et ál. (2006). *La pareja y sus anudamientos*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Rojas,MC. et ál. (2008). *Perspectivas vinculares en psicoanálisis. Las prácticas y susproblemáticas*. Conferencia del II Congreso de las Configuraciones Vinculares. Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo. Buenos Aires.

5.2 Enfoque cognitivo-conductual

*Ana M^a López Lorente. Psicóloga Asociación Libres del Alcohol "Cástulo"
de Linares (Jaén) y Asesora Técnica de la Federación Al'Andalus.*

*Sonia Sánchez Suárez. Psicóloga Asociación Alcohólicos Rehabilitados
SAMPEDREÑA (San Pedro Alcántara-Marbella)*

INDICE

1. Proceso terapéutico

1.1. Terapia motivacional

1.2. Terapia individual

1.2.1. Con el enfermo alcohólico

1.2.2. Con el familiar

1.3. Terapia de grupo

1.3.1. Con el enfermo alcohólico

1.3.2. Con el familiar

1.4. Terapia de pareja/familiar

2. Aspectos técnicos

2.1. Entrenamiento en habilidades de afrontamiento

2.2. Prevención de recaídas

2.3. Entrenamiento en manejo del estrés

2.4. Entrenamiento en habilidades sociales

2.5. Manejo de contingencias

2.6. Educación emocional

2.7. Otras

3. Bibliografía

1. PROCESO TERAPEUTICO

La terapia psicológica es un tratamiento que busca estimular pensamientos, sentimientos, sensaciones y conocimientos de la persona que así lo requiere. Cuando hablamos de adicciones, no solo se pretende que la persona deje de consumir y solventar los sufrimientos con los que el paciente acude al profesional sino que se busca abordar los problemas psicológicos subyacentes que aparecen en este tipo de enfermedad para que la rehabilitación sea estable en el tiempo.

Desde la perspectiva biopsicosocial, con una visión integral de la adicción, abarca éstas como enfermedades que afectan tanto al cerebro (por ello es importante conocer la neurobiología) como a la conducta, afecto y pensamiento (procesos diferenciables pero inseparables). Este marco predominante para el análisis y tratamiento de la conducta adictiva y basada en la evidencia, es descrito por Pomerleau y Pomerleau (1987), teniendo la capacidad de poder analizar las interacciones entre el ambiente y los factores farmacológicos implicados en las conductas de consumo de drogas. (Becoña y Cortés, 2008).

Estos autores, dentro de este marco, definen la conducta adictiva como: *“el consumo repetido y abusivo de una sustancia y/o la implicación compulsiva en la realización de una conducta determinada(en este caso, de la conducta de beber) que, de forma directa o indirecta, modifica el medio interno del individuo de tal forma que obtiene un refuerzo inmediato por el consumo de la sustancia o por la realización de dicha conducta”*(Pomerleau y Pomerleau, 1987)

En 1999, el *Nacional Institute on Drug Abuse* (NIDA) publicó un total de trece principios, derivados de la investigación empírica realizada en los treinta años anteriores (hoy en día continúan estando plenamente vigentes), considerados relevantes para el tratamiento efectivo de las drogodependencias (National Institute on Drug Abuse, 1999). Estos principios son:

1. No hay un tratamiento único que sea apropiado para todos los individuos
2. El tratamiento necesita estar disponible fácilmente
3. El tratamiento efectivo atiende a múltiples necesidades del individuo, no sólo a su uso de drogas
4. Un plan de tratamiento y de servicios individual debe ser continuamente evaluado y modificado cuando se considere necesario para asegurarse que el plan atiende las necesidades de cambio de la persona
5. Permanecer en tratamiento durante un adecuado período de tiempo es crítico para la efectividad del tratamiento
6. El *counseling* (individual y grupal) y otras terapias conductuales son componentes críticos, es decir, muy importantes, del tratamiento efectivo para la adicción.
7. La medicación es un elemento importante del tratamiento para muchos pacientes, especialmente cuando se combina con el *counseling* y otras terapias conductuales
8. Los individuos adictos o que abusan de drogas que presentan trastornos mentales coexistentes deberían tener tratamiento para ambos trastornos de forma integrada

9. La desintoxicación médica es sólo el primer estadio del tratamiento de la adicción y, por sí misma, significa poco en lo que se refiere al uso de drogas a largo plazo
10. El tratamiento no necesita ser voluntario para ser efectivo
11. El posible uso de drogas durante el tratamiento debe ser monitorizado continuamente.
12. Los programas de tratamiento deberían incluir evaluación para el VIH/SIDA, hepatitis C y B, tuberculosis y otras enfermedades infecciosas, así como **counseling** que ayude a los pacientes a modificar o cambiar las conductas que les colocan a sí mismos o a otros en riesgo de infección
13. La recuperación de la drogadicción puede ser un proceso a largo plazo y, frecuentemente requiere múltiples episodios de tratamiento.

Según NIDA, un aspecto esencial en la visión de las adicciones y sobre todo en la prevención, son los factores de riesgo y protección a nivel personal, familiar y social.

Aprender a identificar y corregir conductas problemáticas mediante la aplicación de varias destrezas que pueden usarse para interrumpir el abuso de drogas y abordar muchos otros problemas que suelen presentarse simultáneamente, es objetivo de la terapia cognitivo-conductual. Este tipo de terapia, según las investigaciones, las destrezas y habilidades que se aprenden, consiguen mantenerse a lo largo del tiempo.

La Terapia Cognitivo-Conductual surge en la década del 50, con la incorporación paulatina de estrategias y procedimientos de la Psicología cognitiva (Bandura, Ellis, Beck, Meichenbaum,), a la psicología conductista, considera que las personas nacemos con una herencia y un determinado temperamento, con los cuales comienza a interactuar con su entorno, aprendiendo pautas de comportamiento, tanto beneficiosas como perjudiciales para sí mismo y/ o para los demás. El proceso de aprendizaje no es unidireccional, se trata de una compleja secuencia de interacciones, por lo que no somos receptores pasivos de la influencia del medio. Esto explica que ante una misma situación cada persona reaccione de manera diferente. Por ello, estas terapias, se centran en el entrenamiento de determinadas habilidades para responder de forma adecuada a los antecedentes y consecuentes ambientales e individuales (cogniciones y emociones) que mantienen la conducta de consumir drogas.

Los procedimientos cognitivos han demostrado su efectividad en el manejo de emociones, incluso cuando estas dependen de procesos de condicionamiento (Beck y Clark). Los seres humanos efectúan valoraciones de su entorno frecuentemente y es un aspecto a tener en cuenta a la hora de valorar la interpretación de la conducta. La terapia cognitiva mantiene que la percepción y la estructura de las experiencias del individuo determinan sus sentimientos y conducta (Beck, Wright, Newman y Liese, 1993).

En la adicción al alcohol, la experiencia y los estudios corroboran que para obtener una rehabilitación exitosa es preciso la realización de terapias que ayuden al enfermo alcohólico y a su familia a llevar a cabo una transición que no deja de ser compleja. Se avala la utilidad de este tipo de terapia desde la eficacia que tiene, pues destaca la capacidad que tiene este tratamien-

to de producir cambios psicológicos en la dirección esperada que son claramente superiores a los de la no intervención.

Entre las características generales de las terapias cognitivo-conductuales se incluyen:

Es de corta duración, en comparación con otras modalidades de psicoterapia.

Los consultantes pueden ser una persona, una pareja, una familia o un grupo.

Es activo-directiva, esto significa que los cambios requieren compromiso y un rol protagónico del paciente, quien no se limita a concurrir a las sesiones, sino que además va produciendo cambios graduales en su vida cotidiana. El terapeuta es más directivo: complementa la escucha con intervenciones que promueven no solo la reflexión sino además la acción.

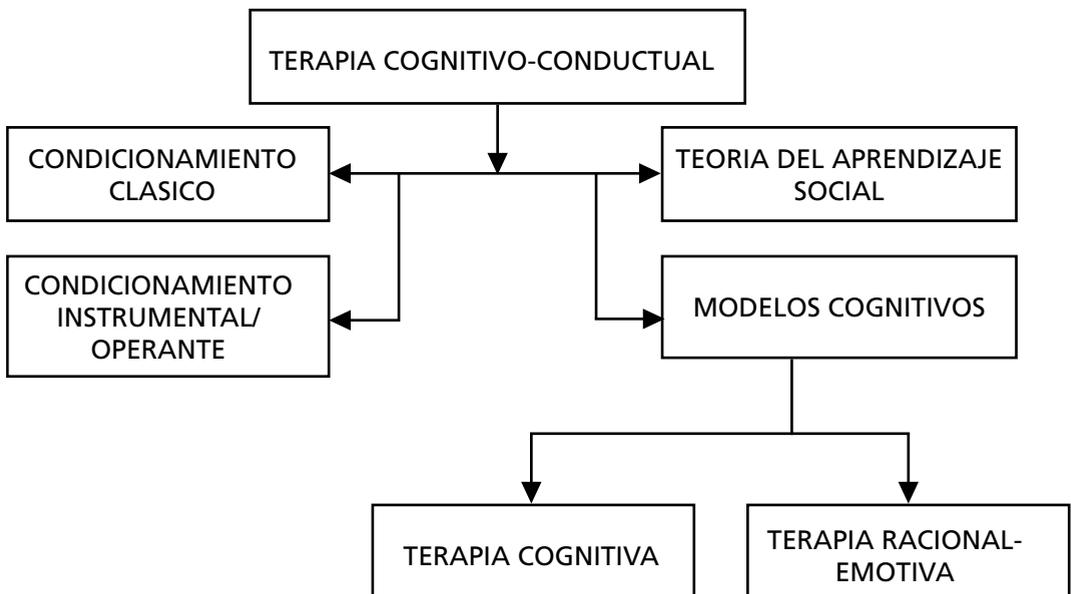
Se incluyen tareas para realizar entre las sesiones, como forma de poner en práctica los aspectos trabajados en la consulta.

Se genera una relación colaboradora entre terapeuta y paciente, en la que el rol del terapeuta consiste en asesorar y acompañar en el camino hacia los cambios que se deseen promover.

Está orientada al presente. La reflexión sobre el pasado tiene como finalidad generar cambios en el presente en pro de una vida más plena y gratificante.

Se considera que la terapia fue efectiva en la medida que el paciente logre las metas que se propuso y mejore su calidad de vida.

A rasgos generales, las terapias cognitivo-conductuales representan la integración de los principios derivados de la teoría del comportamiento, la teoría del aprendizaje social y la terapia cognitiva (Finney, Wilbourne y Moos, 2007)



Este tipo de terapia facilita el desarrollo de habilidades para sobrellevar situaciones difíciles, entrenar en Habilidades Sociales y de Afrontamiento, entre otras habilidades, así como la realización de terapia de estimulación motivacional, terapia de prevención de recaídas, terapia familiar, de pareja y de grupo, que resultan útiles para reparar relaciones interpersonales con éxito a largo plazo así como para resolver los problemas ocasionados por el consumo de alcohol.

Diversos metaanálisis han aportado evidencia sobre los beneficios y las limitaciones de este tipo de terapias en el tratamiento de la dependencia de sustancias (Irvin, Bowers, Dunn y Wang, 1999; Miller y Wilbourne, 2002). Los indicadores de efectividad más ampliamente utilizados para estimar el efecto de las terapias cognitivo-conductuales (TCC) han sido la reducción de la frecuencia y cantidad de consumo, la retención en tratamiento, la reducción de sintomatología asociada al consumo y la reducción de conductas desadaptativas, como la comisión de actos delictivos; en todos ellos, la TCC se ha mostrado útil en adictos (Carroll y Onken, 2005; Finney et al., 2007).

A continuación, hacemos referencia de diferentes procedimientos utilizados para rehabilitar a las personas con problemas de adicciones. Mantienen la base procedimental y de objetivos desde la perspectiva cognitivo-conductual y en cada uno de ellos se persigue los objetivos pertinentes para lo que está indicado:

1.1. TERAPIA MOTIVACIONAL

La Terapia motivacional de Miller y Rollnick es una forma de terapia que incluye o pone en práctica un conjunto de técnicas para conseguir y mantener la motivación del paciente hacia el tratamiento. Fundamentalmente, le ayuda a explorar y resolver ambivalencias acerca de, en este caso, el patrón de consumo de alcohol, destinada a provocar un cambio en los pacientes. Basada en los principios de la psicología motivacional, psicología cognitivo-conductual y en el modelo transteórico del cambio de Prochaska y Di Clemente según el cual la persona pasa por diferentes fases hasta alcanzar el cambio.

Las personas cambian sólo si tienen suficiente motivación (la motivación puede ser definida como la probabilidad de que una persona comience y continúe adhiriéndose a una determinada estrategia de cambio).

Las terapias motivacionales tienen una serie de elementos comunes:

DAR FEEDBACK: mostrar los resultados y ponerlos en relación con el consumo de alcohol, o bien reafirmar la favorable evolución.

RESPONSABILIDAD: mostrar que es el paciente quien tiene que tomar la decisión de cambiar y debe elegir las posibilidades de intervención. Esto evita los abandonos.

ADVERTENCIA: señalar los problemas y razones para el cambio y dar recomendaciones de cómo hacerlo; señalar los peligros y riesgos de la abstinencia y advertir al paciente de las consecuencias pero con optimismo; magnificar las excelencias del cambio.

MENU DE POSIBILIDADES : ofrecer varias alternativas para conseguir la abstinencia.

EMPATÍA: dar apoyo, atención, simpatía; todo lo contrario de confrontación, suspicacia, actitud directiva;

AUTOEFICACIA: mostrar optimismo sobre las posibilidades del cambio.

Según establece Miller & Rollnick, la entrevista motivacional se centra en cómo ayudar a liberar a las personas de la ambivalencia que les atrapa, arrastrándoles en ciclos repetitivos de conductas autodestructivas. Es algo más que un conjunto de técnicas para practicar la terapia. Es una forma de ser con los pacientes, que es probablemente muy diferente a cómo los han tratado otras personas en el pasado. (Miller y Rollnick, 1999)

1.2. TERAPIA INDIVIDUAL

1.2.1. Con el enfermo alcohólico

El consumo alcohólico se basa en una conducta aprendida, con una serie de causas que motivaron su inicio y una serie de consecuencias que perpetúan su consumo. El objetivo de la terapia individual es llevar a cabo una actuación en la que se modifique la conducta de consumo, siendo la persona el principal objetivo de la terapia, llevando a cabo una evaluación, un diagnóstico psicosocial, una psicoeducación (motivación para el tratamiento, información a la persona y a la familia) y la motivación para la incorporación y adherencia al grupo de autoayuda.

El alcoholismo es una enfermedad crónica en la que la recuperación no siempre es completa ni duradera. El peligro de recaídas es relevante, por ello se debe trabajar, tanto individual como grupalmente, una prevención de recaídas por parte de la persona implicada. La prevención de recaídas se define como “el proceso de iniciar y mantener la abstinencia de alcohol o de otra sustancia, acompañado de modificaciones intra e interpersonales”, por lo que a la persona se le entrena en varias técnicas que le ayuden al autocontrol para anticipar y afrontar los problemas de recaída en el cambio de las conductas adictivas. Entre estas técnicas se encuentran la relajación, manejo de situaciones sociales, programas de entrenamiento de conductas asertivas, es decir, los procedimientos conductuales de entrenamiento en habilidades, la terapia cognitiva y el reequilibrio del estilo de vida.

De acuerdo con el modelo bio-psico-social, los componentes esenciales para explicar la iniciación, mantenimiento o abandono de la conducta adictiva son la vulnerabilidad individual, el contexto y las consecuencias (Secades, García, Fernández y Carballo, 2007). El contexto y las consecuencias, además de moldear la vulnerabilidad psicológica, se relacionan con la conducta del individuo a través de diversos mecanismos psicológicos, entre los que se encuentran los vinculados al aprendizaje (tales como los procesos de condicionamiento vicario, operante o clásico), o los patrones de comunicación e interacción (Becoña, Cortés, 2008)

Uno de los objetivos de la terapia individual es desarrollar estrategias destinadas a aumentar el control personal que la persona tiene sobre sí misma. Con este tipo de terapias se pretende ayudar a las personas a estimular su motivación para dejar de consumir, identificar las circunstancias que desencadenan el consumo de bebidas alcohólicas, aprender nuevos méto-

dos para sobrellevar situaciones de alto riesgo que propician la bebida, desarrollar sistemas de apoyo social dentro de sus redes sociales, entre otros. Muchas personas que tienen problemas con el consumo de alcohol tienen también otros problemas de salud, como ansiedad y depresiones graves, que ocurren al mismo tiempo. Este tipo de terapias son de gran ayuda para diagnosticar y tratar estos problemas psicológicos que ocurren al mismo tiempo.

Es importante llevar a cabo una buena evaluación, para poder orientar la rehabilitación de forma exitosa.

1.2.2. Con el familiar (persona que convive con el enfermo alcohólico)

El problema de la adicción al alcohol revela la existencia de otros problemas asociados, como es el de la codependencia, que afecta de manera indirecta a algunas de las personas más próximas al dependiente.

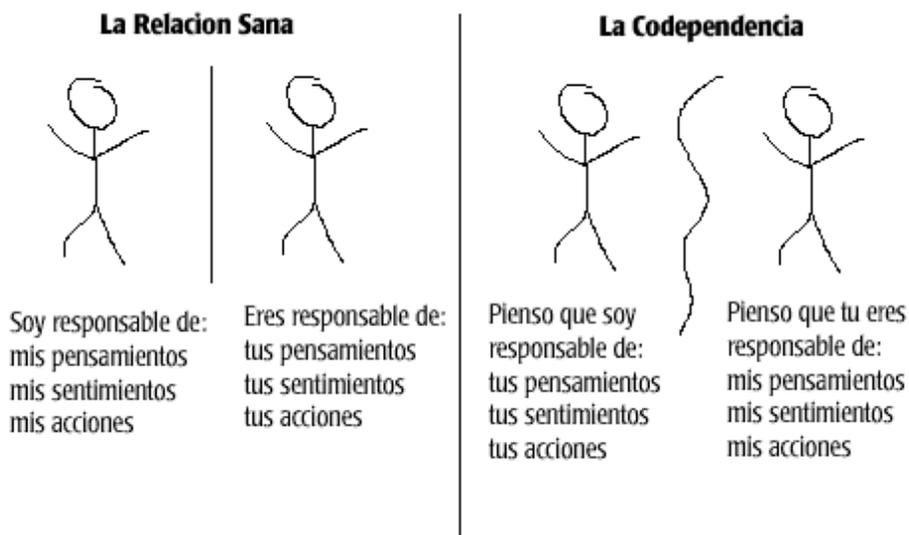
El codependiente es aquella persona cuya atención, intereses, energía, e incluso de manera general, su vida gira alrededor de un adicto de forma enfermiza, generándole sufrimiento. Algunos de los síntomas más significativos del codependiente son el miedo, la tristeza, el odio, el resentimiento y las inseguridades. El alcoholismo y la codependencia son las dos caras de una misma moneda, de la misma enfermedad. Ambos, como en cualquier proceso de adicción, comparten las mismas características de negación, obsesión, compulsión y pérdida de control. El codependiente también mantiene, como el alcohólico, la ilusión de control (Sánchez, Díaz, Grau y Moreno, 2011)

Sharon Wegscheider-Cruce, una especialista en el estudio y tratamiento de la codependencia, define como codependientes a todas las personas quienes:

1. están enamorados o están casados con un alcohólico,
2. tienen un padre alcohólico o un abuelo alcohólico,
3. crecieron en familias reprimidas.

(Wegscheider, 1989)

Dado que la codependencia tiene un inicio, un curso de desarrollo y un fin, la rehabilitación de esta dependencia empieza por buscar el reconocimiento de la enfermedad, para posteriormente trabajar con el tipo de pensamientos, sentimientos y acciones procedentes de una vida ingobernable, con problemas emocionales y financieros. Muchos de estos familiares padecen otros tipos de enfermedades tales como ansiedad, depresión, insomnio, gastritis, dolores de espalda, entre otras. Por ello, el trabajo que se realiza con el familiar, a nivel individual, es determinar a que nivel de afectación se encuentra dentro de la codependencia con el enfermo/a alcohólico/a, conocer dónde termina la persona y dónde empieza la otra persona.



No podemos obviar que la familia es un sistema y si un familiar cambia su conducta de codependencia, el resto de los familiares tienen que equilibrar el sistema con cambios también. La recuperación personal es la respuesta para la rehabilitación y estabilidad de la familia alcohólica. (Wegscheider, 1989) (ver apartado de Terapia Sistémica)

1.3. TERAPIA DE GRUPO

La terapia de grupo constituye el eje fundamental del tratamiento de los problemas relacionados con el alcohol. Esta modalidad terapéutica exige la participación activa del paciente y fomenta la interacción entre los miembros que componen el grupo. Facilita un entrenamiento social, donde el poder normativo del grupo es el que mejor determina un cambio de actitudes y pautas de conducta. El grupo refuerza emocionalmente y cognitivamente, ofrece múltiples posibilidades de identificación, brinda un apoyo para la comprensión y aceptación del problema, activa la responsabilidad y propicia el contacto con la realidad

Toda la terapia de grupo tiene el propósito de aliviar enfermedades, preocupaciones o angustias con la ayuda de un profesional cualificado, que es quien dirige el grupo, pero no solo el terapeuta influye en los grupos, sino que también los miembros que componen el grupo pueden colaborar y proporcionar ayuda a las personas que conforman el grupo, durante el tiempo de terapia. De esta manera, se utilizan los "recursos del grupo" para el crecimiento individual de las personas que acuden al grupo.

El objetivo que se pretende con la terapia de grupo es el mismo que el que se pretende con la terapia individual pero en un formato de grupo y con las dinámicas propias que se van desarrollando dentro de cada grupo

1.3.1. Con el enfermo alcohólico

El apoyo de otras personas motiva y aumenta la fuerza para conseguir alcanzar unos determinados objetivos, aprender estrategias y técnicas de control, adquirir habilidades y asumir normas de funcionamiento del grupo. Los objetivos centrales del mismo son solucionar problemas y realizar tareas que le lleven a la abstinencia o le permita mantener la misma para, finalmente, poder cambiar su estilo de vida, en esto se basa este tipo de psicoterapia. En lo grupal se gana en cuanto se puede compartir las experiencias con otros que están pasando por lo mismo, o ya lo pasaron. Las recomendaciones, consejos y orientaciones, en este caso, no vienen dadas solamente por el profesional, sino también por quienes están pasando por lo mismo. Es decir, se confronta un saber científico con un saber práctico y vivencial (grupos de autoayuda)

El grupo permite aceptar y entender la enfermedad, da herramientas para la autonomía del paciente y prepara al individuo para situaciones de riesgo, así mismo aumenta la motivación para la abstinencia y disminuye la tendencia a la negación y da respuesta a la necesidad de adaptación social. Se potencia la autoeficacia del paciente, ayudándole a reconocer las situaciones de riesgo y a utilizar actitudes alternativas evitando nuevos consumos.

