

# PROGRAMA DE INTERVENCIÓN INDIVIDUAL

## FUNDACIÓN INSTITUTO SPIRAL



## ÍNDICE

1. Introducción
2. Fases de la psicoterapia
3. Dimensiones de la psicoterapia
4. Intervención individual en las diferentes etapas del programa terapéutico.

1ª Etapa: Evaluación Bio-psico-social.

2ª Etapa: Desintoxicación.

3ª Etapa: Integración-Reorganización.

4ª Etapa: Maduración.

5ª Etapa: Implementación-Reintegración Social.

6ª Etapa: Seguimiento.

## 1. INTRODUCCIÓN

**¿Qué es psicoterapia?** Definir un concepto como éste no es cosa fácil, ya que la psiquiatría y psicología tienen tantas escuelas de psicoterapia como corrientes filosóficas pueden existir.

*El término psicoterapia se utiliza hoy en muy diversas acepciones, y son muchas las definiciones realizadas por diferentes autores a lo largo de la historia. La definición del máximo exponente de nuestro idioma: El Diccionario de la Real Academia Española, define Psicoterapia: *\_De psico - y terapia. f. Psicol. Tratamiento de las enfermedades, especialmente de las nerviosas, por medio de la sugestión o persuasión o por otros procedimientos psíquicos. Es evidente que desde el punto de vista epistemológico es un concepto muy bueno, pero desde el punto psiquiátrico, psicológico, es reduccionista.**

La definición propuesta en 1997 por un grupo de consenso (Fernández Liria, Rodríguez Vega, Hernández Monsalve y otros, 1997) es "...un proceso de comunicación interpersonal entre un profesional experto (terapeuta) y un sujeto necesitado de ayuda por problemas de salud mental (paciente) que tiene como objeto producir cambios para mejorar la salud mental del segundo".

Esta definición excluye otra serie de prácticas que pudieran, en alguna medida, ser consideradas afines, como son:

- Otras relaciones de ayuda (amigos...) en los que el que la da no es un profesional experto. En ocasiones se *ha dicho*, "Terapeutas son amigos caros." *Igualmente, los amigos son "terapeutas" baratos.*
- Consejo médico o psicológico en el que el experto se limita a poner a disposición del paciente información que le permite realizar una elección cuya realización no está impedida por patología mental.
- Manejo clínico de un tratamiento medicamentoso, en el que el objetivo es garantizar las condiciones (de información confianza en el médico, expectativas, adherencia al tratamiento) que permiten optimizar el efecto de la medicación prescrita.

*La psicoterapia supone la posibilidad de construir una versión del problema presentado por el paciente en el que este aparece como implicado personalmente en el origen, el mantenimiento o las posibilidades de resolución del mismo."*

Tanto para el paciente como para el terapeuta, la psicoterapia debe ser un proceso continuo y secuenciado en que se identifiquen y modifiquen en lo posible las experiencias vitales del paciente.

Puesto que la psicoterapia individual tiene lugar dentro de una relación interpersonal, los resultados terapéuticos satisfactorios dependerán tanto del paciente (motivación al tratamiento, disposición para el cambio, gravedad del trastorno, expectativas del tratamiento, la capacidad de expresar sus sentimientos, apoyos

sociales, etc.) como del terapeuta (cualidades personales, prejuicios, experiencia...) así como de la relación terapéutica que se establezca (autenticidad, empatía, aceptación).

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

No queremos establecer, sin embargo, ninguna relación jerárquica o menos aún dicotómica entre lo individual y lo grupal, dado que ambos polos vienen a entremezclarse en la realidad compleja de la actuación terapéutica y mucho más aún en el balance final de los cambios de personalidad que se busca promover. De hecho, el primer contacto entre un potencial usuario de la red asistencial y algún dispositivo de la misma suele venir enmarcado, precisamente, por relaciones personales paciente-profesional que dan comienzo al acercamiento individual a sus dificultades, porte o no el sujeto una demanda definida, cuya trascendencia puede llegar a ser decisiva sobre posteriores decisiones respecto a la rehabilitación.

