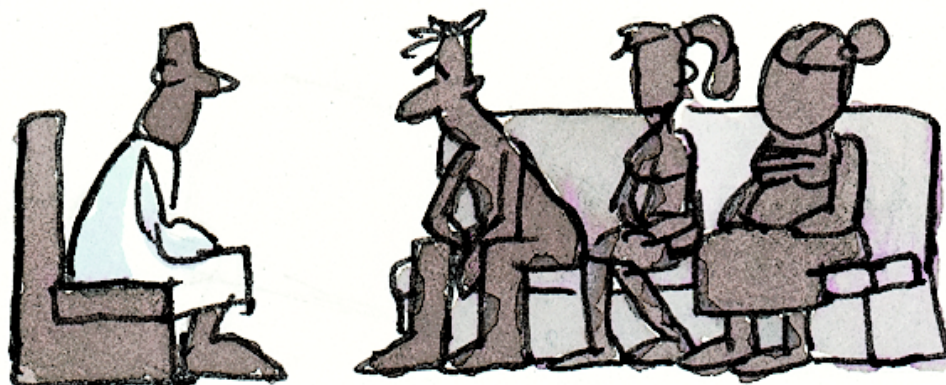




PROGRAMA DE INTERVENCIÓN FAMILIAR

FUNDACIÓN INSTITUTO SPIRAL



Índice

1. APUNTES PREVIOS AL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN FAMILIAR.....	3
2. INTRODUCCIÓN AL ABORDAJE FAMILIAR DE LAS ADICCIONES	3
3. LAS ÁREAS BÁSICAS Y LA TERAPIA FAMILIAR.....	5
4. CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN FAMILIAR.....	6
5. PRINCIPIOS QUE ORIENTAN EL PROGRAMA DE TERAPIA FAMILIAR	7
6. OBJETIVOS GENERALES DEL PROGRAMA DE TERAPIA FAMILIAR.....	8
7. PLANOS DE INTERVENCIÓN.....	9

1. APUNTES PREVIOS AL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN FAMILIAR

Teniendo en cuenta la naturaleza del convenio establecido entre el Ayuntamiento de Madrid e Instituto Spiral y las necesidades que se derivan del mismo, especialmente el hecho de que los pacientes remitidos a los centros residenciales de Spiral regresan a sus CAD de referencia para continuar el proceso de recuperación cuando finaliza su estancia en los mismos, la intervención familiar que se lleva a cabo durante este tiempo se circunscribe a los contactos telefónicos reglados entre familia y equipo terapéutico, a las entrevistas que se puedan mantener con los familiares de sujetos en tratamiento con motivo de las visitas o salidas de prueba que éstos realicen y al abordaje de las cuestiones familiares de relieve desde la perspectiva del propio paciente por medio de la terapia individual y de las actividades psicoterapéuticas grupales incluidas en la dinámica asistencial de los centros.

El resto de vertientes que incluye el abordaje familiar de las adicciones (terapia de grupo para familiares, intervención familiar en su sentido más clásico, apoyo individual a familiares, medidas complementarias, etc.) compete al CAD de referencia del sujeto en tratamiento y así se considera en el presente programa, añadiendo finalmente que – gracias al esfuerzo de coordinación entre entidades – no se producen saltos o vacíos asistenciales a este respecto y que los resultados globales vienen siendo satisfactorios.

2. INTRODUCCIÓN AL ABORDAJE FAMILIAR DE LAS ADICCIONES

En un intento de superar la crisis de los modelos médicos clásicos basados en la disimetría terapeuta - paciente frente a una realidad tan desbordante y amalgamada como la de los fenómenos adictivos, se “descubrió” algo tan obvio (y esto dicho no peyorativamente, pues lo obvio a veces es

complicado de captar) como es que la familia posee un papel central tanto en las dinámicas patológicas que causan, mantienen o son consecuencia de tales fenómenos como en sus posibles soluciones.

Debido a ello, desde hace algunos años se considera a la intervención familiar como uno de los factores que más contribuye al éxito de los procesos terapéuticos en adicciones. No obstante, esto no fue siempre así pues la mayor o menor rigidez con que se han venido defendiendo ciertos paradigmas clínicos de corte individual lograron que en muchos casos o bien la familia del adicto se presentase ante los ojos de los profesionales como saboteadores de los esfuerzos que realizaban para ayudar a sus pacientes o bien aparecieran como depositarios de la culpa de los problemas que éstos sufrían.