1.3.2. Con el familiar (persona que convive con el enfermo alcohólico)

Al igual que con el enfermo alcohólico, el familiar también necesita del apoyo de otras personas que les motiva y aumenta la fuerza para conseguir alcanzar unos determinados objetivos, aprender estrategias y técnicas de control, adquirir habilidades y asumir normas de funcionamiento del grupo.

Romper con la codependencia implica un proceso largo y duro emocionalmente. Uno de los objetivos del grupo será “buscar que cada persona sea responsable de sí misma” y esto implica aprender una nueva forma de conducta, en la que se enfatiza la importancia del “cuidar de uno mismo”.

La familia alcohólica tiene entre sus características: abandono y poca atención para los hijos; maltrato verbal y muchas veces físico; inmadurez de parte de los padres; padres abusivos o permisivos; viven en codependencia unos con otros; algún miembro de la familia tiene adicción que puede ser no solo al alcohol, sino a comida, juegos, deporte etc.; en algunas ocasiones hay abusos sexuales entre los familiares,..., estos aspectos forman parte de las variables relevantes a cuidar durante esta transición compleja, para llegar a entender el problema del consumo de alcohol.

La diferencia que podemos marcar entre la terapia de grupo de familiares o persona que convive con el enfermo alcohólico y la terapia familiar, está en que la primera hace referencia a grupos donde el familiar que convive con el enfermo alcohólico tiene su propio espacio para compartir con otras personas en igual situación que ellos, su experiencia y en los grupos de terapia familiar, conviven enfermos y miembros de la familia, donde se busca el equilibrio del sistema familiar. (ver tema de Terapia Sistémica)

Grupos de autoayuda

Según Katz y Bender (1976), y adoptada por la Organización Mundial de la Salud, los grupos de autoayuda se definen como: « grupos pequeños y voluntarios estructurados para la ayuda mutua y la consecución de un propósito específico. Estos grupos están integrados habitualmente por iguales que se reúnen para ayudarse mutuamente en la satisfacción de una necesidad común, para superar un handicap común o problemas que trastornan la vida cotidiana, y conseguir cambios sociales y/o personales deseados. Los iniciadores y miembros de estos grupos perciben que sus necesidades no son o no pueden ser satisfechas por las instituciones sociales existentes. Los grupos de ayuda mutua enfatizan la interacción social cara a cara y la responsabilidad personal de sus miembros. Con frecuencia, proporcionan ayuda material así como apoyo emocional; están orientados a la causa del problema y promueven una ideología o conjunto de valores a través de los cuales los miembros del grupo pueden obtener e incrementar un sentimiento de identidad personal».

La esencia de este tipo de grupos consiste en verbalizar y compartir el problema, de esta manera se adquiere consciencia del problema y una nueva perspectiva que abre puertas que anteriormente tan siquiera se llegaban a intuir. Además de compartir el problema, cada integrante comparte las herramientas de las que se ha servido para enfrentarse al problema, incentivando una búsqueda compartida de nuevos recursos. Interiorizar que no se está solo en la lucha y que tanto los comportamientos como las secuelas asociados a un problema son parecidos, actúa como un resorte motivador.

Como características más relevantes de este tipo de grupo, destacamos las siguientes (García, 1997):

- *Los miembros del grupo intercambian experiencias comunes*
- *El grupo proporciona apoyo emocional*
- *Se intercambia información, consejo y educación*
- *En el grupo se favorece la reestructuración cognitiva.*
- *El grupo cumple funciones de socialización*
- *Las acciones se realizan conjuntamente*
- *El grupo promueve sentimientos de control, autoconfianza y autoestima.*

Siguiendo a Barrón (apoyándose en Tylor y col., 1988), hace la diferencia entre los grupos de apoyo y los de autoayuda, que pueden considerarse no como dos clases de grupos sino como fases en el desarrollo de los grupos basados en el apoyo social.

Los grupos de apoyo están dirigidos por profesionales que dirigen el grupo hasta que estos están formados y pueden funcionar de forma autónoma, convirtiéndose en grupos de autoayuda, y sin la presencia permanente del profesional.

Los grupos son abiertos y suelen estar coordinados por pacientes rehabilitados. No reemplazan un tratamiento profesional pero permiten lograr una orientación acerca de cómo abordar el problema y, escuchando a los otros, a incorporar las habilidades y estrategias en la lucha por la recuperación.

Habrán momentos en los que el técnico o profesional participe en el grupo de autoayuda, pero el papel que adquiere será de asesoramiento, formación y apoyo a los monitores pero no de liderazgo o coordinación de los mismos. Una vez creado y apoyado, el profesional debe mantenerse al margen, porque, tal y como afirma Levin (1977), el beneficio real de los grupos de autoayuda está en su carácter no profesional, en su universalidad, en su accesibilidad, en su diversidad y en su aceptación.

Un principio importante de la autoayuda (que la diferencia de la terapia) es que en un grupo, los participantes se apoyan mutuamente al ayudarse a sí mismas.

Muchos son los problemas de todo tipo que han encontrado una vía efectiva en los grupos de autoayuda. El alcoholismo es una de las enfermedades en las que está indicado este tipo de tratamiento, así como en todo tipo de adicciones. También resulta útil su aplicación en ciertos trastornos psicológicos como la ansiedad, las fobias, las depresiones e incluso la violencia de género, trastornos que también pueden aparecer a lo largo de la rehabilitación de la dependencia al alcohol y han de ser tratados.

2.4. TERAPIA DE PAREJA/FAMILIAR

La terapia cognitivo- conductual familiar y de pareja se centra en el entrenamiento en habilidades de comunicación y en el incremento de la tasa de reforzamiento positivo en las relaciones familiares. Son programas multicomponentes que incluyen técnicas como el análisis funcional, la identificación de relaciones conflictivas que provocan la bebida, la asignación de tareas, el control estímulos, el contrato conductual, el manejo de contingencias o el entrenamiento en habilidades de comunicación y de solución de problemas.

En diferentes estudios del equipo de O'Farrell, se comprobó que la terapia conductual familiar (Behavioral Marital Therapy, BMT) era eficaz para reducir el consumo de alcohol, mantener la abstinencia a largo plazo y reducir los problemas legales, familiares y sociales (O'Farrell, Cutter y Floyd, 1985; O'Farrell et al., 1996; Fals-Stewart, O'Farrell y Birchler, 1997; O'Farrell, Van Hutton y Murphy, 1999).

Así mismo, Meyers, Miller, Hill y Tonigan (1999) encontraron que la terapia de pareja incrementaba la abstinencia y la adhesión al tratamiento, y reducía las conductas depresivas, la ansiedad, la ira y la sintomatología física aversiva de las personas allegadas a los pacientes.

La dependencia del alcohol provoca conflictos de pareja y situaciones familiares complicadas como discusiones, aparición de celos, separación, divorcio, violencia y agresividad. En este tipo de terapias, además de eliminar o reducir el consumo de alcohol y apoyar los esfuerzos que hace la persona para cambiar su relación con el alcohol, se centra en mejorar y modificar el sistema familiar, recuperando relaciones sociales y resolviendo conflictos.

Se ha de tener en cuenta que las relaciones deterioradas de pareja pueden mantener el consumo de alcohol pues éste puede tener funciones adaptativas, como facilitar la expresión de sentimientos o el contacto interpersonal. Así mismo, el familiar o la pareja realiza conductas que no favorecen la extinción del consumo de alcohol, como por ejemplo, hacerse cargo de los problemas del alcohólico, y tapar de esta manera la conducta disfuncional del mismo, sólo logrará que se mantenga la misma situación. Cuando se llega a la abstinencia, los conflictos pueden persistir y es importante que se realice un equilibrio familiar buscando resolver estos conflictos, que de no ser así, pueden precipitar una recaída.

Es importante que en el proceso de rehabilitación, la pareja y la familia formen parte de esta recuperación haciéndose cargo cada miembro de las responsabilidades que les competen dentro de este sistema. A corto plazo, el consumo de alcohol puede tener una función adaptadora en la familia que refuerza el mantenimiento de esa conducta. Posteriormente, el consumo de alcohol, probablemente con matices de dependencia alcohólica, se integra en el sistema familiar afectando a los rituales, solución de problemas y otras conductas específicas de la familia; en este momento la familia busca y pone en marcha mecanismos de afrontamiento que comprometen su propio crecimiento y desarrollo.

En el momento actual el modelo teórico de abordaje de la familia que predomina es el modelo sistémico (ver apartado Terapia Sistémica) . Según Steinglass y Cols. la conducta alcohólica puede tener dos funciones:

1. es la señal de alarma de un mal funcionamiento familiar;
2. puede tener una función organizadora del sistema familiar y favorecer el mantenimiento del mismo como unidad.

El interés de llevar a cabo en el tratamiento del alcoholismo una integración de la familia y de la pareja, radica en que hay múltiples estudios que señalan como positivo este tipo de tratamiento en, un mejor cumplimiento terapéutico, una evolución más favorable y, en el seguimiento, las familias “abstinentes” con tratamiento familiar funcionan mejor que las familias de los pacientes alcohólicos que no se han adherido a este tipo de grupo. La terapia familiar consigue mejorar de forma significativa el funcionamiento en la familia (comunicación, ambiente, flexibilidad, disminución de conflictos, etc.) (Stanton y Shadish, 1977)

2. ASPECTOS TÉCNICOS

Existen numerosas técnicas cognitivo conductuales que pueden ser usadas. En base a la práctica, entre las técnicas aplicadas a los problemas asociados al abuso de sustancia se incluyen (Quirke, 2001):

2.1. Entrenamiento en habilidades de afrontamiento

Los procedimientos de entrenamiento en habilidades sociales y en estrategias de afrontamiento están basados en el entrenamiento de determinadas habilidades consideradas como

deficitarias en los sujetos con adicción, porque no son capaces de ponerlas en práctica debido a los mecanismos inhibitorios relacionados con la elevada activación de sus niveles de ansiedad ante situaciones de posible consumo (Chaney, O'Leary y Marlatt, 1978; Marlatt, 1978; Sobell y Sobell, 1978; Miller y Hester, 1980).

Este grupo de técnicas, basadas en la teoría del aprendizaje social, tienen por objetivo aumentar y reforzar las habilidades del paciente para enfrentar situaciones de alto riesgo -ambientales e individuales- que inician y mantienen las conductas de consumo. Las más extendidas en la práctica clínica son: entrenamiento en prevención de recaídas, entrenamiento en habilidades sociales, entrenamiento en manejo del *craving* y entrenamiento en manejo de los estados de ánimo. Pueden desarrollarse en contexto individual o grupal y ser utilizadas por separado o, lo que es más común, en combinación dentro de un mismo tratamiento.

En personas dependientes al alcohol (Monti, Abrams, Kadden y Cooney, 1989; Monti, Rohsenow, Colby y Abrams, 1995) describen que en el entrenamiento en habilidades (CSST) y en trabajos realizados en formato grupal, es conveniente trabajar los siguientes módulos: rechazo de bebida, ofrecer respuestas positivas, realizar críticas, recibir críticas acerca del uso de alcohol, habilidades de escucha y de conversación, apoyos a la abstinencia, resolución de problemas, comunicación no verbal, expresión de sentimientos, asertividad, rechazo de peticiones y manejo de críticas en general.

De forma práctica, la persona realiza esfuerzos, mediante conducta manifiesta o interna, para hacer frente a las demandas internas y ambientales, y los conflictos entre ellas, que exceden los recursos de la persona.

Todos estos esfuerzos los centramos en los dos tipos de estrategias de afrontamiento:

- Estrategias de afrontamiento centradas en el problema: la persona se centra en hacer frente a la situación, buscando soluciones al problema que ha provocado la disonancia cognitiva. Hay una búsqueda deliberada de solución, de recomposición del equilibrio, roto por la presencia de la situación estresante. Este tipo de estrategias son la confrontación, la búsqueda de apoyo social y la búsqueda de soluciones.
- Estrategias de afrontamiento centradas en la emoción: la persona busca la regulación de las consecuencias emocionales activadas por la presencia de la situación estresante. Si no funcionan o son insuficientes el primer tipo de estrategias, se pretende aminorar el impacto sobre el individuo. Las estrategias son el autocontrol, el distanciamiento, la reevaluación positiva, la autoinculpación y el escape/evitación.

El Entrenamiento en Habilidades de Afrontamiento para el tratamiento de la adicción al alcohol es una estrategia eficaz, sobre todo cuando forma parte de programas multimodales más amplios (nivel de evidencia 1)

2.2 Prevención de recaídas

Cuando hablamos de recaída nos referimos a una persona que haya pasado por un proceso de rehabilitación comprometido con el logro de la abstinencia en el consumo, en este caso, de alcohol.

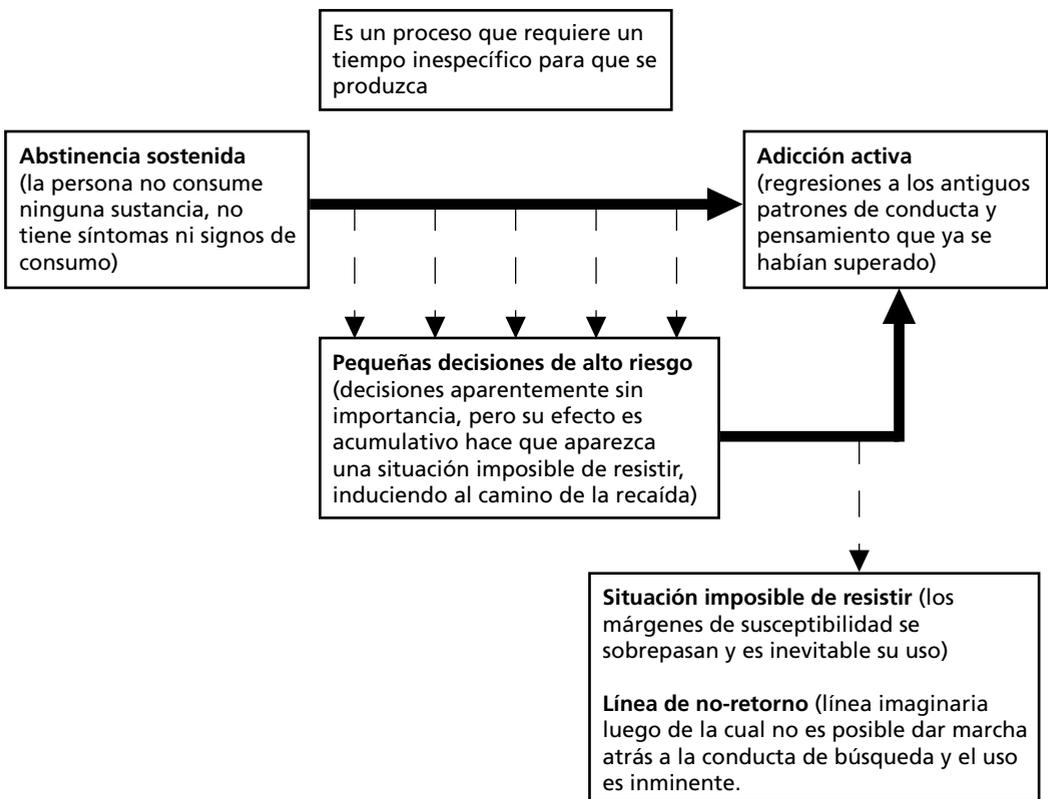
Es una vuelta a patrones de consumo compulsivo, similares a la etapa anterior al tratamiento, con el consiguiente deterioro social, físico y psíquico.

La prevención de recaídas, descrito originalmente por Marlatt y Gordon en 1985 y basado en la psicología cognitiva y social, incorpora un conjunto de estrategias cognitivas y conductuales para prevenir o limitar los episodios de recaídas. Dos categorías se pueden resaltar como factores o situaciones que pueden precipitar o contribuir a una recaída:

Determinantes inmediatos como situaciones de alto riesgo, mecanismos de afrontamiento, expectativas y el efecto de la violación de la abstinencia

Antecedentes encubiertos como problemas en la situación vital del sujeto o la apetencia por el consumo (craving).

En el alcoholismo, como enfermedad crónica, es frecuente la aparición de una recaída (Prochaska y DiClemente). Sin embargo es posible prevenirlas. Esta técnica esta dirigida a reforzar la capacidad de mantener la recuperación y prevenir las recaídas, pues no significa que sea inevitable o apropiado tener recaídas, sino que son una realidad, y la mejor forma de prevenirlas, es aceptando el riesgo y conociendo mejor el proceso de la recaída.



Es relevante realizar una buena evaluación de las características ambientales y emocionales de las situaciones que están potencialmente relacionadas con la recaída (situaciones de alto riesgo). Posteriormente se ha de analizar las respuestas individuales del sujeto a estas situaciones y examinar los factores que incrementan la exposición del sujeto a estas situaciones de alto riesgo. Basado en esta evaluación se desarrollará estrategias para fortalecer las habilidades cognitivo conductuales del individuo y por lo tanto reducir el riesgo de recaída.

Las recaídas se pueden considerar períodos de aprendizaje para una persona que está en rehabilitación y desea recuperarse. Tienen un alto grado de sufrimiento y de sensación de fracaso por parte del adicto, debidos a la conciencia de su enfermedad y de tener una buena disposición para la recuperación, por ello, aprender a manejar las situaciones de riesgo y los procesos de cambio. Después de una recaída es probable que la persona tenga más claro que cosas ha estado haciendo mal y retome su rehabilitación con más firmeza. Aún así, no es necesario recaer para poder aprender o avanzar en la rehabilitación.

Una persona en recuperación puede comenzar a mostrar síntomas de una recaída mucho antes del consumo. Es importante identificar estos síntomas y tratarlos para prevenir. Cada persona es diferente y por lo tanto mostrará síntomas propios, de forma orientativa podemos resaltar los siguientes:

1. Retorno del pensamiento obsesivo con respecto al uso: Podrían ser pensamientos relativos al uso, sueños o deseos de usar que vuelven luego de que habían desaparecido.
2. Actitud de desafío con respecto al plan de recuperación: Volver a los lugares de riesgo, volver a ver las personas relacionadas con el uso.
3. Descuidar el plan de recuperación: Dejar de ir a reuniones, o faltar a las citas con el terapeuta, dejar de leer o hacer ejercicio.
4. Aislamiento o pérdida de contacto: con las nuevas relaciones de recuperación.
5. Irritabilidad: especialmente en las relaciones significativas del adicto.
6. Obsesión con la imagen o los defectos físicos: dietas excesivas, preocupación excesiva acerca del peso.
7. Sentimientos de depresión y ansiedad flotantes: sobrevienen estados emocionales incómodos que no necesariamente se relacionan con ningún evento externo.
8. Discusiones frecuentes en el hogar y la familia.
9. Defensividad al hablar del tema de su recuperación o al ser retroalimentados.
10. Insomnio, intranquilidad y dificultad para descansar.

Las recaídas se producen ante situaciones emocionales perturbadoras. Suponen un cambio no planificado, repentino y no deseado en la vida de una persona. Beck (1999) señala la presencia de factores internos, como depresión, soledad, aburrimiento, ira, frustración, así como estímulos externos, como personas, lugares, cosas. Así mismo, el estado físico de una persona, su situación emocional, los conflictos interpersonales, la presión social, la exposición a señales asociadas con la droga, la pérdida de trabajo, las discusiones intrafamiliares, y las crisis serían

elementos que predisponen a una recaída y a la misma vez puede ser también una oportunidad de aprender.

El proceso de recaída puede ser detenido ya sea por la propia iniciativa o por la intervención de personas que rodean al adicto y que le sirven de apoyo tales como familiares, profesionales o compañeros de grupo.



Distinguir entre recaída y uso intermitente de la sustancia y un desliz

Es un tema complejo de diferenciar. En el inicio del proceso de rehabilitación, puede ocurrir que hasta que la persona se reafirme en su rehabilitación, suceda un desliz y/o un uso intermitente de la sustancia.

Por ello importante atender al “*craving*” o deseo irrefrenable de consumo o ansia por la droga, que mina la capacidad de decisión, tiende a ser automático y llega a ser autónomo. Es decir que aunque se intente reprimir, aparece como una compulsión.

Distintos autores han observado que entre la aparición del deseo por la sustancia y el consumo mismo, hay un espacio de tiempo propicio para actuar. Por otro lado es importante pensar que antes de que ese deseo aparezca algo ocurrió con el sujeto, su familia, o el contexto que lo rodea.

Si la persona cede ante el deseo y consume, lo cual en un primer momento puede considerarse un “desliz”, aparecerán dos tipos de respuestas:

- por un lado, culpa y desmoralización, justificándose a sí mismos que no vale la pena luchar, que en definitiva es un fracasado. Se da un pensamiento de tipo dicotómico, todo o nada, o abstemio o “drogo”.
- por otro lado, suelen sentir que todo lo pueden controlar, “no va pasar nada”, “nadie se dará cuenta”, “lo tengo bajo control”. Cuando el control se debilita aparecen sentimientos de indefensión y desesperanza: “no puedo controlar el impulso”, “no seré capaz de salir de esto”.

Si se mantiene la sensación exagerada o pobre de autocontrol (percepción del control de la persona sobre un acto), como la sensación de baja o demasiado alta autoeficacia (percepción que tiene acerca de si será capaz o no de superar una situación), ponen a la persona en alto riesgo de consumo, y ante nuevos estímulos ambientales, individuales o familiares que hacen que se pueda producir una recaída total caracterizada por una crisis en la motivación para el cambio.

2.3 Entrenamiento en manejo del estrés

El estrés es la respuesta automática y natural de nuestro cuerpo ante las situaciones que nos resultan amenazadoras o desafiantes. Podemos definir el término estrés como «desequilibrio sustancial entre las demandas ambientales y la capacidad de respuesta del organismo» (Mc Grath, 1970). Nuestra vida y nuestro entorno, está en constante cambio, y nos exigen continuas adaptaciones; por tanto, cierta cantidad de estrés (activación) es necesaria.

Las maneras de enfrentar el estrés son conductas que implican un esfuerzo por parte de la persona para realizar cambios emocionales y psicológicos. El objetivo es lograr mantenerse a un nivel de estímulo que sea placentero y saludable para uno mismo. El estrés puede provenir de cualquier situación o pensamiento que lo haga sentir a uno frustrado, furioso o ansioso, con miedo, desasosiego y preocupación.

Prevenir y entrenarse en el manejo del estrés es reconocer cuándo aumentan nuestros niveles de tensión y ante qué estímulos o situaciones. Muchas personas recurren al alcohol para liberarse de la fatiga, de la ansiedad y de la presión que pesa sobre ellas. Para poder enseñar a manejar el estrés, en los grupos de terapia o de autoayuda, es preciso que se identifiquen las señales por las que se percibe que nuestro nivel de estrés es elevado. A nivel de emociones y pensamiento, las señales que podemos detectar con más frecuencia son:

Emociones: ansiedad, irritabilidad, miedo, fluctuación del ánimo, confusión o turbación.

Pensamientos: excesiva autocrítica, dificultad para concentrarse y tomar decisiones, olvidos, preocupación por el futuro, pensamientos repetitivos, excesivo temor al fracaso.

Una de las dificultades que nos podemos encontrar a la hora de valorar los eventos externos como generadores de estrés es que no siempre son intensos, sino que pueden “acumularse” en sus efectos hasta que llegamos al límite.