## 2. FASES DE LA PSICOTERAPIA

En todo proceso psicoterapéutico diferenciamos tres grandes fases:

✓ *Fases Iniciales* donde se debe de realizar la evaluación específica del caso para así decidir cual va a ser el plan de tratamiento y la propuesta de contrato que se va hacer al paciente y donde se establece la alianza terapéutica. Esta etapa del proceso psicoterapéutico es muy importante y, en la mayoría de las ocasiones, el curso de la terapia está fuertemente condicionado por lo que sucede en los primeros momentos de la misma siendo difícil remontar un mal comienzo.

### FASES INICIALES

1. Evaluación específica del caso
2. Plan de tratamiento
3. Propuesta de contrato
4. Alianza terapéutica

En el momento de realizar la **evaluación** es fundamental tener una visión global del problema de la adicción, de los recursos con los que contamos para el tratamiento (apoyo familiar, hábitos, red de relaciones sociales, situación laboral, tiempo libre), de la motivación del sujeto, etc. Pues de estos factores en gran medida va a depender la **modalidad del tratamiento** (residencial, ambulatorio, individual, grupal.....). A este respecto nosotros realizamos una historia clínica adictiva (ficha de identificación, motivo de consulta, historia de consumo, patrón de consumo, impacto somático del consumo de drogas en todos los aparatos y sistemas, tratamientos anteriores, antecedentes

familiares, antecedentes personales, comorbilidad psiquiátrica, etc.) y un relato biográfico que nos ayuda a establecer el diagnóstico y la modalidad y los objetivos del tratamiento.

En el tratamiento de una adicción por lo primero que debemos comenzar es por el manejo de la desintoxicación y del síndrome de abstinencia, pues difícilmente se va a poder realizar cualquier tipo de terapia cuando el sujeto está bajo los efectos de una sustancia (intoxicado), así como el pautar cualquier otro tratamiento farmacológico si fuese necesario (presencia de un trastorno psiquiátrico p.e)

El **contrato** debe incluir los siguiente puntos: plan terapéutico, duración estimativa del tratamiento, normas (horarios, restricción de lugares y personas de riesgo –romper cualquier contacto que tenga que ver con la droga y su mundo-, manejo de dinero, registro de actividades diarias, determinación de drogas de abuso en orina siempre que se le requiera) y objetivos del tratamiento.

La terapia es ante todo una relación entre dos personas que comparten e intercambian información, sentimientos y actitudes. Entre esas personas debe establecerse una alianza, o sea, un acuerdo para trabajar juntos hacia un objetivo en común: El cambio terapéutico entendiendo este como la abstinencia a largo plazo y la modificación del estilo de vida. Es frecuente que mas allá de la meta generalizada de dejar de consumir, estén implicadas pautas disfuncionales derivadas del estilo de vida como medios de asegurar la valoración de los demás y alejar los miedos e inseguridades. La paciente puede acudir a terapia con expectativas poco realistas como es el dejar de consumir pero continuar con su mismo estilo, su círculo de relaciones, sus mismas actividades, etc. Muy importante la modificación del estilo de vida de la mujer drogodependiente, que debe de iniciarse desde el inicio del tratamiento. Los tratamientos centrados en conseguir la abstinencia y que no se preocupan de modificar el estilo de vida del adicto conseguirán la abstinencia pero también por un corto periodo de tiempo, pues lo más probable es que se produzca una recaída.

En cuanto a **la alianza terapéutica**, según Rogers, el poder de la relación terapéutica incluye tres ingredientes: autenticidad (el terapeuta se entrega sinceramente y no está influenciado por sus propios valores o estados de ánimo), empatía (puede ponerse en el punto de vista del paciente, sintiendo lo que él siente) y aceptación positiva incondicional (aceptar al paciente como es, sin juzgarlo). No es sorprendente, por lo tanto, que la calidad de la relación entre paciente y terapeuta sea un importante factor predictor en relación a la adhesión y eficacia de la psicoterapia. Se establece un vínculo personal donde los aspectos emocionales del paciente y del terapeuta son de primordial importancia. Se entablan así relaciones "empáticas" relaciones transferenciales y contratransferenciales.