Paradójicamente, el reconocimiento de la importancia de la familia llegó a convertirse en otro problema si cabe mayor que el no hacerlo pues, como suele ser recurrente en salud mental, la parte se transformó en el todo y lo familiar se constituyó en único campo de interés y de intervención para algunos profesionales. Otro error del que también hubo que aprender mediante fracasos, puesto que lo interpersonal no suplanta totalmente a lo intrapersonal y no hay suma sin al menos dos factores, por mucho que el resultado de la misma sea algo cuantitativa y cualitativamente distinto a los elementos que la producen.

Un apunte final sobre las familias de adictos: los términos “familia” y “adicción” en ocasiones pueden llegar a parecer sinónimos y en otras todo lo contrario en el trabajo clínico y terapéutico, pues las patologías relacionales que acompañan a las adicciones tienen mucho de histórico y de contemporáneo tanto familiar como individual. Nos parece crucial obtener una perspectiva global de las complejas relaciones que se establecen entre estos elementos y, debido a ello, creemos que esta tarea resultará difícil para cualquier terapeuta que no sea capaz de cambiar de una mentalidad más lineal a otra de perspectiva más amplia y abierta.

3. LAS ÁREAS BÁSICAS Y LA TERAPIA FAMILIAR

Las **Áreas Básicas** son aquellos trastornos psicopatológicos nucleares sufridos por el adicto que mejor cualifican y diferencian a las adicciones de otros cuadros patológicos (C. Sirvent, 1991)

Nuestra labor clínica nos señala que la simetría adicto – familia es motivo fundamental que justifica la sinergia entre tratamiento individual y familiar. Para comprender mejor este principio, tenemos que detenernos ahora en una explicación más detallada de las *Áreas Básicas*, que son cuatro: Desvitalización, Dependencia, Descontrol y Mistificación (C. Sirvent, 1991).

Si analizamos cada uno de los conceptos propuestos como *Áreas Básicas* desde la óptica familiar, tenemos que también la familia vive en el mundo irreal de la adicción (**Mistificación**) que, bien por ignorancia, bien por tácita negación o bien por otros fenómenos distintos, dificulta el afrontamiento objetivo del trastorno y alejan las soluciones. El terapeuta tiene que hacer frente a esta circunstancia con serenidad, firmeza y respeto, ya que la reconstrucción de una realidad más funcional y adaptativa es una ardua tarea que supone tiempo, esfuerzo y dedicación. Para ello, no obstante, resulta imprescindible que la familia confíe y coopere con el equipo técnico que la atiende a fin de sortear aquellos vaivenes afectivos a que, sin duda, la someterá el proceso de rehabilitación y que la obligarán a cuestionar y romper la interdependencia que en mayor o menor grado mantiene con el adicto (**Dependencia**).

Como ya se ha señalado, el tratamiento no sólo supone un ejercicio de reflexión y de análisis guiados por el terapeuta, también posee una vertiente eminentemente práctica que se concretiza en las tareas a desarrollar por la familia. Estas tareas se basan normalmente en actuaciones que el equipo prescribe, pautas específicas que enuncian una serie de normas y de conductas frente a circunstancias previsibles o reacciones esperadas y conocidas gracias a

la experiencia y compromisos que implican el predominio del raciocinio (C. *Sirvent*, 1991) y la búsqueda de resultados sobre el impulso afectivo descontrolado y el subjetivismo a ultranza (**Descontrol**).

Pero, como es lógico, para soportar todo lo antes dicho, la familia (al igual que el propio sujeto) debe ganar la energía que la dinámica del trastorno le robó o que hizo que la invirtiera desafortunadamente en soluciones inadecuadas (**Desvitalización**). Bebe intentarse por ello que la familia en general y aquellos miembros más afectados en particular recuperen el equilibrio perdido entre pensamiento, afecto y conducta al objeto de no sólo poder manejar mejor lo que suceda con el adicto sino encontrarse mejor consigo mismos.

4. CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN FAMILIAR

El Programa de intervención Familiar se desarrolla de forma paralela al programa individual que sigue el adicto y posee las siguientes características generales:

- Se busca la participación activa de la familia de origen del adicto, intentando restablecer entre la familia y el miembro adicto una comunicación posiblemente interrumpida y/o deteriorada por la adicción.
- Con un reconocimiento de las propias actitudes paralelo al proceso de clarificación y crecimiento que desarrolla el adicto a lo largo de las diferentes fases del programa terapéutico, la reestructuración familiar se consigue no sólo mediante las entrevistas familiares y las actividades informativas sino a través de aquellas tareas que se encargan a la familia durante todo el programa.
- Por último, resulta necesario lograr que las familias no vivan el problema de la adicción como algo único y exclusivamente suyo. Se fomenta, por tanto, el

encuentro entre familias de pacientes en tratamiento y se potencia el concepto de autoayuda.

5. PRINCIPIOS QUE ORIENTAN EL PROGRAMA DE TERAPIA FAMILIAR

- I. - Las familias con miembros adictos forman un grupo muy heterogéneo que debe ser abordado desde muy diversos frentes e incluso modos de interacción, por lo que se entiende que un sólo enfoque de tratamiento no sería aplicable a todas las situaciones clínicas, de ahí la pluralidad de técnicas y abordajes utilizados: predominantemente educativo y consignatario el principio, más convencional y dinámico luego y francamente abierto e interactivo al final.

- II. - Si bien no todas las familias con miembros adictos llegan a organizar la vida familiar en torno a los mismos, aquellas que sí lo hacen dicho problema llega a ser algo tan importante en la vida familiar que afecta profundamente a todos sus miembros.

- III.- Con frecuencia las personas afectadas por adicciones ven alteradas las estructuras reguladoras de su funcionamiento interno (actitudes, supuestos básicos, expectativas, prejuicios, convicciones y creencias), erigiéndose tales estructuras en marcadores de la medida en que cada familia ha sido reorganizada en torno al problema. Por consiguiente, estos elementos son referentes básicos para la evaluación y el diagnóstico clínico.

- IV.- El importante impacto de la adicción sobre la familia se observa en su capacidad para deformar el desarrollo normativo y los patrones relacionales de la misma. En función de dichas variables, la familia atraviesa diferentes fases en las que la significación subjetiva y funcional de la adicción cambia en gran medida dependiendo del estado evolutivo en que ésta se encuentre. A través de la terapia familia (uni + multi) se intentará recorrer un camino inverso

procurando no sólo que se subsane el deterioro relacional y normativo habido, sino que se dé una reestructuración familiar lo más armónica y saludable posible a fin de prevenir la reaparición del deterioro relacional y, si se produjera una recaída, capacite a la familia y al propio adicto para reaccionar adecuada y rápidamente ante la misma.

- V. - El programa de terapia familiar no es una enucleación del tratamiento general sino que se integra y sincroniza con el resto de actividades de manera que se produzca una sinergia entre todos los frentes de intervención del programa terapéutico (socioterápico, psicoterápico, familiar, etc.).

6. OBJETIVOS GENERALES DEL PROGRAMA DE TERAPIA FAMILIAR

- I. Evaluar el sistema familiar y el papel que juega el problema de la adicción dentro de la estructura familiar.
- II. Reestablecer los roles dentro de la jerarquía familiar y buscar una línea de actuación común ante el problema.
- III. Aprender y poner en práctica aquellas pautas de comunicación más adecuadas que fomenten la aparición de cambios en la interacción familiar.
- IV. Modificar los esquemas relacionales que puedan estar favoreciendo el mantenimiento de la conducta adictiva.
- V. Posibilitar una redefinición del problema que permita avanzar hacia la eficaz solución del mismo mediante la colaboración activa de la familia.
- VI. Actuar en coordinación con las demás actividades que el sujeto va efectuando dentro de su tratamiento, de manera que se establezca un

sincronismo y sinergia de actuaciones que se ajusten en todo al "tempo" terapéutico.

- VII. Favorecer el establecimiento de normas que posibiliten un funcionamiento más adecuado en pos del mantenimiento de la abstinencia dentro del mejor clima familiar posible.
- VIII. Coadyuvar en la progresiva adquisición de autonomía, independencia y autoeficacia del sujeto drogodependiente y demás miembros familiares si procediera y estuviese dentro de nuestras posibilidades terapéuticas.
- IX. Hacer que la familia, el sujeto y las PES (personas significativas del entorno sociofamiliar) sean capaces de detectar y prevenir una recaída sabiendo reaccionar ante la misma con prontitud, serenidad y sin las perturbaciones en la dinámica relacional de la vez (o veces) anteriores.