La forma en que interpretamos y pensamos acerca de lo que nos ocurre afecta a nuestra perspectiva y experiencia de estrés. Por lo que, es nuestra interpretación lo que genera (o potencia) una reacción negativa de estrés, más que el evento o situación a la que nos enfrentamos.

Las técnicas más empleadas dentro de la perspectiva cognitivo-conductual son:

- Técnicas de solución de problemas.
- Técnicas de relajación.
- Biofeedback.
- Inoculación de estrés.
- Modelado encubierto.
- Terapia racional emotiva.
- Entrenamiento en habilidades sociales.

De todos ellos el más efectivo en la mayoría de situaciones es la técnica de solución de problemas de Thomas D’Zurilla y Marvin Goldfried, esta técnica persigue modificar el modo con que los sujetos abordan algunos problemas, para los que no tenían ninguna solución, insistiendo sobre todo, en una mayor recogida de información y en su procesamiento más adecuado con el fin de conseguir orientar de una manera más adaptativa su actuación.

De forma orientativa, se puede trabajar en base a cinco puntos, como son:

- 1º- Orientación ante la situación problema
- 2º- Definir y analizar el problema
- 3º- Buscar soluciones
- 4º- Toma de decisión
- 5º- Valorar los resultados

2.4 Entrenamiento en habilidades sociales

Para una adecuada reinserción de estas personas se debe trabajar y fomentar, sus habilidades sociales, pues de lo contrario, y al no saber desenvolverse adecuadamente en sociedad, es muy probable, que experimenten una recaída. Se debe trabajar tanto las habilidades básicas como las avanzadas.

Como definición, podemos referir la siguiente “conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación inmediata, respetando

esas conductas en los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas (Caballo, 1986)".

Tal como establece Elia Roca, las habilidades sociales son primordiales ya que:

- La relación con otras personas es nuestra principal fuente de bienestar; pero también puede convertirse en la mayor causa de estrés y malestar, sobre todo, cuando carecemos de habilidades sociales.
- Los déficits en habilidades sociales nos llevan a sentir con frecuencia emociones negativas como la frustración o la ira, y a sentirnos rechazados, infravalorados o desatendidos por los demás.
- Los problemas interpersonales pueden predisponernos a padecer ansiedad, depresión, o enfermedades psicosomáticas.
- Mantener unas relaciones interpersonales satisfactorias facilita la autoestima.

Una conducta socialmente habilidosa implica la atención de tres componentes que conforman la habilidad social: una dimensión conductual (tipo de habilidad), una dimensión personal (las variables cognitivas) y una dimensión situacional (el contexto ambiental). Ser socialmente hábil ayuda a incrementar nuestra calidad de vida.

En base a esto, en drogodependencias las habilidades a trabajar serían:

1. **Capacidad para tomar decisiones:** Ayuda a afrontar de forma crítica, autónoma y responsable las situaciones que se presentan en la vida cotidiana, permitiendo explorar las alternativas disponibles y las diferentes consecuencias de nuestras acciones. Esta capacidad para tomar decisiones será factible para entrenar en la solución de problemas, que la podemos definir como habilidad para buscar la solución más adecuada a un problema/conflicto, identificando en ello oportunidades de cambio y crecimiento personal y social.
2. **Asertividad:** Permite reconocer las tácticas persuasivas, defender los derechos, a decir "no" y a afrontar habilidosamente situaciones de presión hacia el consumo de drogas. Definida por Wolpe (1958) y Lazarus (1966) como "la expresión de los derechos y sentimientos personales", y hallaron que casi todo el mundo podría ser asertivo en algunas situaciones y totalmente ineficaz en otras. Por tanto, de lo que se trata es de aumentar el número y diversidad de situaciones en las que se pueda desarrollar una conducta asertiva. Trabajar esta habilidad hace que se incremente la autoestima personal, proporciona al individuo la gran satisfacción de hacer las cosas bien con la capacidad suficiente, llegando a aumentar de forma notable la confianza y la seguridad en sí mismo, mejora notablemente la posición social, la aceptación y el respeto de los demás, se afianzan los derechos personales, entre otros aspectos.

De forma resumida, podemos decir que cuando un individuo es asertivo ha de expresar claramente sus opiniones y sentimientos, sin restricciones, permitiendo a la otra persona opinar libremente sobre ellos en algún momento oportuno.

3. **Capacidad de comunicarse en forma efectiva:** Tiene que ver con la capacidad de expresarse, tanto verbal como no verbalmente y en forma apropiada a las situaciones que se presentan.
4. **Habilidad para manejar las propias emociones:** Ayuda a reconocer las emociones personales, a ser conscientes de cómo las emociones influyen en nuestro comportamiento y a manejarlas de forma apropiada. Las emociones intensas, como la ira o la tristeza, pueden tener efectos negativos en nuestra salud si no se responde a ella en forma adecuada (ver el apartado de educación emocional para más información)
5. **Empatía:** Cuando las personas carecen de esta habilidad, tienen dificultades para poder interpretar de manera correcta las emociones de las demás personas. Estos individuos dañan las emociones de quienes los tratan de forma regular. En los programas de rehabilitación trabajar la empatía es esencial, para recuperar a la persona. Como cambiar el eje central que mueve a la persona adicta y por el que haría lo posible por consumir, importándole poco por encima de quien tenga que pasar y el sufrimiento que pueda producir.

Aspectos a trabajar dentro de la rehabilitación serían aquellos errores que solemos cometer con más frecuencia a la hora de relacionarnos con los demás, entre los que podríamos nombrar los siguientes: tendencia a quitarle importancia a lo que le preocupa al otro e intentar ridiculizar sus sentimientos; escuchar con prejuicios y dejar que nuestras ideas y creencias influyan a la hora de interpretar lo que les ocurre; juzgar y acudir a frases del tipo “lo que has hecho está mal”, “de esta forma no vas a conseguir nada”, “nunca haces algo bien”...; sentir compasión; ponerse como ejemplo por haber pasado por las mismas experiencias; intentar animar sin más, con frases como “ánimo en esta vida todo se supera”; dar la razón y seguir la corriente.

Investigaciones recientes han demostrado que cualquier tipo de relación puede verse afectada de forma notable por estas capacidades (familiares, maritales, de trabajo,...), ya que son habilidades esenciales en muchos campos. Por ello, es relevante extrapolar el aprendizaje de todas estas habilidades al manejo de la vida cotidiana del sujeto. Según la OMS las habilidades para la vida son “aquellas aptitudes necesarias para tener un comportamiento adecuado y positivo, que nos permiten enfrentar eficazmente las exigencias y retos de la vida diaria” y en las que se incluyen todas las habilidades sociales.

El entrenamiento en habilidades sociales puede realizarse tanto en formato individual como en grupal. Este último es una excelente oportunidad de entrenamiento social para las personas que conforman el grupo y, es la forma más habitual de llevarse a cabo.

Basándonos en el esquema que propone Lange, un formato a seguir sería:

1. Construcción de un sistema de creencias que mantenga el respeto de los propios derechos personales y por los derechos de los demás.

2. Que la persona entienda y distinga entre respuestas asertivas, no asertivas (inhibidas) y agresivas.
3. Abordar la reestructuración cognitiva de los modos de pensar incorrectos del sujeto socialmente inadecuado.
4. Ensayo conductual de las respuestas socialmente adecuada en situaciones determinadas

2.5. Manejo de contingencias

Basado en los principios generales de la modificación de conducta y orientado tanto a la adquisición o el incremento de comportamientos adaptativos, como a la extinción o disminución de aquellos que no lo son. Para ello el manejo de contingencias implica la aplicación sistemática de reforzadores o castigos contingentes a la ocurrencia de la conducta objetivo o a la ausencia de la misma.

En el modelo biopsicosocial, las contingencias asociadas a las conductas de uso o abstinencia a las drogas juegan un papel determinante en la explicación de las mismas. Existe una amplia evidencia empírica de que las drogas pueden funcionar eficazmente como reforzadores positivos de las conductas de búsquedas y autoadministración y de que los principios que gobiernan otras conductas controladas por reforzamiento positivo son aplicables a la autoadministración de drogas. Es decir, la conducta de autoadministración de drogas obedece a las mismas leyes que gobiernan la conducta “normal” de todos los animales en situaciones similares (McKim, 2000).

Es importante realizar un análisis funcional de la conducta problema, como es en este caso el consumo de alcohol, y tener un conocimiento completo de la conducta adictiva que requerirá no sólo la explicación de las variables de susceptibilidad, contexto, conducta y consecuencias, sino también que explique las relaciones entre todas ellas.

Este tipo de método tiene como objetivo reducir el consumo de alcohol e incrementar el comportamiento funcional.

2.6. Inteligencia emocional

La Inteligencia Emocional, un término acuñado por dos psicólogos de la Universidad de Yale (Peter Salovey y John Mayer) y fue popularizado por Daniel Goleman, con su célebre libro: *Emotional Intelligence*, publicado en 1995. Goleman estima que la inteligencia emocional se puede organizar entorno a cinco capacidades: conocer las emociones y sentimientos propios, manejarlos, reconocerlos, crear la propia motivación, y gestionar las relaciones.

Los orígenes de este concepto está en Joseph Ledoux, a partir de su libro “El cerebro emocional (1996), en él divulga sus hallazgos acerca de los circuitos neuronales del cerebro y como la emoción precede al pensamiento. Aunque con anterioridad, Thorndike, en 1920, utilizó el

término inteligencia social para describir la habilidad de comprender y motivar a otras personas, David Wechsler en 1940, describe la influencia de factores no intelectivos sobre el comportamiento inteligente, y sostiene, además, que nuestros modelos de inteligencia no serán completos hasta que no puedan describir adecuadamente estos factores y en 1983, Howard Gardner, en su Teoría de las inteligencias múltiples *Frames of Mind: The Theory of Multiple Intelligences* introdujo la idea de incluir tanto la inteligencia interpersonal (la capacidad para comprender las intenciones, motivaciones y deseos de otras personas) y la inteligencia intrapersonal (la capacidad para comprenderse uno mismo, apreciar los sentimientos, temores y motivaciones propios) ya dieron pinceladas sobre la influencia de las emociones en la conducta.

La importancia de trabajar las emociones en drogodependencia está en como, en este caso el alcohol se utiliza como remedio para superar emociones molestas. Hay personas consumidoras que lo utilizan no solo para superar las circunstancias de vida problemáticas generadoras de estrés (por ejemplo, la separación), sino los estados emocionales negativos que de ello resultan (por ejemplo, la soledad, la amenaza que pesa sobre el sentimiento de autoestima).

Las habilidades prácticas que se desprenden de la Inteligencia Emocional son cinco, y pueden ser clasificadas en dos áreas:

1. INTELIGENCIA INTRAPERSONAL (internas, de autoconocimiento)
 - a) La autoconciencia (capacidad de saber qué está pasando en nuestro cuerpo y qué estamos sintiendo)
 - b) El control emocional (regular la manifestación de una emoción y/o modificar un estado anímico y su exteriorización)
 - c) La capacidad de motivarse y motivar a los demás.
2. INTELIGENCIA INTERPERSONAL (externas, de relación)
 - a) La empatía
 - b) Las habilidades sociales

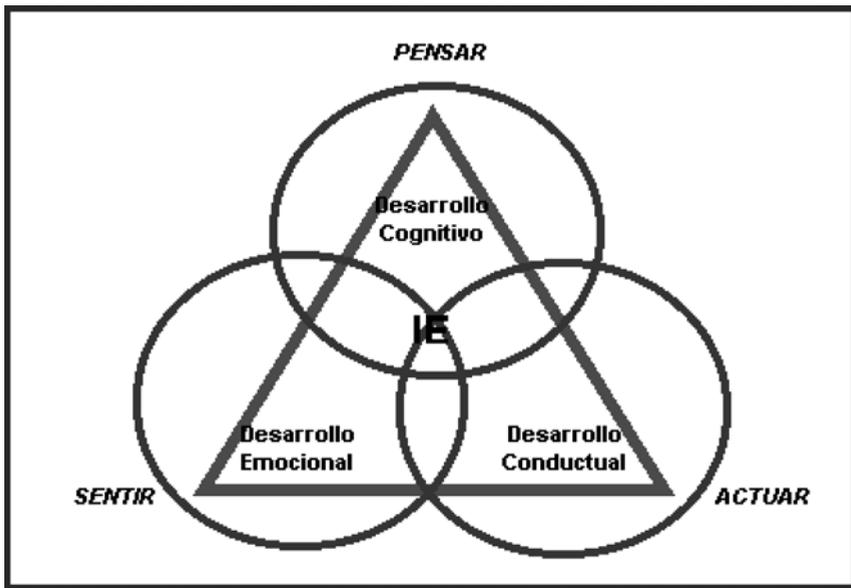
El objetivo que perseguiremos es fomentar la capacidad de adecuar la expresión emocional al contexto (situación y persona/s implicadas) sin tener que llegar a reprimir continuamente el sentimiento y/o manifestación de una o varias emociones que 'no nos gustan', sabiendo que esta conducta puede conducir a desarreglos de la personalidad que no pueden ser considerados positivos y pueden favorecer una recaída o continuo consumo.

El miedo, la desesperanza, la alegría, la frustración, la ira,.... son emociones y sentimientos que aparecen en la rehabilitación de la dependencia del alcohol, tanto de forma individual como a nivel familiar y que tienen una gran relevancia aprender a manejarlos en los términos anteriormente citados.

Para llevar a cabo, la reestructuración de las habilidades emocionales, se evaluará la necesidad de intervención en base a las necesidades individuales de cada persona. De forma esquemática, se trabajan los siguientes aspectos:

1. Concienciación de la influencia de las emociones a nivel cognitivo-conductual.
2. Evaluación de las emociones a modificar
3. Reestructuración cognitiva
4. Modificación conductual
5. Relajación y autocontrol emocional

Todas y cada una de las actuaciones que llevemos a cabo deben estar encuadradas en la interrelación de estos tres aspectos: SENTIR, ACTUAR, PENSAR (Goleman, 2001)



2.7. Otras

Otros tipos de recomendaciones que ayudan a la persona a equilibrar su salud física y mental en la rehabilitación y que apoyan y favorecen a las técnicas anteriormente citadas son la realización de ejercicio aeróbico, ejercicios de relajación, regulación del sueño (recuperar el ciclo biológico del sueño-vigilia), yoga, alimentación sana, etc...

4. BIBLIOGRAFÍA

American Psychiatric Association (2002). DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson (original 2000).

American Psychiatric Association. Directrices para la práctica clínica en el tratamiento de pacientes con trastornos por consumo de sustancias. Barcelona: Edika Médica; 1997.

Becerra JA. Variables familiares y drogodependencia: la influencia de los componentes de la Emoción Expresada. Revista psicologicaCientífica.com [serie en Internet]. Vol. 14. 2012. Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-344-1-variables-familiares-y-drogodependencia-la-influencia-de-los.html>

Beck, AT, Wright FW, Newman CF, Liese B. Cognitive therapy of substance abuse. Nueva York: Guildford.[Edición española: Beck A.T]; 1993

Becoña, E. Alcoholismo. En: M.A. Vallejo (Ed.). Vol. II. Madrid: Dykinson; 1998. pp. 75-141.

Becoña E, Cortés M, coord. Guía clínica de intervención psicológica en adicciones. Socidrogalcohol. 2008

Becoña E, Cortés M, coord. Manual de Adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación. Socidrogalcohol. Valencia 2011.

Elizondo JA. El alcoholismo: enfermedad cerebral y discapacitante. LiberAddictus. , Número 84, Marzo-Abril, 2005.

Fernández Espejo E. Bases neurobiológicas de la drogadicción Rev. Neurol. 2002; 34 (7): 659-664

Fernández-Sastrón O, Fibla G. Relevancia del análisis cognitivo-conductual en la valoración de la imputabilidad en drogodependencias: estudio de un caso. Psicopatología clínica legal y forense, vol 1 nº0., 2000, pp: 93-110.

García E, Mendieta S, Cervera G, Fernández JR (coord.). Manual SET de alcoholismo. Madrid: Editorial medica panamericana, 2003.

García E. Primera Ponencia, Teoría de la Mente y Ciencias Cognoscitivas. Nuevas perspectivas científicas y filosóficas sobre el ser humano. Universidad Pontificia de Comillas. Madrid: 2007. p. 19. Disponible en: <http://books.google.es/books?id=vWHUVmyuKIUC&lpg=PP1&pg=PA17>

Gil-Verona JA, Pastor JF, Paz J de, Barbosa M, Macías-Fernández JA, Maniega MA. Neurobiología de la adicción a las drogas de abuso. Rev. Neurol. 2003; 36 (4): 361-365

Goleman D. Inteligencia Emocional. Editorial Kairós; 2001

Graña, J.L. Intervención conductual individual en drogodependencias. En: J.L. Graña (Ed.). Madrid: Debate; 1994. pp. 141-190.

Guardia J, Surkov S, Cardús M. Neurobiología de la adicción. En: César Pereiro Gómez, editor. Manual de Adicciones para médicos especialistas en formación. Socidrogalcohol. 2010.

Labrador, F.J., Echeburúa, E. y Becoña, E. Madrid: Dykinson; 2000

León O, Montero I. Diseño de investigaciones. Introducción a la lógica de la investigación en psicología y educación. Madrid: McGraw-Hill; 1995. p. 39.

Manning, L. Introducción a la neuropsicología clásica y cognitiva del lenguaje. Madrid: Trotta; 1992. p. 73

Martí A. La familia alcohólica: dependencias afectivas. Infocop online. Junio 2006. Disponible en: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=898

Miller W, Rollnick S. La entrevista motivacional. Barcelona: Paidós; 1999

NeuroClassics.org [homepage on the Internet]. Bases neurobiológicas de la adicción. [actualizado 1 de febrero 2012]. Disponible en: www.neuroclassics.org/ADICCION/ADICCION.htm

Portugal R, Pérez J, Iglesias MC. Efectividad de la terapia Cognitivo-Conductual. Revista Internacional On-line. Psicología.com.[Serie en Internet] Vol.7 nº 2 - Jul 2003

L, Díaz S, Grau L, Moreno A. Tratamiento ambulatorio grupal para dependientes de cocaína combinando terapia cognitivo conductual y entrevista motivacional. Psicothema, Vol. 23, Nº. 1, 2011, p. 107-113

Secades R, Fernández JR. Intervención familiar en la prevención de las drogodependencias. Convenio de colaboración entre la Delegación de Gobierno para el PNSD y Colegio Oficial de Psicólogos. 2006

Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína. . 2001. Vol. 13, nº 3, pp. 365-380

Smith E E, Nolen-Hoeksema S, Fredrickson B, Loftus G R. Introducción a la psicología. México, Thompson; 2004. Cap 1.

Roca E. Como mejorar tus habilidades sociales. Programa de asertividad, autoestima e inteligencia emocional. Valencia: ACDE Ediciones, 2005.

Rodríguez Macías MS. Habilidades sociales y drogodependencias. Investigalog. Febrero 2010. Disponible en: <http://www.investigalog.com/otros/habilidades-sociales-y-drogodependencias/>

Tortosa F, Civera C. Historia de la Psicología. Madrid: McGraw-Hill, 2006.

Wegscheider S. Another Chance: Hope and Health for the Alcoholic Family. 1989

Wright F, Newman C F, Liese B. Terapia Cognitiva de las Drogodependencias. Barcelona: Paidós; 1999.

5.3 Enfoque sistémico

Ana Mª López Lorente. Psicóloga Asociación Libres del Alcohol "Cástulo" de Linares (Jaén) y Asesora Técnica de la Federación Al'Andalus.

Sonia Sánchez Suárez. Psicóloga Asociación Alcohólicos Rehabilitados SAMPEDREÑA (San Pedro Alcántara-Marbella)

INDICE

1. Introducción

1.1. Características de la Familia Alcohólica

2. Terapia Familiar

2.1. Objetivos

2.2. Proceso terapéutico

2.3. Técnicas

3. Terapia de Pareja

3.1. Objetivos

3.2. Proceso terapéutico

3.3. Técnicas

4. Alta Terapéutica

5. Anexos

6. Bibliografía

1. INTRODUCCIÓN

En el tratamiento del alcoholismo no podemos obviar trabajar con la familia. Por ello, la terapia familiar va a ser necesaria para la recuperación de los miembros que forman la unidad familiar, debido a la grave desestructuración que provoca la adicción en la convivencia. La familia enferma al mismo tiempo que enferma el propio adicto.

La Terapia Familiar Sistémica actual se apoya en los conceptos procedentes de:

- La Cibernética (Wiener, 1948).
- La Teoría General de Sistemas (von Bertalanffy, 1954).
- La Teoría de la Comunicación (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1967).
- Enfoques evolutivos (Haley, 1981).
- Enfoques estructurales (Minuchin, 1974).

La familia se considerada como un sistema dinámico viviente sometido a un proceso de establecimiento de reglas y de búsqueda de acuerdo entre sus miembros (Brenes, 1979). Al abordar a la familia como sistema se debe tener en cuenta: su estructura, sus reglas y las que regulan el funcionamiento de cada uno de los subsistemas que se forman en su interior, los subsistemas que surgen son consecuencia de la dinámica particular de cada familia. De este modo, se considera a la familia como un sistema abierto en transformación constante que origina cambios que se producen de forma distinta según el momento de evolución en el que se encuentra la misma. Hay que reseñar que esta característica es admitida por los teóricos del estudio la familia, lo que explica el verdadero trabajo de la orientación familiar.

La familia pasa por una serie de estadios (Hill, 1965) y son:

- Fundación y encuentro de la pareja.
- La novedad de ser padres.
- La familia con los niños en edad preescolar.
- La familia con los niños en edad escolar.
- La familia con hijos adolescentes.
- La familia con hijos jóvenes.
- La familia como centro de despegue: los hijos se casan o dejan el círculo familiar.
- La familia no tiene ya control sobre los hijos: han salido del ambiente familiar.
- La familia después de la jubilación.

Estos estadios explican la existencia de ciclos vitales dentro del proceso de desarrollo del sistema familiar y dentro de cada uno de ellos se van a producir crisis, conflictos ocasionados por uno o por varios miembros de la familia. Cada familia es única y diferente en lo que se refiere a: los modos de afrontar los problemas y las formas de interpretar los problemas. Si la adicción aparece en cualquiera de estas etapas perjudica el desarrollo adecuado de las mismas.

Según Minuchin (1976), el trabajo con la familia debe comenzar por un diagnóstico de la interacción familiar, basado en la estructura de la familia, la flexibilidad del sistema y la capacidad para reestructurarse, la sensibilidad de la familia en relación con las acciones individuales de cada miembro, las fuentes de apoyo con las que cuenta y el estadio de desarrollo en el que se encuentra cada sujeto.

Por otro lado, Rolland y Walsh (1996), consideraron que la intervención terapéutica con la familia debía ir destinada a modificar los patrones de la relación disfuncional que los pacientes presentaban con sus familiares a través de sesiones con la familia al completo, porque la intervención individual con el paciente no era suficiente.