Muchos son los avatares que acompañan a una relación como la que establecen una mujer drogodependiente y un terapeuta en el marco de un proceso de recuperación intensivo y a medio – largo plazo. Tanto es así que podríamos considerarla en muchos sentidos una auténtica "relación de pareja pero sin sexo", ya que en lo restante va a incorporar prácticamente todos los elementos de una relación de esta índole: conocimiento, fascinación y desengaño mutuos, conflictos tanto de

componente real como transferencial, lucha por el control del otro, objetivos compartidos o no, etc.

En el afán de sintetizar al máximo esta complejidad de la interacción terapéutica, cabría señalar que los vínculos más frecuentes serían los de **dominio – sumisión** y los de **dependencia – egocentrismo** (se considera el centro de atención de todo lo que le rodea)

Uno de los mayores riesgos que asumen los terapeutas que trabajan con adictas deriva del *inadecuado manejo de la distancia emocional* y de las posiciones dicotómicas durante la interacción terapéutica. Así, por efecto de sus trastornos y en muchos casos también por el trato recibido de personas cercanas (sobre todo mujeres alcohólicas), resultan frecuentes en estos sujetos los conflictos con figuras de autoridad y las reacciones de rebeldía y/o de sumisión por su parte ante las mismas. El terapeuta puede verse arrastrado sin desearlo a interacciones que van desde las luchas más manifiestas de poder hasta situaciones de sobreprotección donde el terapeuta asume voluntaria o involuntariamente responsabilidades que corresponden a sus pacientes. A fin de evitar las consecuencias indeseables de estas circunstancias, reiteramos que “comprender no significa necesariamente aceptar” y que “la flexibilidad es perfectamente compatible con una exigencia bien entendida, pues esta exigencia es una demostración de la confianza que el terapeuta deposita en las capacidades de la paciente y previene a ambos de repetir pautas contemporizadoras propias del estilo relacional del adicto.

✓ *Fases Intermedias:* En esta etapa se llevan a cabo dos procesos: **la construcción de la pauta disfuncional** y el proceso de **cambio** como resultado de la intervención terapéutica mediante una serie de técnicas y estrategias.

A la hora de instrumentar la intervención resulta importante diferenciar el proceso de cambio terapéutico de las técnicas de intervención. En la socorrida pero no por ello menos útil teoría de los procesos de cambio, Prochaska y DiClemente considera el tratamiento de las conductas adictivas como la aplicación de diferentes estrategias de intervención durante los cinco estadios del cambio. Para ello es fundamental que el terapeuta sepa en qué estadio de cambio está el paciente así como que conozca las técnicas y estrategias que va a utilizar para lograr cada uno de los objetivos propuestos, ayudando así al sujeto a progresar hacia el estadio siguiente. Si se prefiere podemos hablar de objetivos estructurales y curativos

Un error de manejo estriba en considerar que la adicción es un síntoma de procesos psicopatológicos subyacentes o un trastorno de personalidad donde los esfuerzos de la psicoterapia se dirigen a la remoción de estos componentes. Se ha comprobado que este enfoque conduce en la mayoría de los casos a un fracaso terapéutico.

El conflicto psicológico existe realmente, pero la intención primera en todo tratamiento debe dirigirse al logro y mantenimiento de la abstinencia, por lo que primero habrá que incidir sobre la estructura que tenga que ver con lo adictivo a corto plazo y a partir de ese cambio ir a lo estructural de cuestiones más personales.



En nuestro caso subsumimos la técnica aplicada al programa terapéutico que es la referencia final para todos los psicoterapeutas. Esto se advierte más en el caso de sujetos que realizan tratamiento grupal o combinado. Los que exclusivamente optan por la entrevista individual dependen obviamente más del psicoterapeuta y su técnica.

Quien esto suscribe, en pro de la eficiencia y eficacia final, emplea un modelo terapéutico integrador que utilice las técnicas que se han probado más efectivas, que trate de la manera más adecuada cada caso y que no albergue prejuicios que limiten la práctica terapéutica. Con todo, no debemos confundir integrar con juntar o mezclar un conjunto inconexo de técnicas. La integración debe ser algo más que disponer de un completísimo arsenal terapéutico de recursos para abordar la práctica totalidad de las psicopatologías, también debe constituirse en una teoría psicológica de largo alcance, que aprehenda la totalidad del individuo.