7. PLANOS DE INTERVENCIÓN

Aunque a continuación se describen los planos, etapas y peculiaridades del Programa de Terapia Familiar y Sociorrelacional de Instituto a fin de ofrecer una perspectiva amplia del mismo, de nuevo queremos recordar que la intervención familiar con pacientes del Ayuntamiento de Madrid se circunscribe a los **contactos telefónicos reglados** entre familia y equipo terapéutico, a las **entrevistas con motivo de las visitas o salidas de prueba** que realicen sujetos en tratamiento y al abordaje de las cuestiones familiares de relieve desde la perspectiva del propio paciente por medio de la **terapia individual** y de las **actividades psicoterapéuticas grupales** incluidas en la dinámica asistencial de los centros.

A) Primer Plano De Intervención: Terapia Unifamiliar

Mucho se ha discutido acerca de lo que es o no terapia familiar, de cuáles son las características de la misma y de los requisitos y condiciones mínimas que deben satisfacerse para hablar en propiedad de "terapia familiar". Aunque no está en nuestro ánimo entrar en esta discusión, sí quisiéramos detenernos brevemente en algunas consideraciones en torno al tratamiento de las familias de adictos:

- ✓ Al margen de presupuestos metodológicos más o menos sofisticados, lo cierto es que hacer terapia muchas veces resulta algo más amplio que aquello que se pone en práctica en los consultorios e instituciones profesionales, sin perjuicio de que en ellos confluyan o no una serie de condiciones estructurales y tecnológicas mínimas (espejo unidireccional, equipo, cámara de vídeo, etc.).
- ✓ Tampoco es suficiente con adoptar de forma rígida modelos o paradigmas teóricos para que ello nos permita calificar nuestra labor clínica con uno u otro adjetivo, máxime cuando en este campo (como en casi todos los que componen las ciencias terapéuticas) se tiende a convertir los modelos en doctrinas y a desautorizar a quienes se aparten de una cierta ortodoxia.
- ✓ Por nuestra parte, entendemos que cualquier contacto entre la familia y el equipo terapéutico - bien sea enmarcado dentro de estructuras formales (reuniones, sesiones de terapia familiar, entrevistas de valoración, etc.) o bien se lleve a cabo en otras circunstancias, incluso sin la presencia física de alguna de las dos partes (llamadas telefónicas) - que abra las puertas a un mayor conocimiento de la problemática familiar y permita una mejor cooperación entre ambos puede denominarse terapia familiar sin ningún tipo de escrúpulos salvo los que se refieren a la intensidad, nivel y complejidad de dichos contactos.

ETAPAS QUE CONFIGURAN EL PROGRAMA UNIFAMILIAR

1.- Diagnóstico familiar de la adicción (fase de pre - ingreso)

Cuando un adicto o una familia solicitan tratamiento, el primer paso es una valoración técnica que permita conocer al paciente, la familia y las PES (personas significativas de su entorno social) y que se lleva a cabo según 2 modalidades: conjuntamente y por separado.

Cuando se hayan establecido las condiciones (fecha, hora, asistentes, etc.) de la entrevista de valoración, ésta se lleva a efecto. Intentamos no construir demasiadas hipótesis a priori, salvo algunas muy generales y de carácter funcional para que el terapeuta o los terapeutas que llevan a cabo la entrevista no pierdan su objetividad y sean capaces de juzgar sobre lo que en ella aparezca.

Si tras dicha entrevista resulta pertinente el tratamiento y puede elaborarse un contrato terapéutico, se abre expediente clínico al nuevo usuario y se inicia un estudio médicopsicosocial amplio. Parte importante de este estudio lo configura la evaluación familiar, que servirá como primer punto de referencia para la intervención. Tal estudio incluye un cuidadoso trazado de la historia de la conducta de consumo, los contactos anteriores para tratamiento, la percepción por parte de la familia del consumo de drogas y de sus consecuencias y las estrategias utilizadas para hacer frente al problema. Los principales interrogantes que es preciso contestar en esta primera etapa son: si se trata de una familia con un miembro adicto o de una familia generadora de la adicción, cuáles serán las consecuencias del cambio, qué función cumple la familia en la adicción, qué función cumple la adicción en la familia y si es posible elaborar con ésta un contrato de tratamiento aceptable.