Es bien conocido que el ambiente familiar inestable y problemático se relaciona con la evolución del paciente, por ello, en el tratamiento del alcoholismo se incluye la terapia familiar para dar respuesta a las limitaciones del propio tratamiento individual, que deja a un lado los problemas de pareja y los problemas entre padres e hijos que provoca la adicción. Así, a través de dicha Terapia Familiar se consigue aumentar el compromiso de los pacientes y sus familias en el tratamiento aumentando la adherencia a éste, mejorando la comunicación, la flexibilidad, facilitando la reducción de los conflictos intrafamiliares, disminuye el uso de sustancias postratamiento, mejora el funcionamiento de la familia, permite la inserción social del paciente y ayuda a que el paciente se mantenga en el tratamiento.

Así también se refleja en un estudio de Becoña y Cortés (2008), donde exponen que las intervenciones familiares aumentan el compromiso de los pacientes y las familias, la adherencia al tratamiento, reducen el consumo postratamiento, mejoran el funcionamiento familiar y la normalización e incorporación social. Consideran que la Terapia Familiar Breve Estratégica favorece el compromiso de las familias en el tratamiento, mejora la dinámica de funcionamiento familiar. La Terapia Familiar Multidimensional y la Terapia Familiar Multisistémica mejoran la retención de los pacientes, reducen el consumo de drogas y la conducta problema, mejoran la dinámica familiar y la disminución de riesgos.

Las terapias centradas en la familia, tienen un nivel de evidencia (1 y 2) y grado de recomendación (A y B), es decir,

Nivel de evidencia 1:

- La terapia basada en la familia (terapia familiar multidimensional y multisistémica) mejora la retención en los pacientes que tienen un peor pronóstico inicial.

Nivel de evidencia 2:

- La terapia familiar multidimensional tiene mayor eficacia que la terapia de grupo de iguales en la disminución de riesgos y la promoción de procesos de protección en las áreas individual, familiar, escolar y grupo de iguales y reduce el consumo durante el tratamiento.

Grado de recomendación A:

- La terapia familiar estratégica breve favorece el compromiso de las familias para participar activamente en el proceso de tratamiento en adolescentes con problemas con el consumo de sustancias adictivas.

Grado de recomendación B:

- La terapia familiar estratégica está indicada para familias desestructuradas de adolescentes que consumen drogas.
- La terapia familiar estratégica centrada en una sola persona del núcleo familiar puede ser tan efectiva como la inclusión de todo el núcleo familiar en la terapia.
- Las terapias individuales que tienen como objetivo la estructura familiar producen mejores resultados que las individuales, que tienen como diana el cambio individual.

Actualmente, el tratamiento del alcoholismo se basa en programas de tipo ambulatorio, con ingresos hospitalarios breves, grupos de autoayuda y grupos terapéuticos y programas residenciales de corta duración, con lo cual permanecen en el hogar familiar, de ahí que las intervenciones a través de la Terapia Familiar sean imprescindibles.

1.1 Características de la familia alcohólica



Imagen tomada del Programa ALFIL, Programa de Actuación Preventiva para niños y jóvenes de familias con problemas de alcohol, Rosa Díaz (Coord.). SOCIDROGALCOHOL.1997.

Cuando comenzamos a trabajar con una familia en la que alguno de sus miembros es alcohólico se observa una gran desorganización y caos, más aún, cuando la enfermedad la padecen el padre o la madre o ambos. No existen normas ni límites, tan necesarios dentro de una convivencia familiar. Los eventos familiares suelen convertirse en una situación “peligrosa” o complicada, ya que el bebedor/a termina “dando la nota” en los mismos, motivo por el que dejan de celebrarse o de compartirlos con la familia extensa. Además, los roles familiares pueden llegar a estar o confusos o intercambiados, motivo por el que los hijos no respetan a los padres, simplemente, porque no se hacen de respetar por las condiciones en las que siempre se encuentra. Los hijos mayores, a veces, hacen de padres de sus hermanos pequeños, algo inapropiado para su edad.

Fases por las que pasa la familia que tiene un miembro con alcoholismo.

1. Negación del problema.
2. Intento de eliminar el problema.
3. Desorganización familiar.
4. Intento de reorganización.
5. Intento de escapar del problema.

6. Escape real del problema.
7. Reorganización tras el tratamiento o ruptura.

La negación del problema es un mecanismo psicológico por el que una persona elimina de su conciencia aquello que provoca un fuerte malestar. Unido a la negación encontramos el silencio al no querer compartir el problema familiar con nadie.

Todo esto está influido por la connotación negativa que, socialmente, acompaña a los alcohólicos que no son considerados como enfermos sino como viciosos y degenerados. Hay que añadir el sentimiento impotencia que caracteriza a los familiares por no sentirse comprendidos. Se puede comprobar que la situación avergüenza y se evita hablar del problema familiar, convirtiéndose, entonces, en un gran secreto, a veces, difícil de ocultar. Así, la familia adopta unas reglas de supervivencia, caracterizadas por:

- No hablar del secreto familiar.
- No confiar en nadie para evitar el rechazo por la existencia del alcoholismo.
- No sentir para no sufrir.

Los hijos de los enfermos/as alcohólicos/as sufren, muy directamente, las consecuencias del alcoholismo. El siguiente cuadro nos puede servir de guía para saber cómo detectar qué les sucede, cómo mejorar o modificar la relación padres-hijos y cómo enfocar el tratamiento psicológico que precisan.

Roles típicos en los hijos de alcohólicos y de familias multiproblemáticas

Adaptado de Wegscheider (1981) y Black (1982)

Rol	Características adaptativas en la familia	Consecuencias desadaptadas sin intervención
El héroe (responsable, protector, conciliador)	Buen chico. Aparentemente feliz. Tiene éxito en la escuela y con los amigos. Es el orgullo de la familia, muestra de que "todo va bien". Madura precozmente e intenta agrandar y confortar a todos como si fuera responsable de sus males.	Perfeccionismo y baja autoestima. Adicto al trabajo u otras conductas compulsivas, estilo de vida frenético. Bloqueo emocional e incapacidad para intimar. Problemas psicosomáticos. Posible abuso de alcohol para paliar su malestar.
El chivo expiatorio (problemático)	Expresa su malestar interno enfadándose y mostrándose desafiante con las normas. Provoca problemas continuamente. Desvía la atención del alcoholismo centrándola sobre sí mismo como "el verdadero problema de la familia".	Fracaso, rabia y rencor hacia las figuras paternas. Culpabilidad y baja autoestima. Desafío a la autoridad. Problemas legales y en el trabajo. Problemas con el alcohol y/u otras drogas unidos a comportamiento antisocial.
El niño olvidado o invisible (adaptable)	Permanece retirado, aislado, sin dar problemas ni hacer demandas de atención a la familia. Suele ser el alivio y consuelo del progenitor no-alcohólico. Se adapta constantemente ante los cambios de situación a expensas de sus necesidades.	Aislamiento social y emocional. Falta de asertividad en sus relaciones sociales. Excesiva fantasía. Se sienten inadecuados, no encuentran su lugar, Posible abuso de alcohol o drogas para tratar de mejorar sus relaciones sociales.
La mascota (payasete)	Desenfadado y divertido. A través de sus payasadas continuas alivia la tensión que produce el alcoholismo en la familia. También utiliza el humor para enfrentarse al dolor y enmascarar su miedo.	Frágil emocionalmente. Baja tolerancia al estrés. Ansiedad e hiperactividad. Bromista compulsivo, incapaz de profundizar en temas importantes. Problemas de alcohol y/u otras drogas.

- En este tipo de familias los problemas de comunicación son evidentes. El uso del engaño y las mentiras es frecuente entre los adictos con lo cual aparecen la desconfianza y las promesas incumplidas que origina la escasa o nula expresión de sentimientos por parte de los hijos hacia sus padres adictos lo que conlleva a un aislamiento de los hijos.
- Negligencia de las funciones parentales o marentales al no atender las necesidades básicas de atención física y emocional de los hijos que puede provocar que los niños no se sientan atendidos ni queridos y esto sea la explicación de la aparición de problemas de comportamiento del niño muchas veces para llamar la atención. Suele producirse que en estos casos, una figura paterna adopte un estilo educativo laxo y la otra un estilo educativo autoritario influyendo esto de forma negativa en la educación y desarrollo psicoevolutivo de los menores.
- El estado de ánimo inestable de los padres (uno dependiente y otro codependiente) hace que los hijos no sepan qué reacción tendrán sus padres ante sus actos, desconociendo si sus padres van a reaccionar o no de forma adecuada, con lo cual les genera gran confusión.
- Los malos tratos físicos y psicológicos suelen estar presentes en este tipo de familia debido a la desinhibición que provoca el alcohol y al exceso de emociones negativas contenidas.
- Con frecuencia viven diferentes situaciones vitales estresantes como pueden ser problemas económicos, accidentes, enfermedades, desahucios,....
- La ruptura familiar suele ser frecuente si el alcohólico no se pone en tratamiento, ya que no se llega a soportar la excesiva tensión que provoca el alcoholismo. La separación entre los miembros, a veces, es “la mejor solución” si el adicto no reconoce la enfermedad que padece y el tratamiento que precisa.

2. TERAPIA FAMILIAR

Si se ha explicado que el alcoholismo es una enfermedad familiar, la recuperación también debe ser familiar, con lo cual el tratamiento debe planificarse para trabajar tanto con los hijos como con los adultos y éste debe cubrir tres objetivos básicos:

1º.- “Curar” las heridas emocionales.

2º.- Aprender nuevas formas de afrontar los problemas, ya que las que se han utilizado con anterioridad no son eficaces.

3º.- Aprender nuevas habilidades sociales para relacionarse tanto dentro como fuera de la familia.

En la familia se pueden presentar distintos subsistemas:

- Subsistema conyugal: Está formado por los cónyuges, la pareja y entre ellos deber existir un vínculo.
- Subsistema parental: El formado por los padres. Ambos crean vínculos afectivos de apego con los “nuevos seres” nacidos de esta unión, los hijos.
- Subsistema filial: Formado por los hijos. Son un pilar básico para trabajar la reestructuración de las relaciones interpersonales sanas dentro del sistema familiar.
- Subsistema fraternal: el formado entre los hermanos.

Estos sistemas pueden llegar a verse alterados y desestructurados debido a diferentes dificultades que producen una gran inestabilidad y que necesitan ser reestructurados y organizados para funcionar de forma adecuada. Ese es el objetivo principal que se pretende conseguir con la terapia familiar sistémica, el trabajo conjunto con todos los integrantes de la unidad familiar que se han visto afectados por una serie de circunstancias que han hecho peligrar el mantenimiento de dicha unidad.

Uno de los subsistemas, dentro de la familia, que más estabilidad ofrece en ésta, es el conyugal, el formado por la pareja, con lo cual merece una mención diferenciada; por ello, trataremos de explicar cómo se debe trabajar la Terapia Familiar, por un lado, y cómo trabajar la Terapia de Pareja, por otro.

2.1 OBJETIVOS de la terapia familiar

Según Ríos González (1994), la finalidad de la Terapia y Orientación Familiar está en poner en manos de la familia las técnicas adecuadas para el trabajo de elaboración y/o reestructuración de los aspectos en los que hay una alteración de la dinámica familiar y que supone una amenaza para el adecuado funcionamiento de la familia.

Antes de iniciar la Terapia Familiar es conveniente asegurarse que el enfermo alcohólico se mantiene en abstinencia y que haya conseguido avanzar en su proceso de rehabilitación, creciendo como persona. Es más, en este sentido, es conveniente trabajar de forma paralela con el codependiente (esposa, pareja) para, así, garantizar la consecución del éxito de la terapia familiar, es decir, de nada sirve trabajar con la familia al completo si no se ha producido una mejoría del adicto y del codependiente, por ser el pilar básico de la unidad familiar. En algunos casos, nos vemos obligados a trabajar con los hijos de los adictos de forma individual antes de iniciar dicha terapia familiar.

Con la Terapia Familiar se actúa sobre toda la familia y no sólo a través de la verbalización sino utilizando métodos activos y dinámicos. Para que este tipo de terapia funcione, hay que tener en cuenta unas premisas, (Ríos González, 1994):

- Pasar del individuo al sistema familiar, objeto de la intervención.
- Pasar de los contenidos a los procesos de las relaciones familiares.
- Pasar de interpretar a prescribir pautas de actuación.

- Pasar de buscar orígenes a comprender pautas.
- Pasar de analizar síntomas a analizar los mensajes implícitos en tales síntomas.
- Pasar de indagar causas a reestructurar modelos de interacción.

En definitiva, se pretende:

- Promover cambios y estrategias para romper las dinámicas que impiden el buen desarrollo de la unidad familiar.
- Aprender los elementos capaces de potenciar el crecimiento dentro de la familia.
- Enseñar las habilidades adecuadas y necesarias para superar las vicisitudes que surgen de la relación entre los miembros de la familia y de la interacción de éstos con la sociedad.
- Delimitar dentro de cada subsistema sus límites respecto a los demás.
- Mantener, desde cada subsistema, cada uno su propia identidad, su autonomía y reforzar la autonomía de cada uno de sus miembros.
- Facilitar, desde cada subsistema, a cada miembro, la autonomía, la competencia, la propia intimidad y la sana independencia.
- Conocer los comportamientos afectuosos y que son los potenciadores de la estabilidad, cohesión y progreso personal y sistémico.
- Conocer los comportamientos necesitados de cambios inmediatos.

La consecución de los objetivos hace posible la evolución de la familia, garantizando una estabilidad en su funcionamiento a través de las modificaciones y los cambios conseguidos.

Desde la primera entrevista con la familia se debe observar:

- quién inicia la exposición del motivo por el que se ve necesario y útil la terapia familiar. En muchos casos, la terapia familiar es sugerida por los profesionales que a la hora de evaluar al adicto, detectan la grave desestructuración familiar.
- cómo comparten, los miembros, la exposición: acuerdos, desacuerdos, la reformulación del motivo, si ven necesaria la intervención familiar.
- la reacción ante cada uno de ellos: empatía, hostilidad, rechazo, alianza, asentamiento, indiferencia.
- la mentalidad del sistema familiar ante el problema y nivel de comprensión de la motivación hacia la solución del problema.
- conocer qué espera cada miembro de la terapia familiar.

El diagnóstico de la dinámica familiar nos va a orientar sobre qué técnicas son las que se deben poner en funcionamiento para solucionar los problemas existentes y nos va a permitir:

- Delimitar claramente el problema familiar. Esto permitirá, con precisión, redactar el contrato terapéutico familiar.

- Describir las características del sistema familiar.
- Conocer cómo el alcoholismo ha afectado a cada uno de los miembros. Esta información puede que ya se haya obtenido a través de las entrevistas individualizadas que se han mantenido con anterioridad, pero no está de más que todos conozcan cómo cada miembro se siente de afectado por la enfermedad alcohólica.
- Analizar las reglas del funcionamiento de la familia a través del conocimiento de ritos, mitos, interacciones,.....
- Delimitar qué se va a reestructurar a través de la terapia.
- Conocer las soluciones intentadas y los resultados obtenidos.

Probablemente, los problemas que más necesitan ser trabajados con la familia en esta primera fase sean los referidos al sistema de interacción y los tipos de comunicación.

2.2 PROCESO TERAPÉUTICO: Fases de la terapia familiar

Tras la evaluación y el diagnóstico de la situación familiar, ya estamos en condiciones de planificar el tratamiento. Las sesiones se realizarán conjuntas, es decir, con todos los miembros de la unidad familiar.

Es conveniente explicar a la familia cómo surgen las enfermedades adictivas y cómo éstas destruyen tanto a la persona adicta como a sus familiares más cercanos con los que convive y comparte unidad familiar.

En la Terapia Familiar, según Ríos González, existen unas categorías de intervención terapéutica que se deben tener en cuenta:

1. Acción terapéutica sobre la familia en su totalidad y sin exclusión de ningún miembro del sistema familiar.
2. Acción sobre alguno de los subsistemas que esté más deteriorado. Puede ser el subsistema conyugal, paterno-filial, materno-filial, fraternal.
3. Acción sobre el paciente adicto, asociándolo a otro miembro. Suele ser positivo asociarlo al miembro menos afectado por el conflicto básico.
4. Acción terapéutica alternamente, es decir, la intervención debe hacerse sin perder de vista el contexto familiar completo, porque si no se llegaría a formas de terapia paralelas dentro de una misma familia.

El terapeuta deberá elegir en cada momento lo que estime más eficaz para conseguir sus objetivos.

Además, deben existir unas normas para encuadrar las intervenciones de forma eficaz y son:

1. La intervención debe respetar a las personas y al sistema familiar en su ideología, valores, características, de no realizarse así, se puede producir un fracaso.

2. Hay que ir trabajando conforme la familia deje acceder, según vayan consiguiendo confianza y se sientan respetados. No hay que comenzar indagando todo desde el primer momento. *Si se va a enseñar a delimitar terrenos hay que empezar respetando esta regla* (J. A. Ríos González).
3. Adecuar las intervenciones al contexto de la familia y tratar de acomodar toda acción terapéutica a la realidad.
4. Hacer ver a la familia nuestra dificultad como profesionales para ayudarlos, especialmente, cuando no confían en la intervención.
5. Usar un lenguaje adaptado al nivel socio-cultural de la familia.
6. Si la familia pone algún tipo de reticencias al cambio se deben hacer intervenciones cortas, concretas y claras.
7. Si la intervención terapéutica es larga, conviene que los padres la escuchen que entiendan determinadas cuestiones.
8. Si el profesional ve que pierde poder debe intervenir menos y llevar a la familia hasta el punto en que descubran sus propias contradicciones o sus reticencias a cambiar.
9. Mantener una actitud neutral ante todos los miembros, aunque se establezcan lazos con algún miembro que se utilizarán para el desarrollo del trabajo familiar.
10. Hay que observar con qué miembros del sistema aparecen dificultades para intervenir, por ello, hay que observar las posibles reticencias que surjan en algunos de ellos.
11. La intervención terapéutica ha de agilizar la claridad del sistema, el tipo de relación y la comunicación debe ser radical y no dejar a nadie fuera.
12. El terapeuta debe ser uno más dentro del sistema familiar mientras dura la sesión sin perder, por supuesto, la autoridad y la eficacia.
13. La implicación del terapeuta supone la utilización distendida del sentido del humor, instrumento útil que se puede expresar a través de:
 - imitación exagerada de la familia.
 - adoptar un humor diferente al que existe en la familia.
 - intensificación de comportamientos chocantes, ridículos,....

El humor es un buen instrumento dentro de la terapia aunque para usarlo, hay que tener en cuenta que:

- Su uso ha de ser humano, no hay que permitir que un miembro lo interprete como una falta de respeto o burla.
- Este respeto y tacto con el uso del humor debe ser muy cuidado con los adolescentes que pueden interpretarlo como una burla.
- El terapeuta puede ayudar a la familia con el humor a desdramatizar realidades ya que es un buen síntoma de salud mental.

Esquema de los temas a tratar con las familias en tratamiento.

- Enfermedad adictiva y sus consecuencias.
- Tipos y niveles de comunicación.
- Mitos y valores familiares.
- Ritos y rituales familiares.
- Estilos educativos.
- Modelos de autoridad y modelos de disciplina.
- Estilos afectivos y expresividad emocional.
- Estilos para la solución de problemas.

La mejoría de la Terapia Familiar se aprecia si se detectan modificaciones de una sesión a otra, pero esto no es siempre fiable porque la descarga de tensiones contribuye a una relajación que va a aliviar los conflictos.

Hay “curación” cuando hay cambios y éstos según Minuchin (1978) aparecen cuando se forman nuevas estructuras familiares. Según Boszormenyi-Nagi (1965) la curación aparece cuando existe una clarificación emotiva de las relaciones, cuando se eliminan las distorsiones transaccionales y cuando quedan fuera de juego las proyecciones inconscientes que están en la raíz de los sufrimientos de muchas familias.

Ríos González considera que la curación del sistema familiar se produce en función de:

- Modificación de la forma de relación que tiene la familia al inicio de la terapia.
- Enriquecimiento del tipo de comunicación intrasistémica tanto a nivel del sistema total como dentro de cada subsistema.
- Enriquecimiento afectivo dentro de la familia: mayor relación, mejores contactos, más comunicación.
- Delimitación clara de las generaciones que conviven en la familia.
- Conseguir una mayor flexibilidad en los estilos educativos para eliminar las rigideces disfuncionales.
- Consecución de una clara jerarquización en el sistema familiar sin renunciar a las propias responsabilidades.
- Establecer modelos equilibrados de autoridad y disciplina que no destruyan la interacción del sistema familiar.
- Conseguir que cada miembro ocupe su lugar generacional y dentro de su subsistema. Mayor estabilidad emocional, cohesión interna.
- Respecto al sistema familiar éste estará curado si se consigue cohesión interna, estabilidad y progreso como grupo humano en crecimiento.

En la familia alcohólica, la mejoría podemos encontrarla cuando sus miembros sean capaces de respetarse y de entender cómo se sienten los unos y los otros, al tiempo que consigan comunicarse sin agresividad ni desprecio y pongan en práctica la empatía. En ocasiones, es necesario trabajar, en los adictos, la necesidad de pedir perdón a su pareja e hijos. Este gesto de humildad, si se aprecia como sincero, va a tener un efecto terapéutico en los familiares. Aunque debemos reconocer que el mejorar las relaciones lleva su tiempo, dedicación, esfuerzo, sabemos que no es fácil, porque *“hay que volver a montar, lo que se ha desmontado y ha conllevado mucho sufrimiento”*, pero la parte más positiva está en transmitir a los pacientes que sí que es posible conseguir que la propia familia funcione bien, si los implicados consideran necesaria la intervención que precisan y llevan a la práctica las pautas indicadas.

2.3 TÉCNICAS que se pueden utilizar en la terapia familiar

Las técnicas se entremezclan con las tácticas y las estrategias (Ríos González, 1994) y algunas de ellas son:

- Ya desde la primera sesión con la familia el terapeuta debe tener habilidad para elegir y comenzar a trabajar aquellas áreas que necesitan ser modificadas pronto. De esta forma se pueden empezar a ver cambios desde el primer día de la intervención.
- No preguntar directamente a nadie al iniciar la entrevista con toda la familia, hacerlo de un modo neutro para impedir que algún miembro piense que el terapeuta tiene preferencias. Preguntas correctas que se pueden realizar en esta primera fase: *“¿qué les preocupa?”*, *“¿qué les ha hecho ver necesaria la terapia familiar para buscar solución a sus problemas familiares?”*...
- Observar los lenguajes no verbales: posturas, movimientos, sonrisas, miradas evasivas o que buscan apoyo, movimientos de manos,.....
- No centrarse sólo en lo que consideran el problema principal, ya que hay que indagar en la existencia de otros posibles.
- Construir el mapa emocional de la familia utilizando la colocación de los miembros en la sala y analizar los canales de interacción comunicativa tal y como se van expresando.
- Utilizar el mapa de la familia, el plano de la vivienda, conocer la posición de cada miembro en la sala de estar de la casa, nos va a informar sobre cuál es la calidad de la relación que tienen los miembros, si dedican o no tiempo a estar juntos,....
- No centrarse en qué explica la familia verbalmente, sino que representen, a través de rol play, lo que les sucede en casa. Se puede utilizar la técnica del psicodrama.
- Comenzar a que la familia establezca nuevas formas de interacción comunicativa, a través del entrenamiento en habilidades sociales, la escucha activa, la empatía.