Por otro lado, a la hora de instrumentar la intervención resulta importante diferenciar el proceso de cambio terapéutico de las técnicas de intervención. El modelo transteórico antes referido considera el tratamiento de las conductas adictivas como la aplicación de diferentes estrategias de intervención durante los cinco estadios del cambio. Para ello es fundamental que el terapeuta sepa en qué estadio de cambio está el paciente así como que conozca las técnicas y estrategias que va a utilizar para lograr cada uno de los objetivos propuestos, ayudando así al sujeto a progresar hacia el estadio siguiente. Si se prefiere podemos hablar de objetivos estructurales y curativos.

✓ *Fases Finales* o de terminación de la terapia. La terminación del tratamiento es un punto crítico. En esta etapa ya se deben haber alcanzado los objetivos propuestos, que estos no deben de ser únicamente el logro de la abstinencia. Finalmente, hay que realizar seguimiento periódico. El tratamiento de pacientes alcohólicos es un proceso complejo, como bien sabemos. El alcoholismo es una enfermedad susceptible de recaídas, donde es necesario efectuar un seguimiento a largo plazo.

### 3. DIMENSIONES DE LA TERAPIA INDIVIDUAL

Durante mucho tiempo la psicoterapia individual fue el tratamiento de primera elección para las adicciones. Hoy en día, a través de múltiples estudios, sabemos que la psicoterapia individual, conjuntamente con otras herramientas terapéuticas - psicoterapia de grupo, terapia familiar, tratamiento médico - farmacológico- promueve una mayor efectividad en el logro de la abstinencia, prevención de recaídas y en la reinserción social. Es decir, la psicoterapia individual dentro de un proceso terapéutico conjunto. En el caso de que el paciente, por diferentes motivos, no pudiese integrarse dentro de este plan terapéutico y únicamente se abordase el problema mediante la psicoterapia individual, el terapeuta nunca debe de olvidar la parte adictiva del paciente, por lo que la terapia debe de tener tres dimensiones:

✓ Dimensión adictológica: donde se deben de abordar situaciones como el craving, deseos de consumo, situaciones de riesgo, con la utilización de la agenda de donde se recogen situaciones relacionadas con el consumo de alcohol.

Deben quedar preclaros los elementos que aseguren el proceso: interdictores, supervisión familiar, control férreo del consumo enólico, preguntas ad hoc, locus de control, etc.

Muy importante y necesario es el trabajar con la familia, por el echo de que se trate de una terapia individual no debemos dejar al margen a la familia. Tampoco debemos de olvidar los aspectos médicos.

- ✓ Dimensión estructural: no basta con curar o deshabituarse. También hay que reestructurar (en algunos casos estructurar directamente), es decir trabajar el núcleo psicológico del sujeto de manera suficiente, procurando analizar y reconstruir aquello que indefectiblemente puede llevar al sujeto bien a vivir autoengañado y propenso a la recaída, bien a sufrir crónicamente y tornar al consumo porque su vida no le satisface.
- ✓ Dimensión reeducativa: dirigida a orientar e inducir actividades válidas cara a su fenomenología específica, aspectos educativos, acerca de lo que supone el problema con el alcohol, consecuencias médicas y psicológicas,...etc.

Los principios y las técnicas utilizados con adictas son similares a los usados con otros pacientes. Sin embargo, para tratarlas con eficacia tenemos que manejar con soltura y saber combinar adecuadamente el binomio *toxicofilia - reestructuración*. Resulta tan peligroso considerar que la adicción es un síntoma de procesos psicopatológicos subyacentes o un trastorno de personalidad donde los esfuerzos de la psicoterapia se han de dirigir a la reestructuración de los elementos dañados como centrar todo el proceso en el aspecto toxicofílico del individuo.

Hacer psicoterapia con un sujeto adicto no es hacer una psicoterapia cualquiera, ya que no debemos olvidar que al tratarse de una adicción, el factor curativo (deshabituador), debe estar SIEMPRE presente y con él la posibilidad de una recidiva o recaída.

#### 4. ETAPAS DEL PROGRAMA

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

Las etapas que comprende el Programa de Intervención Individual serían:

- 1ª Etapa: Evaluación Bio-Psico-Social.
- 2ª Etapa: Desintoxicación.
- 3ª Etapa: Integración-Reorganización.
- 4ª Etapa: Maduración.
- 5ª Etapa: Implementación-Reintegración Social.
- 6ª Etapa: Seguimiento.