Una vez que se dispone de un perfil de la familia y que, durante el tiempo que ha durado la valoración, terapeutas y familiares empiezan a crear la alianza terapéutica, comienza el verdadero proceso terapéutico, que arranca definitivamente después del ingreso efectivo del adicto en el programa elegido. Desde este momento, la familia ingresa a su vez en el programa de T.F. y se

intenta que acuda a cuantas sesiones tanto multifamiliares como unifamiliares se fijen.

2.- Fase de Integración - Reestructuración

Se corresponde temporalmente con los primeros meses de la trayectoria del paciente en el programa. En este momento la familia recibe instrucciones y consignas firmes y claras sobre cómo tratar a su familiar si aparecen las circunstancias que frecuentemente caracterizan a esta etapa y que tienen que ver con todas las modalidades posibles de abandono prematuro del tratamiento (desde “curaciones mágicas” hasta quejas sobre el trato recibido por los profesionales que le atienden o sobre las condiciones del tratamiento).

Durante esta fase resulta vital lograr un acuerdo familiar a fin de que los diversos componentes de la familia sean capaces de establecer objetivos comunes y alcanzables, de trabajar juntos en su consecución y de percibir la relación entre el proceso adictivo y sus propios problemas de forma no inculpatoria. De las posiciones tradicionalmente señaladas (*Minuchin y Fishman, 1984*) desde las cuales el terapeuta puede integrarse en el sistema familiar y participar del mismo, las dos que más utilizamos en nuestro trabajo son la posición próxima y la media. Sin embargo, el recurso a una posición desapegada o de experto resulta muchas veces necesario al intervenir en familias de adictos, y más aún en aquellas que se encuentren en las primeras fases del programa, puesto que tienden a desacreditar (que no es lo mismo que resistirse) a quienes identifican como agentes de cambio.

En estos casos, conviene tener en cuenta las pautas ofrecidas por *Weitzman (1985)*, que pueden resumirse de la siguiente manera:

- ✓ Cuando más desorganizadas sean las familias con las que se trabaja, mucho más importante resulta integrarse en las mismas de un modo positivo y alentador que haga frente a la culpa y negativismo que suelen impregnarlas.

- ✓ Es igualmente prioritario que el terapeuta evite una guerra abierta entre los miembros de la familia eludiendo la utilización de estrategias paradójicas o de técnicas experimentales.
- ✓ En cambio, estas familias necesitan apoyo y empatía en las circunstancias difíciles y a menudo peligrosas por las que pasan. El terapeuta debe reencuadrar las conductas con mucho cuidado puesto que si no puede producir más confusión y agresividad en una familia que lucha con la realidad abrumadora de la adicción.
- ✓ Ya que estas familias se sienten (y muchas veces están) fuera de control, el terapeuta debe establecer límites y reglas de conducta reprimiendo, abiertamente incluso, los comportamientos extremos o inaceptables.
- ✓ Puesto que muchas de estas familias viven al día y pasan de una crisis a otra sin solución de continuidad, les resulta difícil anticipar los efectos de los cambios que buscan y si están dispuestas o no a responsabilizarse de los mismos. De esta manera, se evitará que la familia quede comprometida en causas en las que no cree.
- ✓ Los objetivos establecidos deben estar dentro de las capacidades y del nivel de motivación de la familia. Cuanto más concretas y realistas sean las metas, más fácil resultará su consecución.

Como antes se ha dicho, esta fase se centra monográficamente en las dificultades de manejo práctico del problema por parte de la familia, señalando la necesidad del acuerdo y de la adopción de una postura firme y clara respecto al adicto como requisito básico para la rehabilitación del mismo y como la mejor manera de ayudarlo a situarse en la realidad. Así, mientras se elude validar, ratificar o desmentir la culpabilidad de la familia en la génesis y establecimiento de la adicción, las consignas y las tareas directas encomendadas a los miembros de ésta sirven para reconstruir una autoimagen familiar de competencia, para

establecer límites a diversos niveles y para generar nueva información útil en fases posteriores.