Recomendaciones prácticas para trabajar con familias:

- Es conveniente el uso de sillas movibles que permitan ser desplazadas de forma cómoda dentro de una sala amplia.
- No se debe indicar a ningún miembro dónde debe sentarse, cada uno elegirá libremente su lugar para evitar suspicacias.
- Es importante ver cómo se sientan los miembros de la familia, cómo se distribuyen y en torno a quién se agrupan.
- Lo anterior va a permitir hacer una hipótesis inicial sobre si existen o no alianzas, coaliciones, miembros aislados o periféricos,.... Es importante ver qué silla dejan para el terapeuta y entre quiénes lo sitúan, al lado de quién.
- Para construir el mapa emocional de la familia, el terapeuta puede trabajar la creación de alianzas, reforzar coaliciones, destruir triángulos perversos, romper simbiosis, evitar hiperprotecciones, integrar miembros periféricos, controlar intrusiones, establecer canales de comunicación,.....
- Es conveniente observar las estrategias de cambio, la resistencia al cambio, las reacciones ante los cambios, la proximidad emocional, la cercanía emotiva. Esto va a permitir descubrir las interacciones entre los miembros.

No hay que descartar la aparición de determinadas resistencias que pueden dificultar la Terapia Familiar como que el propio terapeuta no supere el dualismo tratamiento individual/tratamiento de la familia o que alguno de los miembros no colabore en la elaboración de los cambios.

Otras técnicas para evitar cometer errores.

- Detectar un conflicto o tensión y que la familia lo vea.
- No discutir con la familia respecto a aspectos que forman parte de su cultura, aunque sí hay que hacerles ver que ello, en concreto, puede ser el origen de sus problemas.
- Un error frecuente es desafiar un mito oficial de la familia.
- No dar muchas prescripciones cuando se observe poca receptividad en la familia.
- No improvisar las sesiones. Lo conveniente es tener hipótesis de trabajo para cada sesión.
- Justo al terminar cada sesión de trabajo destacar lo importante y pasados unos días para ver la situación con mayor objetividad.

Tras la intervención se debe hacer un seguimiento de los cambios que se han aprendido y comprobar si éstos se mantienen en el tiempo o si se han presentado dificultades.

3. TERAPIA DE PAREJA

El consumo de alcohol provoca, no sólo una desestructuración de la unidad familiar sino que deteriora, y bastante, el pilar básico de la familia, la pareja. Esta pareja, en la mayoría de los casos, se forma cuando, aún, no se conocen los efectos negativos del consumo con lo cual, lo que, en un principio, es enamoramiento, ilusión y compromiso, con el paso de los años, se convierte en desilusión, impotencia, frustración y más aún, si fruto de esa relación hay unos hijos, éstos se convierten, muchas veces, en el principal motivo para “no romper” esa relación, con lo cual los sentimientos dentro de la pareja se hacen hostiles, apareciendo el sufrimiento por la situación que se genera y por su difícil solución.

La Terapia de Pareja constituye otro de los objetivos principales de la rehabilitación del enfermo alcohólico y su pareja. Llegar a este nivel de trabajo con ambos nos indica la superación de las fases iniciales de su tratamiento: la abstinencia del enfermo alcohólico se mantiene en el tiempo, el cambio de hábitos, de comportamiento, estabilidad emocional en el familiar, la consecución de unos niveles mínimos adecuados de convivencia, nos hace pensar que es el momento de iniciar otra fase importante para la recuperación de la familia alcohólica: el trabajo con la pareja.

De forma paralela, a las pautas que se les dan a los enfermos para mantenerse en abstinencia y a los familiares para que hagan frente a su codependencia emocional, es conveniente que aprendan a respetar unas normas mínimas de convivencia dentro de la pareja. Aquí podemos decir que ya está iniciada la Terapia de Pareja y si ambos ponen empeño, en un corto período de tiempo, se pueden ver pequeños avances de recuperación que deberán trabajarse en más profundidad más adelante. Estos pequeños avances permiten que la pareja sea consciente de que es posible que su relación mejore, lo cual va a servirles de refuerzo para conseguirlo, automotivándose para seguir llevando a la práctica las habilidades que se les van a ir enseñando.

La pareja puede ir recuperándose siempre que adquiera el compromiso de modificar actitudes, comportamientos y pensamientos distorsionados que, durante muchos años, han sido disfuncionales y que, ahora que ya no existe el consumo de sustancias adictivas, va a ser imprescindible comenzar a aprender a tener una relación de pareja diferente. Esto no es fácil ni de hacer ni de conseguir, pero como tantas otras cosas que los adictos y codependientes en tratamiento deben aprender, es necesario que sientan el deseo de querer modificar y adquirir formas nuevas y diferentes de interaccionar. Concienciar de esto, no es fácil, pero sí es posible si la pareja es consciente de la necesidad de aprender esas conductas nuevas.

Al iniciar la Terapia de Pareja, son evidentes los síntomas de falta de comunicación y sin ésta no es posible la resolución de problemas ni la expresión de sentimientos ni la toma de decisiones,... Es cuando deben poner en práctica, de forma progresiva, unos ejercicios para facilitar la comunicación y compartir actividades gratificantes con la idea de que se produzca un acercamiento. La Terapia va a permitir que la pareja aprenda a tomar decisiones conjuntas, a resolver problemas, a expresar sentimientos, pero es necesario que se produzcan avances básicos que van a servir de base para poder seguir avanzando.

Hay parejas que, dado su grado de deterioro, no pueden comenzar la Terapia de Pareja con este tipo de ejercicios y necesitan, previamente, de otro trabajo terapéutico individual que los prepare para la misma.

No se puede olvidar el abordaje de la sexualidad, ya que por regla general, las parejas que tienen problemas de relación o están pasando por una crisis no suelen tener relaciones sexuales y, si las tienen, éstas pueden no llegar a ser del todo satisfactorias.

Son muchas las mujeres (parejas familiares) que se han sentido maltratadas a nivel sexual por el enfermo alcohólico. Tema, éste, por supuesto, que hay que trabajarlo de forma individual con la mujer, primero; para después, trabajarlo en pareja de forma conjunta para favorecer la consecución de los logros que se pretenden: crecer como persona individualmente y como miembro de una pareja donde debe imperar la comunicación, la sinceridad, la complicidad y unas relaciones sexuales placenteras, todo ello, para conseguir una adecuada calidad de vida que, durante años, ha sido dañada.

Con anterioridad, se dijo que uno de los subsistemas sobre el que se consolida la convivencia familiar es el formado por la pareja, por ello, la Terapia de Pareja merece un apartado específico.

Según Miren Larrázabal, la Terapia de Pareja se comenzó llamando Terapia Marital y su único fin era tratar los problemas mentales que había dentro de la pareja. El enfoque operante comenzó siendo el más influyente en el tratamiento de los problemas de pareja. Actualmente, el modelo cognitivo-conductual es el más utilizado en la Terapia de Pareja. Se considera, como uno de los pilares fundamentales de la terapia familiar, y si no se tienen en cuenta las dificultades que tiene la pareja, difícilmente, vamos a poder entender la interacción y la forma de relacionarse la unidad familiar, para ello, es necesario conocer la forma de interrelación entre todos los miembros, así como la relación diádica, es decir, entre hermanos, entre padres e hijos y, por supuesto, la relación de pareja tan importante para el bienestar familiar.

Beneficios de la relación de pareja sobre la familia:

- Cuando la relación de pareja es adecuada actúa de forma protectora y potenciando la salud de la familia.
- El conflicto de pareja es fuente generadora de estrés y puede facilitar el desarrollo y mantenimiento de trastornos de tipo psicopatológico, por lo tanto, va a dificultar, también, la solución tanto de esos trastornos como de otros que existan en la familia.

3.1 OBJETIVOS de la terapia de pareja

A la hora de trabajar con parejas en las que existe un miembro con problemas de alcoholismo debemos tener en cuenta todas las premisas descritas anteriormente, aunque no debemos olvidar que son parejas muy desestructuradas como consecuencia de los años de evolución del alcoholismo. El miembro de la pareja no adicto al alcohol es desconfiado, suele presentar problemas de tipo físico y psicológico, padece codependencia emocional y este diagnóstico,

en muchas ocasiones, va a dificultar el buen desarrollo de la terapia de pareja, motivo por el que se hace necesario el trabajo previo individual con el familiar antes de comenzar el trabajo con la pareja.

Uno de los objetivos está en averiguar qué variables explican el origen y el mantenimiento de los problemas de pareja y, para ello, debemos identificar esas variables y son las siguientes:

- Intercambio de refuerzos. Las parejas en conflicto intercambian tasas más bajas de gratificaciones y una frecuencia más alta de castigo que las parejas satisfechas con su relación.
- La reciprocidad. Se refiere a la proporción equitativa de gratificaciones o conductas aversivas intercambiadas entre una pareja. El secreto está en el equilibrio entre lo que se da y lo que se recibe. La reciprocidad implica la existencia de una interdependencia conductual: tengo mayor probabilidad de ser reforzado, si refuerzo. Tengo mayor probabilidad de ser castigado, si castigo.
- Falta de habilidades para producir cambios de conducta. Referido al déficit de habilidades de comunicación y al déficit en la solución de problemas.
- Factores cognitivos. Sesgos perceptivo-cognitivos, distorsiones cognitivas, expectativas inadecuadas. Los mitos del amor, los mitos sobre la relación de pareja, los mitos sobre la sexualidad,..... hacen que nos generemos unas expectativas que, con el tiempo, hace que la pareja se sienta decepcionada porque no se cumplen.

Para profundizar más sobre los modelos explicativos, desde la perspectiva cognitivo-conductual, sobre el origen y el mantenimiento de los problemas de pareja, se recomienda la lectura sobre:

- Teoría del Intercambio Social (Stuart, 1969).
- Teoría de los Déficit en las Estrategias para producir cambios en el otro (Weiss, 1978).
- Teoría de la Reciprocidad (Patterson y Reid, 1970).
- Elementos cognitivos (Weiss, 1980 y 1984); (Baucom y Lester, 1986); (Baucom y Epstein, 1990).

Presupuestos de la Terapia de Pareja.

- La Terapia cognitivo-conductual ha sido el resultado de incorporar técnicas cognitivas desarrolladas para abordar la psicopatología individual, como la depresión y la ansiedad, a los modelos existentes de terapia de pareja conductual.
- En este modelo se conjugan técnicas tanto cognitivas como conductuales, con el objetivo de ayudar a las parejas a solucionar sus problemas y aumentar su satisfacción marital.
- Los investigadores y los terapeutas que adoptan un enfoque cognitivo-conductual en la terapia de pareja, plantean los problemas de pareja como resultado de patrones disfuncionales de pensamientos y conductas.

- Los patrones de intercambio de conductas, la comunicación, la solución de problemas y la negociación constituyen variables indicadoras de satisfacción marital. A parte de estos factores conductuales, existen otros elementos cognitivos tales como creencias, expectativas y atribuciones que también influyen en los niveles de satisfacción que experimentan las parejas dentro de su relación.
- El enfoque de la Terapia Cognitivo-Conductual es educativo por parte de la pareja y directivo por parte del terapeuta con lo cual, la intervención empieza por una fase educativa y de información a la pareja.
- Los objetivos terapéuticos deben establecerse conjuntamente con la pareja.
- Debe fijarse un plazo mínimo para la intervención y en este período se espera la consecución de cambios positivos, con lo cual la pareja debe experimentar sentimientos más positivos en su relación, desde un primer momento. Con ello, las primeras intervenciones deben ir encaminadas a propiciar una atmósfera positiva en la pareja y crear un ambiente propicio y favorecedor para el trabajo terapéutico que debe desarrollar la pareja.

Las parejas al llegar al tratamiento quieren, rápidamente, comenzar a eliminar su listado de problemas, pero deben entender que es necesario comenzar trabajando y consiguiendo cambios positivos mínimos para, después, plantearse la solución de los problemas que a ellos más les preocupan.

Aspectos que se deben trabajar en la Terapia de Pareja y que, en muchas ocasiones, provocan crisis en la pareja.

1. Las expectativas idealizadas.

Tendemos a buscar la pareja ideal o perfecta que sea capaz de cubrir todas nuestras necesidades afectivas, de ocio, intimidad, seguridad, placer,.... Esto es complicado de encontrar en una misma persona, con lo cual es difícil que se pueda resolver exigiéndoselo a la pareja.

El desajuste entre las expectativas idealizadas y la realidad de la pareja, es uno de los motivos por los que muchas parejas fracasan. Se pasa de la ilusión y el encantamiento del enamoramiento al desencanto y la insatisfacción de la vida en pareja. El alcoholismo “facilita” la aparición de ese desajuste por lo complicado que es convivir con una persona adicta, debido a las pésimas condiciones en las que el alcohólico llega a encontrarse: no se puede tener un adecuado nivel de comunicación, están ausentes, su única motivación es seguir consumiendo, no existe interés por la pareja ni por la familia....

El enamoramiento cumple un papel muy importante a la hora de forjar un vínculo poderoso y lleva a que las parejas se comprometan en una relación. El aspecto más negativo del enamoramiento está en que las personas enamoradas, magnifican las cualidades del otro y, por supuesto, dura sólo cierto período de tiempo. El encantamiento en algunas personas, implica una alteración de la conciencia y se olvidan de evaluar si la realidad que viven puede ser una ilusión, hasta el punto de no ser conscientes de la existencia del alcoholismo.

2. Falta de aprendizaje para la convivencia en pareja y déficits de estrategias para solucionar problemas.

- Aburrimiento y rutina de pareja.
- Nacimiento de un hijo.
- Problemas adicionales de uno de los miembros de la pareja, por ejemplo, el alcoholismo de uno de ellos.
- Problemas con la familia política.

3. Desequilibrio en el reparto de roles dentro de la unidad familiar no basado sólo en el reparto de las tareas del hogar sino en el reparto de responsabilidades entre la pareja.

4. Problemas de comunicación. Trabajar la sinceridad y expresión de sentimientos, puntos de vista, empatía.

5. Infidelidad. Reside en que lo que nos permitimos a nosotros mismos, no es imaginable ni siquiera en el otro.

6. Los celos. Adoptar un estilo y forma de amar posesivo y excesivo genera gran desconfianza. Los celos hacen sufrir tanto a quien los siente como a quien “los sufre”. No podemos olvidar hablar de la celotipia alcohólica que aparece, principalmente, en los alcohólicos varones.

7. Malos tratos físicos y/o psicológicos. Ésta es la más destructiva y, en un porcentaje muy elevado, se encuentra presente en la enfermedad alcohólica.

Según González Rivera (2005), del maltrato psicológico se puede decir que es “todo aspecto de la relación de pareja que bloquee, destruya o entorpezca sus funciones esenciales (protección, afecto, ayuda mutua y potenciación personal) es una disfunción; si se comete de manera voluntaria, un abuso; si además se incluye coerción para que la otra persona participe en la disfunción y/o para retenerla en la relación en contra de su voluntad, ya es acoso”. En consecuencia, conductas como amenazar, ridiculizar, acechar, perseguir a una persona, inducir en ella sentimientos negativos, como miedo y desánimo, crearle inseguridad, chantajes afectivos, sobrecargarle con exigencias y expectativas que no puede cumplir....., todos estos comportamientos forman parte del maltrato psicológico a la pareja.

Todas las formas de abuso, maltrato, agresión y violencia se caracterizan por una relación asimétrica de fuerzas, en la que una parte daña y otra es dañada.

8. La insatisfacción sexual. Las relaciones sexuales en la pareja son una de las principales fuentes de satisfacción; pero también puede ser uno de los mayores sufrimientos si no se desarrolla de forma saludable para la pareja. En muchas ocasiones, las parejas de los enfermos alcohólicos, han sido obligadas a mantener relaciones sexuales forzadas y han llegado a sentirse violadas por la actitud agresiva que ha provocado el alcohol en el varón. Una vez en Terapia de Pareja las mujeres manifiestan tener recuerdos muy amargos sobre este tipo de experiencias, hasta el punto de llegar a necesitar mucho tiempo para recuperarse por las reticencias que aparecen para afrontarlo, debido, muchas veces, al bajo o nulo deseo sexual e incluso, al rechazo que existe hacia su pareja.

Los problemas más frecuentes son: problemas de comunicación sexual, falta de información sexual o información inadecuada, mitos, tabúes sexuales, baja autoestima y autoconcepto de sí mismo o del otro, sentimientos de culpa, vergüenza, "exigencias sexuales", dolor en las relaciones sexuales, problemas sexuales originados por el consumo del alcohol y/o de otro tipo de sustancias adictivas como impotencia, eyaculación precoz,....

Más objetivos a trabajar con las parejas

- Mantener la satisfacción en la pareja requiere esfuerzo por parte de ambos miembros. La satisfacción es fruto del resultado de la reciprocidad en el intercambio de acciones y palabras que son placenteras para cada uno de los miembros de la pareja. La insatisfacción sucede cuando se intercambian escasas conductas positivas entre la pareja.
- Aprender las habilidades necesarias para aumentar la satisfacción de la pareja, es decir, el terapeuta cognitivo-conductual enseña a la pareja habilidades tanto cognitivas como conductuales con el único fin de modificar sus comportamientos disfuncionales.
- Educar a través de la terapia y conseguir el cambio, para ello, la pareja es entrenada para que la satisfacción marital aumente mediante la reducción de sus interacciones negativas y aumentando las positivas. La terapia debe centrarse en el presente y con el punto de mira puesto en el futuro, más que sobre el pasado.

3.2 PROCESO TERAPÉUTICO en la terapia de pareja

Tras la evaluación de los problemas que presenta la pareja se recomienda realizar un diagnóstico de su situación y planificar cuál va a ser la intervención.

El inicio de la intervención en Terapia de Pareja, debería ir encaminado a conseguir que la pareja conviva en un ambiente más gratificante y que frene el malestar que la mayoría de parejas siente al llegar a terapia. Las razones para priorizar este objetivo de intervención se centran en que es conveniente iniciar la intervención aumentando el intercambio de interacciones positivas, porque estas técnicas son fáciles de enseñar a la pareja y tienen unos efectos positivos inmediatos. Hay que hacer que los intercambios negativos en la pareja disminuyan, pero esto no conlleva, necesariamente, a un aumento de la satisfacción marital. Los intercambios negativos tienden a disminuir si empiezan a aumentar los positivos. Potenciar los intercambios positivos en la pareja constituye la mejor forma de frenar el deterioro del valor gratificador que cada miembro de la pareja tiene para el otro.

La intervención debe basarse en:

1. Identificación de cambios positivos en la conducta de la pareja.
2. Adquisición de un nuevo vocabulario interpersonal
3. Desarrollo de habilidades de comunicación.
 - Elementos facilitadores de la comunicación.
 - Expresión y recepción de sentimientos.

4. Aprendizaje de nuevas formas de influencia interpersonal
 - Planificación de contingencias de reforzamiento.
 - Reconocimiento de las conductas positivas de la pareja.
5. Habilidades de resolución de problemas.
 - Definir problemas.
 - Buscar alternativas.
 - Proceso de toma de decisiones.
6. Reestructuración cognitiva que permita evaluar de forma más adecuada la relación de pareja y las expectativas con respecto a la misma.
7. Habilidades de autocontrol emocional.
 - Manejo de la propia irritabilidad personal.
 - Manejo de la irritabilidad de la pareja.
8. Desarrollo de la autoafirmación personal. Entrenamiento asertivo.
9. Planificación del tiempo libre y actividades de ocio en pareja.

Otros temas a tratar con las parejas en tratamiento.

- Interacción psicoafectiva en la pareja.
- Interacción psicosexual en la pareja.
- Relaciones y límites con las familias de origen de cada cónyuge.
- Hitos de dolor en la vida marital.
- Heridas no superadas de la experiencia marital.

Respecto a la eficacia de la terapia de pareja, decir que tiene un nivel de evidencia (1) y grado de recomendación (B), es decir,

Nivel de evidencia 1: La terapia conductual de pareja que está dirigida a mejorar las relaciones familiares y ayuda a incrementar las tasas de abstinencia.

Grado de recomendación B: Con los pacientes que conviven con una pareja que no consume drogas debe aplicarse terapia de pareja.

3.3 TÉCNICAS de Terapia de Pareja

Tomando como referencia a Feliu, M^a H. y Güell, M^a A. (1990), podemos distinguir:

1. Estrategias generales para aumentar y potenciar el intercambio positivo entre la pareja.

La pareja deberá observar y reforzar los aspectos positivos de la relación y de la conducta del otro. Algunos de los ejercicios y recursos más comúnmente utilizados en terapia de pareja para conseguir este objetivo son:

- “Pille a su pareja haciendo algo agradable...y ¡hágaselo saber! ”
- Caja de los deseos
- Días del amor
- Identificación de las conductas agradables de la pareja
- Ejercicio de reciprocidad
- Símbolos de unión entrañables
- Baraja de los pasatiempos

2. Modificación del estilo de comunicación en la relación de pareja.

Producir cambios en el estilo de comunicación de la pareja, es muy importante en el trabajo con parejas y fundamental es el entrenamiento con técnicas de tipo cognitivo-conductual como:

- Identificación de los errores más comunes en la comunicación.
- Adquisición de un nuevo vocabulario interpersonal y aprendizaje de un lenguaje específico y descriptivo.
- Entrenamiento de habilidades de comunicación. Los elementos verbales y no verbales de la comunicación.

* Elementos facilitadores de la comunicación

- La escucha activa
- La empatía
- Los “mensajes yo”
- Habilidad para ser positivo y recompensante
- Acuerdo parcial
- Declaración de deseos versus las exigencias tipo “deberías”.
- Información positiva
- Petición de parecer
- Habilidad para hacer preguntas abiertas o específicas
- Elección de lugar y momento adecuado para la comunicación

- Estados emocionales que apropiados para la comunicación eficaz en pareja.

* Menú de habilidades de comunicación y entrenamiento asertivo

- Expresión y recepción de sentimientos positivos
- Expresión y recepción de sentimientos negativos
- Peticiones de cambio
- Aprender a decir no
- Habilidad para hacer críticas y recibirlas
- Habilidades conversacionales
- Comunicación íntima y sexual

3. Entrenamiento en autocontrol emocional.

Los episodios de hostilidad, mal humor, insultos verbales y déficit en el control emocional en los enfados y discusiones son frecuentes en las parejas que pasan por dificultades. Para solucionarlo se entrena a la pareja en técnicas específicas como tiempo fuera, empatía, desarmar con gratificaciones, extinción, disco rayado, cambiar el tema hacia una gratificación mutua. El objetivo del entrenamiento conlleva:

- Aprender a manejar la propia irritabilidad
- Afrontar eficazmente la irritabilidad de la pareja.