## **1ª ETAPA: Evaluación Bio-Psico-Social**

Como ya se ha dicho, el acercamiento individual al usuario da comienzo en el instante en que se le recibe por primera vez y se atienden sus peticiones. Con todo, estas primeras entrevistas (normalmente de carácter informativo y orientador) no pueden considerarse, sensu estricto, terapia individual aunque den pie en ocasiones a incidir sobre aspectos psicológicos desestructurados de la persona que las solicita.

Donde sí podemos empezar a hablar de intervención individualizada es en la evaluación y en el estudio médico, psicológico y social que se acometen cuando ya existe una demanda determinada y que, de esta manera, se convierte en los primeros actos formalmente reglados del programa individual de normalización.

Los objetivos de esta etapa serían, entonces, los específicos del proceso evaluador, esto es:

- Establecer el perfil clínico del usuario mediante un detenido estudio médico, psicológico y social que proporcione datos para planificar las siguientes actuaciones.
- Orientar, en base al perfil establecido, a los usuarios hacia aquellos programas o recursos que mejor se adapten y adecuen a sus necesidades, teniendo en cuenta que en muchas ocasiones se presenta una dicotomía entre demanda expresada y necesidad real.
- Mantener a lo largo del proceso que finalmente siga una monitorización constante y fiable de la evolución en los distintos niveles que se contemplan (bio-psico-social) así como de las personas, relaciones y acontecimientos que rodean al sujeto.
- Obtener feedback sobre el impacto de las intervenciones que, desde niveles los ya señalados, se lleven a cabo como información complementaria para establecer los pasos siguientes dentro del proceso de cada usuario.
- El incremento de la motivación del usuario respecto al posterior proceso terapéutico mediante una clarificación de sus verdaderas necesidades y una toma de conciencia de la naturaleza de sus problemas.

## **2ª ETAPA: Desintoxicación**

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

Así, durante la desintoxicación debería conseguirse:

- Que la persona sienta el apoyo constante del equipo técnico del centro, no sólo a título físico y de control somático sino mediante el establecimiento de un primer esbozo de relación empática entre profesional y sujeto que proporcione a este último la confianza necesaria para seguir las indicaciones y pautas que se le puedan prescribir.

- Que reciba información clara y adaptada a su estado personal (ánimico sobre todo) tanto de cómo avanza en el proceso de recuperación como de otros temas que pudieran interesarle.
- Que el usuario empiece a aprender a ceñirse al aquí y ahora de su situación personal, no permitiendo que crezcan hasta la desmesura las elucubraciones y los proyectos irreales tan típicos de esta fase.
- Que alcance el mayor equilibrio psicológico posible dada la enorme volubilidad anímica a que suelen estar sometidos estos sujetos y más durante la desintoxicación.

### **3ª ETAPA: Integración-Reorganización**

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

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

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

- El cumplimiento estricto de normas y horarios y el buen nivel en el desempeño de responsabilidades.
- Se requiere igualmente que el sujeto haya adquirido una actitud positiva hacia el trabajo y el deporte, es decir, que lo viva como una alternativa válida y que lo desempeñe con interés y motivación.

• En el ÁREA PSICOLÓGICA-PERSONAL se da prioridad a la adquisición de vitalidad, ilusión y ganas de luchar por pequeños y grandes proyectos que, no obstante, no excedan las capacidades reales de la persona. Dado que aún suele permanecer una menor o mayor tendencia a las descompensaciones afectivo-emocionales, se procuran establecer objetivos individuales que incidan más en las adquisiciones prácticas necesarias para el avance terapéutico. De todas formas, en este área podemos señalar las siguientes metas:

1. Autoimagen

- ◆ Adecuada capacidad de autocrítica.
- ◆ Reacción positiva ante las críticas.
- ◆ Conocimiento e identificación de las consecuencias derivadas de las adicciones

2. Vitalidad, ánimo y carácter

- ◆ Estabilidad anímica aunque puede tener ciertas fluctuaciones.
- ◆ Adecuada tolerancia a las frustraciones.
- ◆ Equilibrio pesimismo/optimismo.
- ◆ Equilibrio relajación/tensión.