Esta forma de actuar, en el fondo, resulta equivalente a la que se sigue con el propio adicto, puesto que la especial preparación para la consciencia del problema que caracteriza los primeros momentos del proceso terapéutico exige un abordaje inicial en donde prime lo normativo y la prescripción de reglas de comportamiento y de pautas funcionales sobre aspectos menos estructurados.

3.- Fase de Maduración Psicoterapéutica

A pesar de que esta etapa se presente cronológicamente posterior, en la realidad clínica no existen límites tan claros entre ellas dado que las descompensaciones afectivas que la familia experimenta la acompañan en mayor o menor medida a lo largo de todo el programa y únicamente la insistencia del terapeuta en las consignas básicas y el efecto acumulativo de las intervenciones realizadas dentro de los diversos planos que conforman la rutina terapéutica familiar hacen que dichas descompensaciones no interfieran en el manejo práctico del problema.

Teniendo en cuenta que la terapia familiar es ante todo un proceso de reconstrucción conceptual y afectiva mediante actividades concretas, la manera en que el terapeuta reconduce el vacío emocional que deja la adicción y la multitud de sentimientos asociados al mismo adquiere máxima relevancia cuando se llega a un terreno plagado de encrucijadas en que se escenifica la pugna entre el antiguo orden familiar establecido en torno al proceso adictivo y el nuevo que empieza a crearse sobre presupuestos diferentes y sobre una realidad distinta. Es el momento de abordar decididamente el trabajo en Áreas Básicas (C. Sirvent, 1991) pues, al ser ésta una etapa de maduración, interesa producir cambios estructurales que pervivan una vez finalizado el tratamiento y doten a la familia de suficientes mecanismos para no sólo seguir evolucionando dentro del programa sino para hacer de esta evolución un principio sólido de su dinámica íntima.

Así, mientras se siguen prescribiendo tareas que mantengan la vitalidad familiar y doten de dinamismo al proceso de cambio (Vitalidad vs. Desvitalización), las sesiones unifamiliares buscarán objetivar cada vez más las circunstancias que rodean no sólo al miembro adicto sino también al resto de componentes de la familia (Realismo vs. Mistificación) mediante el aprendizaje de estrategias para controlar las emociones y crisis que, como ya se ha dicho, alumbró esta etapa (Autocontrol vs. Descontrol) y la ganancia de perspectiva familiar y de capacidad de maniobra sobre el adicto y sobre sí misma (Autonomía vs. Dependencia).

Las estrategias y técnicas que el terapeuta utilice en estos momentos son el aspecto menos importante, dado que, como hacen notar *Minuchin y Fishman* (1984), *"si el terapeuta produce intervenciones dentro de la gama tolerable (...) puede trabajar confiado sabiendo que no necesita acertar siempre (...) sabiendo que en el peor de los casos sus respuestas (las de las familias) producirán información útil y que en el campo de las drogodependencias (como en muchos otros) las intervenciones más eficaces suelen ser las más sencillas y cercanas a los dictados del sentido común"*.

No obstante, citaremos para finalizar este apartado algunas de las más utilizadas por nosotros en el tratamiento familiar:

- ◆ Técnicas que inciden sobre los procesos familiares (foco de atención, intensidad, desequilibrio, descubrir lo encubierto).
- ◆ Técnicas que inciden sobre el sistema de creencias (la redefinición y el reencuadre, la connotación positiva, las técnicas derivadas de la Terapia Racional-Emotiva).
- ◆ Técnicas que generan nuevos comportamientos (técnicas de fijación de fronteras, la construcción de soluciones alternativas, el adiestramiento en comunicación, la prescripción de tareas y/o rituales).
- ◆ Técnicas Activas (Técnicas que ponen en juego la dinámica del sistema llevándolo a una evolución o revolución, técnicas de aprendizaje de nuevas vinculaciones, técnicas de injerencia en el sistema, técnicas que inciden en

el proceso comunicacional mediante objetos intermediarios. *López Barberá, E y Población Knappe, P. 1997*).

Decir finalmente que preferimos lo simple a lo complejo y que siempre prima el mantenimiento de un contexto de cooperación con la familia y de ajuste a sus peculiaridades sobre los “alardes” técnicos.