4. Técnicas de solución de problemas. Aprender a negociar en pareja.

La pareja precisa de habilidades eficaces para solucionar los problemas naturales que se originan por la convivencia. Las parejas felices y satisfechas desarrollan estrategias positivas para afrontar los problemas que se les presentan. Las técnicas de solución de problemas requieren de un entrenamiento basado en:

- Aprender a definir los problemas
- Generar alternativas de solución: la técnica de la “tormenta de ideas”
- Proceso de toma de decisiones y elección de alternativa/s
- Modelo de negociación “todos ganan”

5. Aprendizaje cognitivo: Técnicas de Reestructuración cognitiva.

Las técnicas de reestructuración cognitiva en la terapia de pareja permiten modificar los pensamientos negativos, creencias, expectativas y atribuciones que son disfuncionales. Para ello, hay que proceder siguiendo unos pasos:

- Identificación de pensamientos automáticos negativos
- Modificación de expectativas idealizadas y creencias irreales sobre la relación de pareja
- Etiquetado y corrección de las distorsiones cognitivas referentes a uno mismo y a la pareja

- Aprendizaje del modelo cognitivo y técnicas de modificación cognitiva

6. Planificación del tiempo libre y actividades de ocio en pareja.

Este punto suele presentar algunas dificultades para la pareja que está en crisis. Una estrategia que resulta muy útil para mejorar la dinámica de ocio, es ayudar a la pareja a planificar su tiempo libre distribuyéndolo en cuatro apartados:

- como individuos.
- como pareja.
- como parte de un grupo social, compartiendo momentos con otras parejas.
- como familia.

7. Tratamiento de problemas específicos.

En la vida de pareja existen situaciones y sucesos específicos que pueden originar conflictos muy graves. En ocasiones, la solución de estos problemas requiere un tratamiento especial en varias sesiones individuales separadas al miembro de la pareja que lo necesite. Los problemas de tratamiento más frecuente son:

- Celos
- Agresividad
- Separación temporal
- Problemas de dependencia y sumisión
- Infidelidad, etc.

Es necesario que el profesional individualice todo lo explicado en su plan de trabajo previsto con la pareja en función de las características de ésta. Este enfoque es aplicable tanto a las parejas que experimentan conflictos graves como para aquellas que, sin tenerlos, perciban que su relación de pareja debe mejorar.

La Terapia de Pareja puede abordarse de forma conjunta con la pareja y debe decirse que se obtienen muy buenos resultados realizando la terapia de pareja en grupo, debido al efecto positivo que siempre tiene la terapia de espejo, donde las parejas se sienten identificadas y comparten las vivencias de situaciones muy parecidas. Hay que aclarar que la terapia de pareja, como su propio nombre indica, pretende trabajar a la pareja desde un punto de vista terapéutico, pero no desde la ayuda mutua, ya que la pareja solucionará sus problemas de relación sólo si se le va orientando con unas pautas profesionales.

4. ALTA TERAPÉUTICA

Antes de concluir el tratamiento con los pacientes, debemos hacer un resumen sobre las habilidades aprendidas y recordar algunos aspectos claves que les permita detectar posibles

indicadores que puedan llevar a conflictos futuros con la idea de prevenir la aparición de problemas o situaciones conflictivas más graves.

Una vez trabajados los objetivos previstos deberá realizarse un seguimiento durante un tiempo para comprobar si se mantienen o no los cambios aprendidos por la pareja. Este seguimiento puede realizarse al mes de concluir la Terapia, a los tres meses siguientes y si se estima conveniente a los seis meses.

Para terminar, decir que la Terapia Familiar y la Terapia de Pareja finalizan cuando lo aprendido se mantiene en el tiempo, es decir, se aprecia la mejoría cuando se comprueba que los cambios conseguidos se generalizan y se mantienen estables y si se produce alguna crisis, la familia o la pareja son capaces de resolverla. La ausencia de rivalidades entre los miembros, la comunicación eficaz, el afrontamiento adecuado de situaciones difíciles, los vínculos afectivos sanos generados, la reducción de conflictos intrafamiliares, la verbalización de sentimientos positivos y de bienestar de cada uno de los miembros dentro de la convivencia, entre otros, nos pueden hacer pensar que la dinámica familiar y de la pareja se ha normalizado.

Llegados a este punto podemos concluir diciendo que la intervención profesional ha concluido, con lo cual los pacientes pueden ser dados de alta, lo que no quiere decir que dejen de acudir a las terapias de autoayuda que se les ofrece en las Asociaciones de Alcohólicos Rehabilitados donde pueden permanecer el tiempo que deseen.

ANEXOS

Anexo I: Importancia de la familia de origen en la terapia familiar sistémica

Anexo II: Importancia de la familia de origen del terapeuta

Anexo I: Importancia de la familia de origen en la terapia familiar sistémica

Para profundizar más en este apartado, se recomienda la lectura completa del capítulo V “Los modelos familiares” del Manual de Orientación y Terapia Familiar de José Antonio Ríos González.

Según Ríos, el subsistema familiar de origen constituye un factor importante en la aparición y mantenimiento de los síntomas que originan los problemas en las familias.

Se deben tener en cuenta los orígenes de la vida personal del cónyuge como persona individualizada.

En este sistema familiar de origen intervienen de forma importante las actitudes y el tipo de contacto de figuras significativas para la persona cuando es niño y adolescente.

Hay que tener en cuenta:

A. La estructura del sistema familiar de origen.

Se refiere a conocer o evaluar qué opinión tienen tanto el esposo como la esposa acerca de:

- Los miembros de la familia.
- El valor dominante.
- El poder ostentado.
- El mito fundamental.
- Elementos del cisma familiar.
- Miembro/s sintomático/s.
- Actitudes educativas básicas.
- Autoridad predominante.
- Principales crisis padecidas.
- Fidelidad oculta al clan familiar.
- Fidelidad oculta al padre.
- Fidelidad oculta a la madre.
- Fidelidad oculta a otro familiar.

B. La actitud ante el sistema familiar de origen.

En los ciclos vitales de la familia se producen fenómenos semejantes a los que suceden en la evolución personal de un sujeto.

A las identificaciones en el orden individual corresponde la incorporación de valores, mitos, fidelidades... en el orden familiar.

A la identidad como síntesis integradora en el orden individual, corresponde la selección mediante la dialéctica resultante de aceptación/rechazo que afecta a modelos, valores, mitos, tabúes, miedos y coaliciones derivadas del sistema familiar.

Se refiere a la opinión de ambos miembros de la pareja sobre:

- Modelos aceptados / Modelos rechazados.
- Valores aceptados / Valores rechazados.
- Mitos aceptados / Mitos rechazados.
- Tabúes aceptados / Tabúes rechazados.
- Miedos aceptados / Miedos rechazados.
- Coaliciones / alianzas aceptadas.
- Coaliciones / alianzas rechazadas.
- Aceptado / Rechazado.

Conclusiones:

Los Terapeutas deben:

- interpretar y tratar a las familias a partir de su experiencia en la familia de origen y con la propia formación profesional.
- comprender el propio estilo y las cualidades que le hacen más eficaz lo que supone un interés continuo por sus propias reacciones.
- tener capacidad para afrontar sus propios sentimientos.

Explicado todo esto, debemos expresar que en el trabajo con familias es muy importante tener en cuenta las familias de origen, ya no sólo para poder mejorar la competencia profesional del terapeuta que orienta en la solución de los problemas de los pacientes, sino porque siempre es conveniente conocer cuáles son los orígenes de las personas con las que trabajamos para que ellas mismas descubran cómo nuestros antepasados y sus formas de vida influyen en nuestras vidas y en la forma que tenemos de relacionarnos. Este análisis personal de los pacientes guiado por el profesional va a permitir el conocimiento de costumbres familiares, de secretos familiares, quizás ocultos a lo largo de diferentes generaciones y que se consideran útiles para comprender aquello para lo que no se le encuentra una explicación.

El uso del genograma permite ir conociendo aún más acerca de los miembros de la familia y sobre qué tipo de relaciones existían y existen entre ellos y cómo éstas han influido sobre todos y cada uno de ellos.

ANEXO 2: Importancia de la familia de origen del terapeuta

La familia de origen tiene un papel muy importante en el trabajo del profesional (Espinal, 1995)

Guy (1995), señaló algunas “motivaciones disfuncionales” por las que una persona puede llegar a elegir la profesión de Psicoterapeuta como perturbación emocional, enfrentamiento indirecto, soledad y aislamiento, deseo de poder, necesidad de amor y rebelión indirecta.

Coan (1979), encontró alguna evidencia de que la percepción de los Psicólogos acerca de sus relaciones con sus padres, estaba relacionada con la orientación teórica. Los Psicólogos que se focalizaban en lo interno, en los sustratos biológicos y que tendían a tener una perspectiva subjetiva sobre la personalidad, era más frecuente que hubiera tenido relaciones positivas con sus padres. Por el contrario, los Psicólogos que se focalizaban en lo objetivo, en la información observable, solían haber experimentado conflictos con sus padres y los veían como que habían sido inconsistentes en la imposición de sus reglas.

Las percepciones del ambiente de la familia de origen tiene una relación estadísticamente significativa con las posteriores orientaciones teóricas de los Psicólogos. Entre los aspectos de la familia de origen medidos, están los sentimientos, la empatía y la apertura hacia los demás; estos factores tienen más que ver con la atmósfera emocional dentro de la familia y con la habilidad y frecuencia con que unos miembros conecten con otros.

Guy (1987), considera que las “motivaciones funcionales” que conducen a la elección de la profesión de Psicoterapeuta están: el interés natural por la gente, la curiosidad por sí mismo y los demás, la capacidad de escuchar, la capacidad de conversar, la capacidad de discernimiento emocional, la capacidad introspectiva, la capacidad de autonegación, la tolerancia a la ambigüedad, la capacidad de cariño, la tolerancia a la intimidad, la comodidad en la posición de poder y el sentido del humor.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Andersen, T. (1994), "El Equipo Reflexivo: Diálogos y diálogos sobre los diálogos". Barcelona. Ed. Gedisa.
- Beattie, M., (2000), "Libérate de la Codependencia". Ed. Sirio. Barcelona.
- Becoña, E. y Cortés, M. T. (2008), "Guía Clínica de intervención psicológica en adicciones". Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Bergman, J. S., (1998), "Pescando Barracudas". Ed. Paidós Terapia Familiar. Barcelona.
- Botella, L. y Vilaregut, A., "La perspectiva sistémica en la Terapia Familiar: conceptos básicos, investigación y evolución". Facultad de Psicología y Ciencias de la Educación Blanquerna. Universidad Ramón Llull. www.infoley.blogspot.com
- Cáceres Carrasco, J. (1994), "Reaprender a vivir en Pareja". Ed. Promolibro Valencia.
- Cirilo, S., Berrini, R., Cambiaso, G. y Mazza, R. (1999). "La familia del toxicodependiente". Barcelona. Ed. Paidós.
- Cortés, MT y Pascual, F. (2005), "Incumplimiento de propósitos en drogodependencias". Barcelona: Radom House Mondadori.
- Ettorre, E. (1998), "Mujeres y Alcohol. ¿Placer privado o problema público?". Ed. Narcea. Madrid.
- Evan Imber-Black, (1999), "La Vida Secreta de las Familias". Editorial Gedisa. Barcelona.
- De Shazer, S. (1982). "Pautas de Terapia Familiar Breve". Buenos Aires. Ed. Paidós.
- De Shazer, S. (1988). "Claves en Psicoterapia Breve. Una teoría de la solución". Barcelona. Ed. Gedisa. 1992.
- Fast, J. (1971), "El lenguaje del cuerpo". Kairós.
- Feliu, M^a H. y Güell, M^a A. (1990), "Relación de Pareja. Técnicas para la Convivencia". Ed. Martínez Roca. Barcelona.
- Framo, L. (1996), "Familia de Origen y Psicoterapia". Ed. Paidós.
- Freixa, F. (1996), "La Enfermedad Alcohólica". Ed. Herder. Barcelona.
- Garrido Fernández, M., González Infantes, M. C., Ibáñez Viejo, I. y Rubio Cabeza, J., (1988), "El papel de la familia de origen en la Psicoterapia Familiar" (a través de las autobiografías de tres terapeutas familiares famosos). Cuadernos de Terapia Familiar, 39, 197-220.

Garrido Fernández, M. y Marcos Sierra, J. A., (2009), "La Terapia Familiar en el tratamiento de las Adicciones". Apuntes de Psicología, vol. 27, nº 2-3, págs. 339-362. ISSN 0213-3334. Colegio Oficial de Psicólogos Andalucía Occidental. Universidad de Cádiz, Huelva y Sevilla.

Guardia Serecigni, Josep (Coordinador); Jiménez-Arriero, M.A.; Pascual, F.; Flórez, Gerardo; Contel, Montserrat (2007), "Alcoholismo. Guías Clínicas Basadas en la Evidencia Científica". SOCI-DROGALCOHOL.

Imber-Black, E., Roberts, J. y Whiting, R. (comps.) (1991) "Rituales terapéuticos y ritos en la familia". Ed. Gedisa.

Kim Berg, I. y Millar, S. D., (1997) "Trabajando con el problema del alcohol". Ed. Gedisa.

Minuchin, S. (1974). "Familias y Terapia Familiar". Barcelona. Ed. Gedisa.

Minuchin, S. (1994) "La recuperación de la familia". Ed. Paidós.

Norwood, R. (2000) "Mujeres que aman demasiado". Ed. Punto de Lectura.

Pascual Pastor, F. (2009). "Antecedentes históricos de las adicciones. Del siglo XIX hasta 1940". En M. A. Torres (Coord.). Historia de las Adicciones en la España contemporánea. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Pascual, F. (2004), "Historia del Alcohol y del Alcoholismo". Ed. Generalitat Valenciana. Consejería de Sanidad.

Pascual, F. y otros, (2012), "Monografía Alcoholismo". Socidrogalcohol.

Programa ALFIL, Programa de Actuación Preventiva para niños y jóvenes de familias con problemas de alcohol, Rosa Díaz (Coord.) 1997. Socidrogalcohol.

Ríos González, J. A. (1994), "Manual de Orientación y Terapia Familiar". Instituto de Ciencias del Hombre. Madrid.

Ríos, J. A. (2006), "La Pareja: Modelos de Relación y Estilos de Pareja". Ed. CCS. Madrid.

Rodríguez-Arias Palomo, J. L. y Venero, M. (2006), "Terapia Familiar Breve". Ed. CCS. Madrid.

Serra y Costa (1993), Terapia de Pareja". Alianza Editorial. Madrid.

Sluzki, C. (1985). "Terapia Familiar como construcción de realidades alternativas. Sistemas familiares".

Stanton, M. D. y Tood, T. (1982). "Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas". Barcelona. Ed. Gedisa.

Steinglass, P., Bennet, L. y otros (1993) "La familia alcohólica". Ed. Gedisa.

Stierlin, H. y otros (1979) "Terapia familiar". Ed. Gedisa.

Stierlin, H. y Weber, G. (1990) "¿Qué hay detrás de la puerta de la familia?". Ed. Gedisa.

Watzlawick, P. Beavin, B., Jackson, D. (1967). "Teoría de la comunicación humana. Interacciones, patologías y paradojas". Barcelona. Ed. Herder.

Whitaker, C. (1992), "Meditaciones nocturnas de un terapeuta familiar". Ed. Paidós.

White, M. (1998) "Guías para una terapia familiar sistémica". Ed. Gedisa.

6. Tratamiento Social

*Trinidad Janeiro, Cristina. Trabajadora Social A.R.E.M.I., Miranda de Ebro, Burgos
Ureña Martínez, Alicia. Trabajadora Social UPCCA Ajuntament d'Alcoi*

1. INTRODUCCIÓN AL TRATAMIENTO SOCIAL

“Pocos problemas sanitarios alcanzan la magnitud e importancia del alcoholismo: sus consecuencias individuales y sociales son enormes...” (Soler, Freixa, Reina y cols., 1988:15)

“...el alcoholismo es una de las enfermedades que más tasas de sufrimiento genera, y uno de los más graves problemas de salud pública en el mundo...” (Bombín, 1988:311)

“...respecto a las consecuencias sociales, este tipo de complicaciones son las que más se relacionan con los efectos agudos del alcohol, existiendo una relación proporcional entre los niveles de consumo de alcohol y la aparición de estos problemas (Rehm y Gmel, 1999). Además, este tipo de complicaciones son las que más se asocian con un daño a otras personas (Rossow y Hauge, 2004)

Somos conscientes de que el alcohol continúa siendo la droga psicoactiva de consumo más extendida en España, gozando éste de gran aceptación y permisividad.

Algunas de las características que rodean actualmente al consumo de alcohol en nuestro país serían:

- permisividad
- accesibilidad
- incumplimiento legal
- aceptación
- disponibilidad
- policonsumo

Este panorama social nos puede dar a entender lo compleja que puede ser la enfermedad del alcoholismo, que siendo crónica y recidivante, también sabemos que es una enfermedad tratable.

2. TRATAMIENTO SOCIAL

Iniciamos este capítulo refrescando un concepto muy asumido por una amplia mayoría de profesionales que trabajamos en el campo de las adicciones, que no por básico debemos de dejar de citar, es el modelo de **salud** entendido como **el bienestar o equilibrio biopsicosocial**.¹

1 Basándose en su definición de salud, la OMS en su XXX Asamblea (1978) adoptó la estrategia de “Salud para Todos”, con el principal fin de reducir las enfermedades que impidan mantener una vida social y económicamente productiva. Tal estrategia fue concretada en objetivos que se fueron perfilando en las conferencias de Ottawa de 1986, de Adelaida de 1988 y de Sundswall de 1991 (www.who.int, s/f).

Dos aspectos a tener en cuenta:

A) Por un lado la diversidad de tratamientos posibles:

En la actualidad son muchas las alternativas de abordaje y tratamiento, así como los procedimientos de intervención en el ámbito del alcoholismo.

Cuantiosos y muy distintos son también los problemas y la severidad de las consecuencias que el alcoholismo puede acarrear. Muchos y muy distintos los tipos de alcoholismo con que nos vamos a encontrar.

Si algo hemos aprendido desde la Intervención Social es que este abordaje del problema debe ser un **PROCESO** donde se debe conciliar la parcela Física, Psicológica y Social del individuo simultáneamente.

El objetivo no es sólo alcanzar un estilo de vida libre de alcohol, sino lograr y mantener un funcionamiento constructivo en la familia, en el trabajo y en la sociedad. Partiendo de que *“él éxito” no se liga a ninguna etapa o fase especial ni tampoco a la diversidad terapéutica, sino que radica en el hecho de incorporar en el momento mas propicio las personas, las ayudas, los fármacos o los servicios mas adecuados*”. (Funes, 1987:59.)

A partir de aquí, entendemos que a aquella persona que presenta problemas con el alcohol se le debe ofrecer y garantizar un abordaje integral, si queremos conseguir un mayor éxito terapéutico y una mejor evolución, atendiendo todas las parcelas de la vida que se hayan visto afectadas por la enfermedad.

“La enfermedad alcohólica no es sólo un problema médico, ni es sólo un problema psicológico, ni sólo un problema social, sino que viene a ser un evento antropológico, con raíces, aspectos, implicaciones y consecuencias de naturaleza múltiple, médica, psicológica, social, sanitaria, política, económica, jurídica, ética...” (Bombín, 1988).

Por ello el realizar un diagnóstico Biopsicosocial nos acercará a obtener una valoración integral de la situación de partida, nos ayudará a evaluar y jerarquizar y nos permitirá trazar un plan terapéutico de actuación PERSONALIZADO, que conforme a la evolución del mismo amoldaremos y modificaremos para que sea flexible y esté en concordancia con los recursos y necesidades de la persona y su entorno, en cada momento.

Sabemos que en muchas ocasiones el desencadenante que puede despertar la movilización de la persona enferma y / o familia para iniciar el proceso está centrado en el área social (conflictividad laboral, acontecimiento legal, necesidades vitales sin cubrir,...) o psicológica (crisis familiar, duelos, enfermedad psiquiátrica...) y no en el área física.

Por tanto si la enfermedad alcohólica podemos decir que es Multidisciplinar, se hace indispensable la necesidad del abordaje y trabajo en equipo transdisciplinario.

Entre los **principios de tratamiento efectivo** que el **NIDA** (National Institute on Drug Abuse) en su revisión de julio 2011, indica tener en cuenta en los distintos abordajes, señalamos algunos que consideramos oportunos para el tema que nos ocupa:

- El tratamiento eficaz abarca las necesidades diversas de la persona, no solamente su problema de abuso de drogas.
 - Para que el tratamiento sea eficaz, debe no sólo abordar el problema del abuso de drogas del paciente, sino también cualquier otro problema médico, psicológico, social, laboral y legal que tenga. Igualmente, es importante que el tratamiento sea apropiado para la edad, sexo, grupo étnico y cultura de cada paciente.
- No hay un solo tratamiento que sea apropiado para todas las personas.
 - Es de suma importancia lograr una combinación adecuada del tipo de ambiente, las intervenciones y los servicios de tratamiento con los problemas y las necesidades particulares de cada usuario, para que dicha persona logre el éxito final.
- El tratamiento debe estar fácilmente disponible en todo momento.
 - Ya que las personas con problemas de drogadicción pueden tener dudas sobre si comenzar o no un tratamiento, es muy importante aprovechar los servicios disponibles cuando ellos indiquen que están listos para recibir tratamiento. Se puede perder a personas con problemas con el alcohol potenciales para el cambio si los tratamientos no están disponibles inmediatamente o si no son de acceso fácil. Como ocurre con otras enfermedades crónicas, mientras más pronto se ofrezca el tratamiento en el proceso de la enfermedad, mayor será la probabilidad de resultados positivos.

B) Por otro lado, partir de la realidad tan desigual de cada persona y de su entorno.

Entendemos que no hay un modelo de tratamiento único o un único Plan terapéutico válido, la experiencia nos dice que les une la sustancia o sustancias que consumen y que provoca los problemas con patrones de consumo totalmente dispares, pero además, sus circunstancias, su realidad, su entorno, sus habilidades, sus recursos, su contexto y por tanto sus NECESIDADES “reales” y sus necesidades “sentidas” son, en muchas ocasiones, totalmente distintas y contradictorias. Y si sus necesidades y circunstancias sociales son diferentes, cabe esperar que su proceso de rehabilitación, recuperación y de reinserción también lo sea.

El plan de actuación debe de realizarse en función de las características y recursos del usuario o usuaria, si no tenemos en cuenta esto, podemos cometer el error de que el tratamiento que se le ofrezca sea irreal o este incluso antes de iniciarlo, condenado al fracaso.

De ahí que desde la Intervención Social debamos en primer lugar:

- conocer cual es su demanda real – motivación –necesidad -expectativa
- conocer cuales son los recursos:
 - personales
 - familiares

- ambientales
- de su red social más inmediata
- de los servicios sociales y sanitarios
- valorar su diagnóstico SOCIAL
- y a partir de ahí estipular, priorizar y trazar las líneas de actuación, el plan terapéutico personalizado para que su proceso de recuperación sea eso, “SU PROCESO”.

Consideramos imprescindible en el tratamiento del alcoholismo llevar a cabo una *Intervención Integral* y a la vez *Individualizada* marcada por el trazado de unos objetivos terapéuticos y educacionales, sin olvidarnos de aquellas actuaciones de sensibilización social y colectiva que como movimiento asociativo debemos promover a nivel comunitario.