4.- Fase de Reincorporación Social - Implementación

La terapia entra en su fase final, una fase de resolución de las dificultades abordadas a lo largo del programa y de reorganización de la estructura familiar mediante la progresiva pérdida de importancia del adicto dentro de la misma y su desplazamiento a un plano de igualdad con el resto de los miembros de la familia (resolución de la dependencia familiar).

En esta fase resulta normal que, ante la inminente finalización del tratamiento individual y familiar, se produzcan retrocesos que incluso lleguen a conducir a la familia a una situación semejante a la de los inicios del programa. Afloran de nuevo sentimientos de indefensión ante el problema y la imagen de incapacidad asumida por la familia en el transcurso de la adicción vuelve a veces a manifestarse bajo la forma de un deseo más o menos explícito de cesión del adicto al equipo terapéutico. El terapeuta en esta última etapa, más que en ninguna otra, tiene que insistir en las transformaciones producidas y en la capacidad práctica demostrada por la familia durante su recorrido terapéutico. De esta forma, la familia poco a poco empieza a asumir sus responsabilidades (muchas veces con resignación) y a separar la expectativa lógica ante el nuevo período que ahora comienza de la angustia producida por la anticipación negativa del manejo de futuras dificultades.

En las sesiones previas al alta terapéutica (consensuada en la práctica totalidad de los casos), se aborda asimismo la resolución de la dependencia hacia él o los terapeutas, se lleva a cabo un resumen final de la trayectoria de la familia y del paciente haciendo especial hincapié en las habilidades adquiridas y

en los puntos fuertes y se confecciona una especie de decálogo de consejos y de medidas a seguir ante diversas situaciones, sobre todo las de riesgo real o potencial (prevención de recaídas) de manera que la atención de ambas partes se centre casi microscópicamente y sin ambigüedades en aspectos prácticos directamente relacionados con el mantenimiento de la abstinencia. Además de lo antes señalado, se negocia con la familia el seguimiento terapéutico posterior.

B) Segundo Plano De Intervención: Terapia Multifamiliar

Entre las ventajas de reunir a varias familias de sujetos con problemas adictivos queremos destacar, en primer lugar, todas aquellas que se derivan de concebir al grupo de familiares como un grupo terapéutico “per se”, no sólo como un espacio educativo y formativo de adquisición de habilidades y recursos ante un problema cercano pero externo a los participantes. Desde esta perspectiva tanto la aparición de fenómenos grupales clásicos como las técnicas y estrategias utilizadas en la psicoterapia de grupo tienen cabida en la intervención multifamiliar que venimos describiendo.

Ventajas adicionales que encontramos a esta modalidad terapéutica son:

- ✓ La creación de un entorno terapéutico propio y de referencia para familiares.
- ✓ Favorece el tránsito de la experiencia propia y constrictiva de los familiares a la comprensión de los fenómenos generales que acompañan a las adicciones.
- ✓ El intercambio de experiencias y soluciones.
- ✓ Permite incidir en cuestiones emotivas – afectivas desde un marco de empatía e identificación.
- ✓ Posibilita intervenciones de talante psicoeducativo.
- ✓ Potencia la adquisición de nuevos recursos mediante su entrenamiento en un espacio menos traumático que el original.
- ✓ Permite una vía de acceso menos tensa a las patologías relacionales y vinculares.

Etapas que configuran el Programa Multifamiliar

1. - Etapa de Integración Funcional

Esta primera etapa se centra en el abordaje de las contingencias biopsicosociales más inmediatas de las adicciones. Además de proporcionar a las familias información básica sobre dichos fenómenos, se intenta conseguir un marco terapéutico de diálogo que favorezca la expresión racional y emocional de los distintos problemas de los asistentes y oriente en el establecimiento de futuras líneas de trabajo individual y colectivo, pretendiendo además que las familias se impliquen progresivamente en el tratamiento.

Como objetivos centrales de esta etapa podemos señalar:

- ✓ Análisis y comprensión tanto del proceso adictivo como de las consecuencias familiares del mismo.
- ✓ Recuperación y fomento del interés en restablecer una relación familiar más saludable y satisfactoria.
- ✓ Progresiva resolución de conflictos anteriores y actuales mediante la capacitación práctica para el manejo de las dificultades implícitas en los mismos.
- ✓ Resolución de los sentimientos desfavorables frente al familiar adicto.

Enlazando con este último objetivo, si bien esta primera etapa en principio posee una orientación más educativa que terapéutica, las sesiones suelen estar muy “cargadas” afectivamente ya que la adicción sume a la familia en una situación grave de incomunicación y de conflicto en que aparecen con fuerza arrolladora emociones como el **miedo**, la **culpa**, la **impotencia**, la **rabia**, la **desconfianza** y la **inseguridad**.

Además, el hecho de que aún en la actualidad muchas familias de personas con problemas de adicción se sientan excluidas de las intervenciones profesionales, agrava las emociones antes señaladas y sitúa a la familia en un

rol de agente patógeno que refuerza la culpa que experimentan. El resultado de cuanto viene diciendo es que frecuentemente las familias acuden a las primeras sesiones con una mezcla de desconfianza, ansiedad y esperanza cuasi - mágica en que todas sus dudas y problemas sean resueltos desde el primer momento por los profesionales encargados de dirigir dichas sesiones. Recordemos por ello que la familia del adicto está compuesta por **PERSONAS QUE SUFREN** y que no encuentran el espacio donde compartir tal sufrimiento y que la actitud y comportamiento del(los) terapeuta(s) deben ajustarse a tales circunstancias mediante intervenciones terapéuticas que contengan y vehiculen simultáneamente dichas tensiones al objeto de evitar que los conflictos no abordados en el ámbito familiar perjudiquen seriamente al proceso de recuperación.

2. - Etapa de Maduración

En esta segunda fase del programa se aborda de forma intensiva el papel de la dependencia en la estructura familiar y en su ciclo vital, el estilo comunicativo, las reacciones afectivas, las consecuencias relacionales y las medidas adoptadas al objeto de lograr un cambio de actitud, de posibilitar entrenamientos específicos en técnicas de solución de problemas y de potenciar tanto el incremento de la autoestima de los familiares como la pérdida progresiva de importancia del miembro adicto en la organización y estructura familiares.

La metodología utilizada en esta etapa privilegia un acercamiento mucho más activo (mediante grupos de trabajo, role-playing, dinámicas grupales, técnicas psicodramáticas, etc.) sobre el enfoque eminentemente pedagógico de la anterior fase, ofreciendo de este modo un margen más amplio a la expresión de los conflictos familiares y convirtiendo los grupos multifamiliares en auténticos grupos de psicoterapia que reúnen todas las características de los mismos. De hecho, según avanza el proceso terapéutico se observa cómo el lenguaje de los asistentes va cambiando del característico “ellos y sus problemas” iniciales al “nosotros y los nuestros” propio de un grupo centrado en sí mismo y en las dificultades de los miembros que lo componen.

3.- Etapa de Reintegración Social- Implementación

Etapa resulta definitiva tanto para el paciente como para su familia puesto que la culminación del proceso terapéutico individual ha de venir pareja a la clarificación de las dificultades familiares en los diversos ámbitos que configuran la intervención (afectivo, comunicativo, estructural, etc.).

Objetivos propios de esta etapa son:

- ✓ La normalización de la vida familiar.
- ✓ Participación en las decisiones familiares de todos sus miembros, incluido el adicto.
- ✓ Realización de actividades conjuntas.
- ✓ Adecuada resolución de conflictos.
- ✓ Pérdida de protagonismo del adicto dentro del grupo familiar.

Al igual que en todos los demás planos familiares e individuales, según se confirman los avances tanto de las familias en su conjunto como de los diversos miembros que las conforman por separado (especialmente los más implicados y/o afectados por el problema de la adicción) se va abordando la despedida progresiva de quienes participan en las sesiones multifamiliares. Dicha despedida en muchas ocasiones se produce a instancias del propio equipo terapéutico pues aparece la ya citada dependencia institucional con una intensidad que sorprende al tratarse de familiares y no de afectados.

Cuando el sujeto obtiene el alta terapéutica por finalización del programa (o fórmula consensuada similar) y concluido también el trabajo familiar en sus diversos planos de intervención, paciente y familia entran en una etapa de seguimiento dentro de la cual se mantienen contactos periódicos tanto conjuntos como separados a fin de conocer la evolución general y contrastar cómo se va produciendo la nueva adaptación familiar (autorregulación), procurando, en el caso de situaciones en extremo difíciles, proveer a los miembros de la familia de los recursos personales suficientes como para mantener el mejor equilibrio psicorrelacional posible.