¿CUANDO COMIENZA LA INTERVENCIÓN SOCIAL?

Pues entendemos que la intervención social no tiene un espacio concreto ni cerrado de intervención, es decir, la intervención social arranca en el momento que empieza el proceso cuando la persona enferma y/o la familia contacta con el recurso. *“La intervención social es fundamental que se de cuando el tratamiento empieza mientras continúa y cuando se acaba.” (Funes, 1987:61)*

Desde el Trabajo Social, ésta podrá llevarse a cabo a tres niveles en Interrelación:

- Nivel Individual
- Nivel Familiar o Grupal
- Nivel Comunitario

La Intervención social busca conocer la realidad social del o la paciente, estudiar y conocer los factores sociales que rodean a la persona y su contexto durante el tratamiento y rehabilitación para, o bien proporcionar los recursos oportunos, o bien generar nuevas alternativas construidas conjuntamente, entre los y las agentes intervinientes.

Los factores sociales son de especial relevancia en el proceso de recuperación del enfermo alcohólico por ello no podemos dejar a un lado la realidad social en la que se encuentra, debemos estudiarla, conocerla y analizarla por la significación que va a tener en todo momento del proceso de recuperación.

Esta realidad social está interactuando de tal forma que puede llegar a presentarse en la vida de la persona como una ayuda o como una amenaza, facilitando o bloqueando su readaptación.

Como recoge M. Rodríguez Álvarez (2007), *“trabajar en clave social, en clave de inserción, supone contemplar a la persona en su integridad, potenciar su desarrollo armónico, primar no solo su abstinencia, sino la mejora continua en aspectos clave de su vida, tanto en lo relativo al empleo como en su capacidad de participación, de ampliar su red de relaciones sociales relaciones más normalizadas, fuera del contexto del consumo e incrementar sus recursos psicológicos, para facilitar procesos de autonomía personal, entre otros aspectos clave.”*

Por otro lado desde una perspectiva social, debemos de partir del conocimiento previo de nuestro objeto de trabajo, que siguiendo la definición que respecto al objeto de trabajo social realiza T. Zamanillo (1999): *“todos los fenómenos relacionados con el malestar psicosocial de las personas ordenados según su génesis socio-estructural y su vivencia personal”*, podremos decir que el objeto de nuestra intervención desde la perspectiva del trabajo social en las Asociaciones de Alcohólicos/as Rehabilitados sería *“los problemas psico-sociales derivados de la falta de producción y de desarrollo de las oportunidades vitales necesarias para el crecimiento de los individuos en las situaciones, **dependencia**.....y cualesquiera otros que impidan la realización de su autonomía, su identidad social y su desarrollo personal así como la vivencia personal: padecimiento del malestar que provoca perturbaciones en sus distintas esferas de relación social: familiar, laboral, comunitaria e institucional”*.

Es decir, partimos del malestar psicosocial experimentado por las personas que acuden a la asociación, como consecuencia de su dependencia ya que esta impide la realización de su autonomía, su identidad social y su desarrollo personal, teniendo en cuenta su vivencia personal, la cual en nuestro lugar de trabajo es fundamental, puesto que posiblemente la génesis-estructural de una persona adicta va a cambiar en función de su vivencia, de como reconozca o sienta el padecimiento del malestar, en nuestro caso, de la dependencia. Difícilmente podremos pretender realizar una intervención social con una persona que no reconoce su vivencia ante una situación como algo problemático o desfavorable.

Así mismo, debemos tener presente los condicionantes sociales y político- económicos que pueden influir en la aparición, perpetuación y/o consolidación de la dependencia de las personas adictas. Tener en cuenta la génesis estructural implica reconocer la realidad integra en la que se desarrolla la adicción, siendo importante su consideración con el objeto de poder hallar las actuaciones necesarias y oportunas de cara a facilitar el proceso de rehabilitación de la persona adicta.

Antes de realizar cualquier intervención, deberemos de asegurarnos que las personas reconocen de forma explícita el malestar psicosocial derivado de la dependencia y realizan una valoración negativa de la misma.

En este sentido, el trabajo de motivación para el cambio, a través de las entrevistas motivacionales, así como el trabajo desarrollado en el grupo, cobraría una especial relevancia.

Desde esta premisa, nuestra intervención como trabajadoras/os sociales tiene que ir orientada a elaborar el diagnóstico social pertinente, con el fin de realizar una intervención interdisciplinar integral en el tratamiento de las personas que acuden a nuestra asociación, desde un prisma holístico de la persona.

3. MÉTODO EN TRABAJO SOCIAL

3.1 FASE DE ESTUDIO

Esta sería la fase en la cual nuestra intervención estaría orientada a descubrir la demanda planteada por las personas que acuden a la asociación, en nuestro caso, al tratarse de un recurso específico para el tratamiento del alcoholismo, partimos de la adicción como demanda explícita.

No obstante, nuestro objetivo en esta fase consistirá en analizar los diferentes factores que influyen y están interrelacionados con la persona y su entorno.

En este sentido centraremos nuestra atención en la recogida de datos referidos a los diferentes ámbitos de la persona para una posterior valoración y puesta en común de todas las áreas implicadas que conformaran la Historia Clínica, Psicológica y Social del enfermo:

- Toxicológica
- Orgánica
- Psicológica
- Social

Nos centraremos en:

- Conocimiento de la situación individual y familiar: posicionamiento sobre la enfermedad, grado de implicación, aceptación y tolerancia, motivación, expectativas, capacidad de respuesta...
- Ámbito familiar:
 - Tipo de relación familiar: calidad, comunicación, límites, vínculos... .
 - Relaciones interpersonales y de apoyo
 - Roles establecidos
 - Ajuste / disgregación familiar
 - Las técnicas del Genograma y Ecomapa nos pueden ser de gran utilidad en este campo.
- Ámbito Formativo- laboral:
 - Formación educativa-académica
 - Formación laboral: cualificación profesional
 - Situación laboral: activo, precariedad laboral, en situación de desempleo, economía sumergida
 - Vida laboral: tiempo trabajado, tipos de contrato, duración, cambios de empresas, conciencia de problemas laborales por causa del alcohol,...

- Capacidad laboral: habilidades y destrezas para la búsqueda de empleo
- Accidentabilidad laboral: bajas e ILT, absentismo, satisfacción laboral
- Ámbito económico:
 - Nivel de Ingresos económicos: cobertura de necesidades básicas
 - Prestaciones sociales o de la Seguridad Social
- Vivienda y hábitat:
 - Condiciones de habitabilidad
 - Régimen de tenencia: propia, arrendada, cedida, hospedaje (pensión, albergue...)
- Salud
 - Estado de salud
 - Drogodependencias
 - Otras posibles patologías
- Situación jurídico-legal:
 - Problemas judiciales
 - Procesos judiciales pendientes
 - Antecedentes de ingresos en prisión
 - Conductas violentas, detenciones, denuncias, actuaciones policía.
- Ámbito de socialización, relacional y de ocio:
 - Tipo y calidad de relaciones sociales: existencia de redes sociales de apoyo, relaciones comunitarias,...
 - Actividades de ocio, tiempo libre, ocupacionales: grado de satisfacción de la utilización del tiempo libre, formas de ocupación de éste, aficiones...
 - Conocimiento de recursos comunitarios, participación social
 - Grado de degradación social
- Recursos personales y psicológicos:
 - Habilidades Sociales
 - Autovaloración y autoestima
 - Técnicas de afrontamiento de la ansiedad
 - Capacidad de autocontrol

2. DIAGNOSTICO SOCIAL

Este momento metodológico correspondería a la interpretación significativa de las informaciones y los datos obtenidos y trabajados en la fase de estudio. Así el diagnóstico se basará siempre en un estudio o recogida de datos que relacionados entre sí permiten llegar a una síntesis y a una interpretación (Rosell, 1993: 139).

- De esta forma, podríamos decir que el diagnóstico en términos generales deberá de incluir:
- El problema presente, en nuestro caso hablaríamos de la adicción
- Otras necesidades y problemas que puedan presentar las personas y que estén en relación con su desarrollo psicosocial, su estado y/o expectativas de salud y con su funcionamiento familiar
- Los límites que definen a esa persona, su situación en la familia nuclear y extensa, su pertenencia a otros grupos, así como los límites en cada una de esas situaciones
- La integración de los factores biológicos, psicológicos y sociales, es decir, su adecuación o inadecuación entre ellos.
- Status y roles de la persona en los diversos contextos en que se mueve y su adecuación o no a ellos
- La homeostasis o la forma en que una persona reacciona ante el estrés y encuentra un nuevo equilibrio, que no presupone volver a la situación anterior si no que puede implicar cambio y crecimiento;
- La comunicación, que es un elemento fundamental en la interacción entre las personas
- La capacidad de escucha, y comprensión de los demás, reacciones emocionales, bloqueos por exceso de ansiedad, falta de aceptación y afecto y patrones de comunicación disfuncionales.
- Evaluar el ambiente, valorándolo en términos de oportunidades, gratificaciones, obstáculos o frustraciones que produce en la persona de cara al logro de sus objetivos personales.

Haciéndonos eco de lo recogido en el programa de Incorporación personalizado de la Xunta de Galicia (2003) diremos que:

El diagnóstico social es:

1. Un proceso dinámico de estudio, análisis y recogida de los factores significativos para la incorporación social de una persona contando con su autovaloración y motivación
2. Proceso flexible de análisis de investigación aplicada que partiendo, de datos múltiples y confluyentes, pretende describir, identificar, comprender y conocer las potencialidades, intereses o necesidades sobre las que fundamentar la intervención social.

3. Proceso abierto, ya que los cambios que se producen o la aparición de nuevos datos obligan a la reformulación de hipótesis, objetivos y actuaciones.
4. Proceso interfactorial que pretende relacionar la mayoría de los factores implicados en la situación social de una persona, partiendo de su pasado y teniendo en cuenta las perspectivas futuras.

Del mismo modo, siguiendo a Ander-Egg, (1990:58) para realizar un correcto diagnóstico este deberá de comprender los siguientes aspectos:

- Sistematización de la información y datos sobre la situación-problema;
- Se intenta establecer la naturaleza y magnitud de las necesidades y problemas, y la jerarquización de los mismos en función de ciertos criterios ideológicos, políticos y técnicos.
- Comporta así mismo, el conocimiento de los factores más relevantes dentro de la actividad o aspecto que interesa considerar, de las diferentes fuerzas en conflicto y de los factores que actúan de forma favorable, neutra o desfavorable par alcanzar los objetivos o la finalidad propuesta.
- Incluye también, la determinación de recursos e instrumentos disponibles, en función de la resolución de los problemas y/o satisfacción de necesidades o carencias detectadas.

De esta forma para la realización del mismo, podemos utilizar el conocido Diagnostico DAFO (Dificultades- Amenazas- Fortalezas- Oportunidades) el cual nos ayudará de una forma sistematizada a elaborar un correcto diagnóstico.

3. FASE DE INTERVENCIÓN

Es importante tener en cuenta, que el diagnóstico social se realiza para facilitar la planificación de la intervención.

En este sentido, debemos de partir y tener en cuenta que la intervención social que planteamos como trabajadores sociales dentro de las Asociaciones de Alcohólicos Rehabilitados va a estar definida e influenciada por el propio proceso de rehabilitación de la persona adicta.

Así mismo, no debemos olvidar que el eje central de la intervención social va a ser abordada dentro del grupo de rehabilitación y que el grupo es parte integrante del proceso rehabilitador.

Es decir, debemos de adecuar la intervención al momento o fase del tratamiento por el cual esté pasando la persona adicta, siendo conscientes de las necesidades u objetivos que requieren de intervención inmediata o urgente, generalmente hablaríamos de aquellas necesidades de cobertura básica (ej; alojamiento, alimentación, ayudas económicas..), y aquellas necesidades que aun estando presentes en el momento de la elaboración del diagnóstico, es posible que a través de las diferentes fases de la rehabilitación sea la propia persona quién vaya introduciendo los cambios necesarios sin necesidad de una intervención profesional específica.

De esta forma, uno de nuestros objetivos profesionales en las Asociaciones de Alcohólicos Rehabilitados, se debe centrar en observar los cambios que se van produciendo para poder determinar la necesidad de realizar una intervención más específica, que no pueda ser abordada dentro del grupo de rehabilitación.

Así, nos reiteramos en la idea de que la reformulación del diagnóstico, va a ser una constante en nuestra intervención en las asociaciones, puesto que el contacto diario con las personas con las que trabajamos, hace que estemos incluyendo continuamente nuevos datos que modifiquen el primer diagnóstico.

No obstante, seguimos considerando imprescindible la elaboración del diagnóstico social en base a los siguientes **criterios**:

- Cobertura de las necesidades básicas, a través de la coordinación con el resto de recursos del municipio.
- Integración y consideración de los contextos sociales en los que se relaciona la persona, en el propio tratamiento.
- Conocimiento de las formas en las que interfiere la adicción en los diferentes contextos en los que está inmerso la persona.
- Creación de un clima de confianza persona-profesional que sirva como facilitador de ayuda e intermediador entre las personas y las diferentes instituciones u organizaciones.

Por otro lado, debemos de tener presente, como hemos señalado anteriormente, que cada persona que acude a nuestras asociaciones con problemas por el consumo de alcohol u otras sustancias, presentan realidades diversas y perfiles muy diferentes y que nuestra intervención tendrá que adecuarse a la realidad que presente cada persona. Es decir, no podemos pretender que todas las personas tengan o lleguen a un mismo nivel de lo que comúnmente podemos denominar “integración”, sino que, nuestro objetivo se debe de centrar en ofrecer y devolver a las personas sus capacidades y poder de decisión teniendo siempre presente los **principios** de la profesión:

- Autodeterminación
- Individualización
- Respeto
- Empatía
- Justicia
- Aceptación
- Secreto profesional

Los objetivos o planteamientos serán totalmente distintos, pues partimos de que, por supuesto, no todas las personas adictas son susceptibles de cumplir o alcanzar el mismo nivel de

exigencia; entre usuarios de bajo umbral, con un importante deterioro físico y cognitivo o por ejemplo, usuarios con un aceptable soporte familiar, instrumental o que mantienen sus redes sociales de apoyo

De esta forma, es importante señalar, que la intervención que proyectemos debe de estar basada en los acuerdos y planteamientos realizados de manera conjunta y consensuada con la persona adicta, marcada por objetivos terapéuticos y educativos y teniendo presente que, las personas son dueñas de sus problemas y que nuestro objetivo no puede ser solucionarles los mismos, sino facilitarles el camino de su búsqueda a través del empoderamiento y facilitando su autodeterminación. El T. S establecerá pues una “relación de ayuda”

El fin es hacer que la persona se sienta participe y se vaya implicando en las diferentes etapas del proceso siendo protagonista de su desarrollo y evolución personal y social, modificando su realidad y el contexto más inmediato.

4. EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

El método de trabajo social, incluye la fase de evaluación dentro de su proceso, de esta forma, la valoración de nuestras intervenciones se va a realizar de forma continua y permanente, puesto que como hemos comentado anteriormente, la intervención social va estar en continuo cambio.

A este respecto, diremos que los objetivos serían:

- Revisar a través de las entrevistas de seguimiento, los acuerdos y los resultados logrados en relación con los problemas principales y los objetivos planteados.
- Planificar el seguimiento, así como la reflexión de lo que ha significado el proceso de intervención, desde la perspectiva de la experiencia personal tanto para la persona como para la o el trabajador social.

5. ACTUACIONES DEL TRABAJO SOCIAL EN FUNCIÓN DE LAS DISTINTAS AREAS. LA ASOCIACIÓN COMO RECURSO PROPIO - RECURSOS COMUNITARIOS:

En nuestra intervención como T. Sociales de un recurso específico, es imprescindible trabajar en continua coordinación con el resto de entidades y servicios del sistema de Servicios Sociales, entre otros.

Así mismo, será necesario conocer los recursos y servicios de carácter público y/o privado con los que contamos dentro de nuestra comunidad, barrio o localidad, así como los recursos internos que nos proporciona la misma Asociación o Grupo.

Es esencial conocer el perfil de la comunidad y confeccionar lo que denominamos el **Mapa de Recursos**, para poder proceder a su utilización y aplicación. Del mismo modo este instrumento nos ofrecerá la posibilidad de poder detectar necesidades y/o carencias comunitarias, planificar actividades, etc...

Será esencial conocer:

- Modo de acceso, requisitos y características, equipo profesional, titularidad...
- Contenido del recurso: actividades, programación, horarios...
- Canales de coordinación y contacto.

De esta forma, como parte de nuestra labor en las Asociaciones de Alcohólicos/as Rehabilitados, hablaríamos de:

- Ofrecer información al usuario o usuaria y sus familias sobre los recursos especializados para su orientación y asesoramiento en cada una de los ámbitos mencionados
- Coordinación con los recursos y profesionales externos que puedan estar implicados en cada una de las áreas mencionadas (Servicios Sociales Municipales, Servicios Jurídicos, Servicios de Empleo, Redes asociativas....)

Así de este modo, en función de los diferentes ámbitos de la persona, de su contexto e incluso de la comunidad, contaremos con unos recursos u otros.

A continuación expondremos un esquema en el que proponemos dos vertientes de recursos:

A.- Recursos propios o promovidos desde las Asociaciones

B.- Recursos externos o comunitarios

ÁMBITO	ASOCIACIÓN	RECURSO EXTERNO
Individual	Grupos Informativos	
Familiar	Grupo de ayuda-mutua	
Formativo- Laboral	Proyectos: <ul style="list-style-type: none"> - Adquisición de habilidades y destrezas para la búsqueda activa de empleo - Competencias socio-profesionales - Inclusión y normalización laboral 	Servicios Sociales: <ul style="list-style-type: none"> - Servicios de reinserción - Programas formativos y de capacitación - Recursos prelaborales Servicio Público de Empleo - Cursos de Formación Servicios Educativos - Escuelas de Adultos - Formación reglada
Económico	Derivación y coordinación con los recursos pertinentes en esta materia (Servicios Sociales de Base, seguridad social, SEPE, Servicio Público de Empleo...)	Unidades de Trabajo Social Municipales: <ul style="list-style-type: none"> - Prestaciones sociales - Rentas de Inserción social Seguridad Social: <ul style="list-style-type: none"> - Prestaciones Servicio Público de Empleo - Prestaciones desempleo

Vivienda	Derivación y coordinación con los recursos de la comunidad	<ul style="list-style-type: none"> - Servicios Sociales de Base - Institutos públicos de Vivienda - Cáritas, Albergue... - Pisos tutelados - Centro de encuentro y acogida - Residencias públicas y privadas
Salud	Grupo de terapia Proyecto de actividades de promoción de la salud y mejora de calidad de vida	Servicio Público de Salud Servicios privados de Salud Mutuas de trabajo
Situación jurídico legal	Seguimiento de los procesos pendientes Información a la persona adicta y familia sobre los recursos especializados Coordinación con instituciones penitenciarias	<ul style="list-style-type: none"> - Asociaciones de ayuda al preso - Unidades de Valoración de ayuda legal - Servicios Sociales - Servicios Jurídicos - Servicios Penitenciarios
Comunitario, relacional y de socialización 2	<ul style="list-style-type: none"> - Campañas comunitarias de sensibilización y concienciación social - Actividades preventivas, de divulgación social, de reivindicación de mejoras y necesidades. - Proyectos de carácter lúdico, recreativo, deportivo, difusión cultural y sociocomunitario. - Proyectos de planificación del ocio y tiempo libre - Comisión: Grupo de Voluntariado - Agentes de Salud 	<ul style="list-style-type: none"> - Voluntariado y participación social, actividades socio comunitarias del barrio - Programas de ocio y tiempo libre alternativo comunitarios - Asociacionismo: actividades deportivas, culturales, sociales,...
Recursos personales y psicológicos	Proyecto: <ul style="list-style-type: none"> - Habilidades sociales - Habilidades y competencias para la vida cotidiana - Grupo de terapia - Terapia de pareja - Terapia familiar 	

2. Consideramos el trabajo en este ámbito de especial relevancia, donde se desarrollarán acciones por parte del o la profesional de Trabajo social y la asociación cuyos objetivos estratégicos serán:

- Movilización de recursos de la comunidad
- Planificación de acciones sociocomunitarias, de sensibilización, de voluntariado.
- La interacción de la asociación con el medio para que ésta se integre en la red de servicios comunitarios

6. DIFERENTES ASPECTOS DE LA INTERVENCIÓN SOCIAL CUBIERTOS DENTRO DE LOS GRUPOS

Creemos importante desarrollar este capítulo puesto que desde el conocimiento y la experiencia de los diferentes profesionales que trabajamos en asociaciones de Alcohólicos Rehabilitados, debemos reconocer el papel que tienen los grupos en la consecución de muchos de los objetivos marcados en la intervención social.

A este respecto, podemos decir, que el grupo sería una de las oportunidades y fortalezas (como miembro partícipe) con las que cuentan las personas adictas con las que intervenimos. Así mismo, sería el recurso por excelencia para abordar varios aspectos de la vida de las personas que se han visto afectados como consecuencia de la adicción.

De esta forma, aunque es necesario realizar diagnósticos individuales, no podemos ni debemos obviar que la intervención en varias de las áreas de la persona va a estar orientada en acciones grupales, siendo el trabajo en grupo la esencia y razón de ser de las asociaciones de Alcohólicos Rehabilitados.

Del mismo modo, debemos de ser conscientes de que los procesos de cambio que van a ir experimentando las personas dentro de su proceso de rehabilitación va a ser lo que marque la evolución de la propia intervención social.

Por último, somos conscientes de la confusión que a veces la terminología crea, en cuanto utilizamos expresiones como: reinserción, reincorporación o integración de la persona alcohólica. Se opina que no todo drogodependiente necesita ser reinsertado *“un importante número de dispositivos considera que no todo drogodependiente debe pasar por un recurso o programa de integración, ya que hay drogodependientes que tienen un estilo de vida normalizado y, por tanto, no requieren ningún tipo de intervención a este nivel (Jiménez, Comas y Carrón, 1995)*

Lo que sí conocemos en la actualidad y no debemos obviar es que las Asociaciones o Grupos de Alcohólicos Rehabilitados pueden ofrecer una óptima ayuda para las personas que “integradas o no socialmente” tengan problemas con el alcohol y alcanzar como individuos, como grupo y como comunidad, lo que ellos mismos muchas veces definen como:

“SENTIRSE DE NUEVO FUNCIONANDO EN LA VIDA”

“VOLVER A SER PERSONA”

7. DOCUMENTOS UTILIZADOS EN TRABAJO SOCIAL

7.1 HISTORIA SOCIAL

Es uno de los documentos más importantes para el trabajo social, así como uno de los primeros utilizados en el ejercicio profesional.

La historia social o cronológica es “un documento en el que se recogen los datos de forma diacrónica o histórica de la situación de la unidad de análisis (persona-entorno)”. (VV.AA, 1990:63)

“Es el documento en el que se registran exhaustivamente los datos personales, familiares, sanitarios, de vivienda, económicos, laborales, educativos, de la situación sociofamiliar de un usuario, la demanda, el diagnóstico y subsiguiente intervención y la evolución de la situación” (Colom MASfret, 2005:81)

De esta forma, en las Asociaciones de Alcohólicos/as Rehabilitados/as, la Historia Social es el documento de mayor utilización donde se recoge de forma global la información facilitada por la persona, dadas las características de la intervención anteriormente señaladas.

Según el manual “Métodos, Técnicas y Documentos utilizados en Trabajo Social de la Universidad de Deusto” (Guinot et al, 2009), “la historia social es un instrumento vivo y por lo tanto abierto al proceso de trabajo por lo que se debe actualizar periódicamente. En esta medida lo conforman el conjunto de documentos varios que contienen, total o parcialmente, datos e información sobre la evolución social de la persona y/o su núcleo de convivencia, red social, esto es:

- Documentos personales utilizados en el proceso de diagnóstico social
- Certificados de cualquier tipo
- Dictámenes de otros profesionales
- Escalas aplicadas para determinar la necesidad diagnóstica
- Solicitudes de soporte y recursos
- Informes sociales internos y externos
- Hojas de seguimiento
- Otros (Ficha relacional, Genograma, Ecomapa, Registros de entrevistas...)

De esta forma, no se trata solo de una mera recogida de datos sistematizados, es el lugar donde se pueden incluir las expresiones utilizadas por las personas en sus narraciones, siendo esto lo que diferencia de otros documentos, se muestra la relación entre la información y las vivencias de las personas.

7.2 FICHA SOCIAL

Es el soporte documental e Instrumento de trabajo en el que registraremos la información en forma susceptible de ser ordenada, entresacada y almacenada. Se trata de la parte común sistematizable y cuantificable de la Historia Social.

Comprenderá

- Datos del usuario, constituye la ficha de identificación
- Datos sociodemográficos
- Datos del hábitat
- Datos de la Intervención social: datos individualizados de cada miembro de la unidad de análisis que presenten algún problema y que sea objeto de intervención por parte del Trabajador Social.

7.3 INFORME SOCIAL

Síntesis explicativa como resultado del estudio, valoración y dictamen que incluirá una interpretación y valoración profesional y las acciones encaminadas a la resolución de las necesidades o situaciones problema.

Objetivos:

- Información de la existencia y características de una situación social concreta con el propósito de paliarla o modificarla
- Obtener y/o promover recursos
- Facilitar información a otros recursos.

En el Anexo I mostramos un ejemplo de posible modelo de Informe Social.

7.4 ESCALAS DE VALORACIÓN SOCIAL:

Instrumento validado estadísticamente que contribuye a la elaboración de un diagnóstico social ayudando a identificar situaciones sociales y/o cuantificando los que ya se había identificado previamente. Procuran una valoración sistematizada de las áreas que resultan de mayor interés y transcendencia a la hora de establecer las bases de la intervención familiar. (Guinot et al, 2009)

ESCALA DE GIJÓN/ ESCALA DE VALORACIÓN SOCIO-FAMILIAR

Escuela de Estudios en Ciencias Sociales. Escala de Valoración Socio-Familiar. Gijón 1995.

A) Situación familiar

1. Vive con la familia, sin dependencia física/psíquica
2. Vive con cónyuge de edad familiar
3. Vive con familia y/o cónyuge y presenta algún grado de dependencia
4. Vive solo y tiene hijos próximos
5. Vive solo y carece de hijos o viven alejados

B) Situación económica

1. Más de 1,5 veces el salario mínimo
2. Desde el 1,5 veces el salario mínimo hasta el salario mínimo inclusive
3. Desde el salario mínimo a pensión mínima contributiva
4. L. I. S. M. I - F.A.S - P. N. C.
5. Sin ingresos o inferiores al apartado anterior

C) Vivienda

1. Adecuada a necesidades
2. Barreras arquitectónicas en la vivienda, o portal de casa
3. Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado
4. Ausencia de ascensor, teléfono
5. Vivienda inadecuada (chabolas, declarada en ruinas, ausencia de equipamientos mínimos)

D) Relaciones Sociales

1. Relaciones sociales
2. Relación social solo con familia y vecinos
3. Relación social solo con familia o vecinos
4. No sale del domicilio, recibe familia
5. No sale y no recibe visitas

E) Apoyos de la red social

1. Con apoyo familiar o vecinal
2. Voluntariado social, ayuda domiciliaria
3. No tiene apoyo
4. Pendiente de ingreso en residencia geriátrica
5. Tiene cuidados permanentes

Observaciones:

Puntuación:

- De 5/9: buena/aceptable situación social
- De 10/14: existe riesgo social
- Más de 15: problema social

ANEXO I**MODELO DE INFORME SOCIAL INDIVIDUAL**

“Propuesta sobre el contenido del informe social del Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales (1985)”

Institución

Informe emitido por

Fecha

Solicitado por

Dirigido a

Motivo del informe

1. Datos de identificación del sujeto/s

1.2 Nombre y apellidos

1.3 Domicilio

1.4 Fecha y lugar de nacimiento

1.5 Sexo

1.6 Estado Civil

1.7 Nacionalidad

1.8 DNI Pasaporte

1.9 Ocupación

1.10 Profesión

2. Características del núcleo familiar

2.1 Composición del núcleo de convivencia

2.1.1 Datos de identificación del núcleo familiar

2.1.2 Nombre y apellidos

- 2.1.3 Vínculo parental o relacional
- 2.1.4 Fecha de nacimiento
- 2.1.5 Profesión
- 2.1.6 Ocupación
- 2.2 Historia familiar. Secuencias cronológicas determinantes en la evolución individual y familiar
- 2.3 Relaciones familiares
- 2.4 Situación socio-económica
 - 2.4.1 Ingresos familiares netos
 - 2.4.2 Renta per cápita
 - 2.4.3 Fuentes de ingreso
 - 2.4.4 Gastos fijos mensuales
 - 2.4.5 Gastos extraordinarios
- 2.5 Datos sobre la salud del grupo de convivencia
- 3. Características del entorno social
- 4. Ubicación del núcleo de convivencia
 - 4.1 Vivienda
 - 4.1.1 Régimen de tenencia o uso
 - 4.1.2 Tipo de vivienda
 - 4.1.3 Condiciones de habitabilidad
 - 4.2 Características generales del barrio o zona
 - 4.2.1 Tipo de barrio o zona
 - 4.2.2 Equipamiento y Servicio
 - 4.2.3 Asociacionismo
- 5. Relaciones sociales y vecinales:
 - 5.1 Referencia histórica de la evolución del proceso de socialización individual y/o familiar
 - 5.2 Relaciones sociales actuales con el entorno
- 6. Interpretación y valoración de la situación
 - 6.1 Síntesis de los datos más significativos y análisis de la incidencia de estos sobre la situación descrita
 - 6.2 Dictamen profesional. Opinión o juicio que se emite sobre la situación y sobre los recursos necesarios para la prevención y/o modificación de la cuestión planteada.

BIBLIOGRAFÍA:

Adicciones 1990 – Vol. 2. nº 3 *Evaluación soporte social en pacientes alcohólicos.*

Aguilar, I; Del Río, L.; Pedrero, E. (1995) *El Educador Social y las drogodependencias*. Madrid: GID Grupo Interdisciplinar sobre drogas.

Barrera Algarín E. (2005) *Metodología del Trabajo Social*. Sevilla: Aconcagua libros.

Bombin Minguez, B. (1988) *Estrategias, recursos y programas en el tratamiento del alcoholismo*. Ponencia XVI Jorns. Nacs. Socidrogalcohol. Libro de Actas, tomo II, pag. 309-340. Valladolid

Cuevas Badenes, J. y Sanchís Fortea, M. (2000). *Tratado de Alcoholología*. Valencia: DuPont Pharma

Fernández García, T; Alemán Bracho, C (Coords.) (2005). *Introducción al Trabajo Social*. Madrid. Ciencias Sociales. Alianza Editorial.

Font i Rodon, J.; Vila-Abadal, J; Bassols, R.; Freixa, F; Funes i Artiaga, J.; Homs, O.; Magrí, N.; Marine, A. y Romaní, O. (1987). *La Drogaaddicció: on som? Contribució a un Estudi Interdisciplinari*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de la Presidència. Direcció General de Juventud.

Freixa, F. y Soler Insa, P. (eds) (1986) *Toxicomanias. Un enfoque multidisciplinario*. Barcelona: Martínez Roca.

García Rodríguez J.A.; López Sánchez, C. (coords) (2001) *Manual de estudios sobre alcohol*. Instituto de Investigassem de drogodependencias INID. Universidad Miguel Hernández.

Gual, A. (ed); Pascual, F.; Torres, M. y Calafat, A. (ed) (2002) *Monografía Alcohol. Adicciones. Vol. 14, suplemento 1*. Valencia: Socidrogalcohol.

Guardia Serecigni, J.(coord.); Jiménez Arriero, M.A.; Pascual Pastor, F.; Flórez Menéndez, G. y Contel Guillamont, M. (2007). *Guía Clínica para el tratamiento del alcoholismo*. Valencia: Socidrogalcohol.

Guinot Cinta (Coord) (2009) *Métodos, Técnicas y documentos utilizados en Trabajo Social*. Bilbao: Deusto publicaciones.

Libro de ponencias XVII Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol.(1989) Valencia :Diputación Provincial de Valencia. Área de Salud Pública.

Merino Sánchez, J. (2003) *Una aproximación Multidisciplinaria a las drogodependencias. Torreveja*: Universitat Miguel Hernández. Ayuntamiento de Torreveja.

Pascual Pastor, F.S. (2004). *Historia del alcohol y el alcoholismo*. Valencia: Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana.

Rodríguez Álvarez, M. (2007) *La integración socio-laboral de drogodependientes. Premisas de intervención*. Salud y Drogas, Instituto de Investigación de Drogodependencias. Alicante, España. Redalyc Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal. año/vol 7. (001). Pp:187-203

Soler Insa, P.; Freixa, F.; Reina Galán, F. (1988). *Trastorno por dependencia del alcohol. Conceptos actuales*. Madrid: Delagrangue.

Torres Hernández, M.A. (coord); Santodomingo Carrasco; J.; Pascual Pastor, F.; Freixa Santfeliu, F. y Álvarez Vara, C. (2009). *Historia de las adicciones en la España Contemporánea*. Madrid: Socidrogalcohol.

Consellería de Sanidade (2003). *Programa de incorporación personalizado*. Colección Drogodependencias nº 30. Xunta de Galicia..

Zamanillo, T. (1999). *Apuntes sobre el Objeto en Trabajo Social*. Cuadernos de Trabajo Social, 12, 13-22.

Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid. (1998) *Manual de Drogodependencias*. Madrid: Consejería de Sanidad y Servicios Sociales.

McCrary, B; Rodríguez Villarino, R. y Otero-López, J.M.(1998). *Los problemas de la bebida: un sistema de tratamiento paso a paso*. Madrid: Ediciones Pirámide.

II Jornadas sobre Drogodependencias. (1996) Universidad Politécnica de Valencia. Dpto. de Ingeniería Mecánica y de materiales. Centro de formación de Postgrado. Valencia: Servicio de publicaciones de la Universidad.

Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (2007). *Informe sobre Alcohol*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General de Sanidad Delegación del Gobierno para el Plan nacional sobre Drogas.

Nacional Institute on Drug Abuse.(Impreso 2011. Actualización 2010) *Principios de tratamientos para la drogadicción: Una guía basada en las investigaciones*.

Bobes, J.; Casas, M. y Gutiérrez, M (2002) *Manual de evolución y tratamiento de las drogodependencias*. Barcelona: Ars Médica.

Grup Igja y colaboradores. Díaz, M. y Romani, O. (coords).(2000). *Contextos, sujetos y drogas: un manual sobre drogodependencias*. Barcelona: Fundación de Ayuda a la drogadicción FAD y Ajuntament de Barcelona.

7. Anexo

Trabajo Social con grupos en las Asociaciones de Alcohólicos Rehabilitados

Angélica Pastor (A.R.PA.), Asunción Bombín (A.V.A.R.), M^a Teresa Martín (G.E.A.R.A.), María Moya (A.R.SA.) y Marta Prieto y Victoria Álvarez (A.R.LE.)

El trabajador social en la terapia de grupo, representa la parte objetiva del grupo, facilitadora de información veraz, objetiva acerca de la enfermedad alcohólica (tarea de consulta).

Las **funciones** principales que representa dentro del grupo terapéutico, entre otras, son las siguientes:

- Interpretación de lo que sucede en la terapia con el fin de devolverlo al grupo para su análisis y reflexión (favorecer el feed-back).
- Detectar mecanismos grupales de evitación de la tarea motivo focal del grupo.
- Detectar posibles distorsiones del trabajo del grupo.
- Identificación de roles.
- Verbalización de lo que se trata de decir de forma indirecta o a través de comunicaciones no verbales.
- Interpretación de silencios.
- Observación directa (consumos, incomodidad, agresividad...).
- Favorecer la cohesión grupal, el compromiso y los mecanismos necesarios para una mayor autonomía.

Durante las fases en las que se lleva a cabo el programa terapéutico el papel del trabajador social varía pasando de ser más intervencionista y directivo en las primeras fases y menos en las últimas. Esta intervención que se da en mayor o menor grado, como se ha indicado, se alterna en función de las necesidades que se observan en el grupo.

Para contemplar el papel que desempeña un terapeuta, en este caso un trabajador social, dentro de un grupo de terapia, hay que señalar cuáles son los elementos esenciales para que un grupo funcione ya que, el terapeuta es la figura que, a través de sus habilidades, favorecerá la aparición o clarificación de dichos elementos, que son los siguientes:

Los objetivos, como motor que permite al grupo caminar hacia el cambio deseado.

La cohesión, entendida como la “tendencia a mantenerse unidos y de acuerdo” como condición necesaria para la eficacia del trabajo grupal y la satisfacción de las necesidades afectivas de sus miembros.

Las normas, como acuerdos implícitos o explícitos sobre los comportamientos o actuaciones que deben de mantener los miembros del grupo. Se replantean en función de las necesidades del grupo. (1)

Desarrollo de técnicas de socialización ya que el desarrollo de habilidades sociales básicas, opera en el grupo. (2)

Comunicación: El trabajador en su rol de dinamizador, debe facilitar la comunicación entre los miembros del grupo y lograr que sea clara, funcional y permanente.

Universalidad: los miembros del grupo experimentan una gran sensación de alivio cuando descubren que no son los únicos y que otros miembros comparten esos mismos dilemas.

Impartición de Información: el terapeuta puede facilitar instrucciones didácticas a los participantes acerca del funcionamiento grupal.

Conducta imitativa: miembros del grupo que se benefician de la observación durante la terapia de otro participante (Aprendizaje Vicario).

Catarsis: factor terapéutico de gran valor durante las sesiones que consiste en la liberación de las emociones.

Aprendizaje interpersonal: El grupo reúne a un número de sujetos diferentes, ofreciendo a cada miembro un conjunto de interacciones interpersonales; estas relaciones son las que ofrecen al terapeuta el arma para el cambio. El grupo se convierte en un macrocosmos social a medida que sus miembros manifiestan su problema, y en el que el feed-back permite que los miembros se identifiquen y cambien su conducta interpersonal. (3)

Las **habilidades del trabajador social** para favorecer la presencia de estos elementos en el grupo son:

- Respetar los tiempos señalados.
- Reconducir la sesión en caso de que se desvíe el objetivo.
- Evitar que haya partes que monopolicen la sesión.
- Utilizar adecuadamente las preguntas y técnicas grupales.
- Ayudar a crear una atmosfera psicológica positiva mediante un clima de acogida, aceptación y atención a cada uno de los miembros.
- Facilitar el apoyo personal.
- Sacar a flote los problemas inconscientes que tiene el grupo, ayudándoles a identificarlos y planificar estrategias de resolución.
- Evaluar y ayudar a grupo a autoevaluarse.

En base a lo anteriormente citado, la labor que los trabajadores sociales desarrollan en las Asociaciones de Alcohólicos Rehabilitados, tiene unos **finés muy concretos** que detallamos a continuación:

- Rehabilitación y reinserción de los enfermos alcohólicos, así como servir de apoyo a sus familiares.
- Mantener la abstinencia, mediante el cumplimiento del programa, colaborando en la recuperación de su estabilidad emocional y reactivación personal, con un correcto

enfoque del problema, superando su dependencia, que le lleve a una recuperación del equilibrio familiar, social y laboral, utilizando y colaborando con todos los recursos socio-sanitarios existentes.

- Ayudar a todos los enfermos para que su rehabilitación sea definitiva, mediante la educación para la salud.
- Utilizar todos los medios, para potenciar y elevar su formación cultural, moral y social.
- Pretendemos que el tratamiento de la dependencia alcohólica sea un tratamiento bio-psico-social, dando así una respuesta integral a esta enfermedad.

Como complemento al tratamiento médico que el enfermo alcohólico necesita, consideramos las terapias de grupo como el instrumento fundamental para lograr la rehabilitación.

Los **objetivos** que se persiguen en estas terapias son los siguientes:

- Crear conciencia clara de que el alcohólico es un enfermo y no un vicioso. Información/comprensión de lo que supone la enfermedad.
- Potenciar la capacidad de resolución de problemas en relación con su abstinencia, al vivir en una sociedad consumista de alcohol.
- Enseñar al enfermo a ser sincero consigo mismo, abandonando las actitudes justificativas tan frecuentes mientras bebía.
- Trabajar habilidades de afrontamiento, alternativas al consumo de alcohol.
- Lograr la percepción de autocontrol o expectativas de ser capaz de solucionar con éxito sucesivas situaciones de alto riesgo a medida que aparecen.
- Transmitir la importancia que tiene la figura del alcohólico rehabilitado como agente de salud en la sociedad.
- Servir de apoyo psicosocial al enfermo en rehabilitación que participe en estas reuniones.

Antes de intervenir en un grupo, los trabajadores sociales debemos tener muy claro:

- Características terapéuticas del grupo.
- Desarrollo del grupo.
- Procedimientos de intervención grupal.
- Contenidos terapéuticos.
- Dificultades que surgen.
- Contenidos de las terapias:
 1. Modelo conceptual de aprendizaje.

2. Cadena de conductas.
3. Errores cognitivos.
4. Ideas irracionales.
5. Efecto de violación de la abstinencia.
6. Entrenamiento en resolución de problemas.
7. Entrenamiento en relajación.
8. Aserción.
9. Estrés mental y emocional.
10. Relaciones sociales y codependencia.
11. Presiones sociales y culturales.
12. Recaída: factores de riesgo.
13. Entrenamiento en habilidades sociales:
 - 13.1 Habilidades sociales primarias:
 - 13.1.1 Escuchar
 - 13.1.2 Iniciar una conversación
 - 13.1.3 Mantener una conversación
 - 13.1.4 Formular una pregunta
 - 13.1.5 Dar las "gracias"
 - 13.1.6 Presentarse
 - 13.1.7 Presentar a otras personas
 - 13.1.8 Hacer un cumplido
 - 13.2 Habilidades sociales avanzadas:
 - 13.2.1 Pedir ayuda
 - 13.2.2 Participar
 - 13.2.3 Dar instrucciones
 - 13.2.4 Seguir instrucciones
 - 13.2.5 Disculparse
 - 13.2.6 Convencer a los demás
 - 13.3 Habilidades sociales relacionadas con los sentimientos:
 - 13.3.1 Conocer los propios sentimientos
 - 13.3.2 Expresar los sentimientos

13.3.3 Comprender los sentimientos de los demás

13.3.4 Enfrentarse con el enojo del otro

13.3.5 Expresar afecto

13.3.6 Resolver el miedo

13.3.7 Auto-recompensa

13.4 Habilidades sociales alternativas a la agresión:

13.4.1 Pedir permiso

13.4.2 Compartir algo

13.4.3 Ayudar a los demás

13.4.4 Negociar

13.4.5 Empezar el autocontrol

13.4.6 Defender los propios derechos

13.4.7 Responder a las bromas

13.4.8 Evitar los problemas con los demás

13.4.9 No entrar en peleas

Todos estos temas se trabajan de manera estructurada y dentro de un plan de acción dentro del programa de rehabilitación; si bien es cierto que, ante las necesidades que surgen cada día en el grupo, puedan proponerse los temas a tratar.

En las distintas asociaciones, y por sus características idiosincrásicas, se ha ido sistematizando todo el trabajo y se han ido incorporando nuevas técnicas y nuevas formas de trabajar en grupo, así como grupos específicos según el profesional ha visto conveniente:

- Grupos de enfermos.
- Grupo de familiares.
- Grupo de iniciados.
- Grupo mixtos (enfermos y familiares).

Se trabaja de manera continua con los familiares en distintas terapias semanales. Incluso aunque el enfermo no se incorpore, el familiar puede participar con el fin de orientarle y pautarle normas de comportamiento.

En las **terapias con los familiares** se trabajan los siguientes objetivos:

- Favorecer la reflexión de la familia sobre su papel en el proceso de rehabilitación del enfermo alcohólico y sobre el suyo propio.

- Fomentar el intercambio de opiniones, puntos de vista, experiencias, en un clima abierto y distendido.
- Propiciar el diálogo en la pareja y en la familia, que ha estado ausente durante muchos años.
- Crear el ambiente necesario para que la familia pueda apoyar al enfermo en sus avances y retrocesos.
- Prevención de los comportamientos destructivos que se pueden tener desde la familia.

Al mismo tiempo, se produce un seguimiento personalizado de cada uno de los enfermos, así como del familiar o familiares que lo acompañan.

En todo este proceso, consideramos fundamental la participación de los familiares puesto que, además de necesitar atención psicológica en muchos casos (por lo que se le deriva al recurso correspondiente); es principal que aprendan a tratar al enfermo, a conocer la enfermedad, así como cada una de las fases por las que pasa éste en su tratamiento.

Técnicas que se realizan en los grupos:

- Grupo de discusión.
- Rol playing.
- Brainstorming.
- Cine fórum.
- Trabajo en grupos pequeños y posterior puesta en común.

Además de las terapias de grupo, se realizan otro tipo de actividades que propician la mejora integral en el individuo (abordaje bio-psico-social).

No sólo se les deriva a otros recursos según las necesidades que presenten, sino que además se propician trabajos de desarrollo personal en la propia asociación.

- Taller de informática.
- Taller de manualidades (escayola, cerámica, pintura).
- Taller de teatro.
- Revista del centro.
- Concurso de puzzles.
- Yoga.
- Salidas culturales.
- Excursiones al campo o a la playa.

Seguimiento: El seguimiento que se realiza con los enfermos es individualizado y familiar.

Evaluación: La evaluación se realiza elaborando informes y hojas de seguimiento de cada paciente.

Bibliografía

(1) TSCHORNE, P. "Dinámica de Grupo en Trabajo Social, Atención Primaria y Salud y Salud Comunitaria". Ed. Amarú. Salamanca. 1997.

(2) VV.AA: "Proyecto Chiniques: Intervención Psicoeducativa comunitaria". S/C. Tenerife. 2003.

(3) VV.AA: "Proyecto Chiniques: Intervención Psicoeducativa comunitaria". S/C. Tenerife. 2003.