3. Personalidad.

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

• En el ÁREA TOXICOFÍLICA, los objetivos a alcanzar serían:

- Manejo de los pensamientos sobre drogas.
- Amortiguación de los deseos de consumo.
- Disminución de la imperiosidad.
- Disminución del hedonismo.
- Eliminación consumismo actitudinal.

• Finalmente el ÁREA FAMILIAR vendría a caracterizarse por la consecución de una mejora en la actitud hacia la familia que se concretaría en:

- Interés en restablecer la relación familiar.
- Progresiva resolución de conflictos anteriores.
- Análisis y comprensión del sistema familiar.
- Resolución del sentimiento de culpabilidad frente a la familia.

#### **4ª ETAPA: Maduración**

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

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

- **EI ÁREA PSICOLÓGICA-PERSONAL** es entonces al área por excelencia en la fase de MADURACIÓN. La resumimos en tres aspectos importantes:

- **Autoimagen:** Se concreta en el adecuado concepto y conocimiento de sí mismo, la confianza en las propias posibilidades y capacidades y el afán de superación.

- **Vitalidad, ánimo y carácter:** El sujeto debe haber adquirido ya, en la anterior etapa, adecuada tolerancia a las frustraciones, equilibrio pesimismo/optimismo y equilibrio relajación/tensión. En MADURACION, se pretende que no presente ni exceso ni ausencia de temperamento emocional y afectivo, estabilidad anímica y autocontrol frente a la impulsividad o estado de ánimo. Se trabaja, igualmente, la aceptación de la tristeza y de la soledad así como de la monotonía y el aburrimiento.

- **Personalidad:** Se pretende que la persona mantenga un equilibrio introversión/extraversión, que haya fortalecido su personalidad (disminución de la influencialidad) y que resuelva los conflictos de forma satisfactoria.

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

- **EI ÁREA TOXICOFÍLICA** es igualmente importante en esta etapa. La persona se integra en esta fase con una disminución importante de la imperiosidad, el consumismo actitudinal y el hedonismo. Ahora se trabaja el análisis profundo y comprometido sobre las renuncias inherentes a abandonar el consumo, la eliminación del consumo residual y la detección y búsqueda de alternativas a las situaciones de riesgo, tanto directas como indirectas. Evidentemente, el mantenimiento de la abstinencia es requisito imprescindible en todas las fases del programa terapéutico.

- **En cuanto a la ACTITUD ANTE LA REHABILITACIÓN**, se requiere que el sujeto analice de forma objetiva su momento en el tratamiento y se marque y desarrolle objetivos terapéuticos adaptados a ello.

- **En el ÁREA RELACIONAL** es prioritario conseguir la profundización en los sentimientos íntimos y la expresión asertiva de los mismos.

- En el ÁREA FUNCIONAMIENTO se precisa interiorizar y mantener lo conseguido hasta el momento con escasa o nula presión de grupo. Se requiere, igualmente, un buen rendimiento general.
- En el ÁREA FAMILIAR resulta importante lo siguiente:
  - Pautas comunicativas saludables.
  - Proyectos compartidos.
  - Reconocimiento por parte de la familia del cambio efectuado.

### **5ª ETAPA: Implementación - Reintegración Social**

- En el ÁREA RELACIONAL se busca una normalización social en todos los sentidos:
  - Búsqueda de integración social a través de ambientes saludables (asociaciones, deportes...).
  - Integración en grupos sociales normativos.
  - Sentirse miembro activo en la sociedad.
- En el ÁREA TOXICOFÍLICA
  - Interés manifiesto por un estilo de vida no relacionado con la droga.
  - Mantenimiento de la abstinencia.
  - Identificación y búsqueda de alternativas a los estímulos indirectos de riesgo.
- En el ÁREA PSICOLÓGICA – PERSONAL tendríamos tres puntos focales:
  - Autoimagen:
    - Objetividad en la percepción del sí mismo: ni escasa ni excesiva seguridad.
  - Vitalidad, ánimo y carácter:
    - Aceptación de la tristeza y de la soledad.
    - Aceptación de la monotonía y el aburrimiento.
  - Personalidad:
    - Planteamientos claros y realistas de futuro.
    - Nivel aceptable de autonomía personal.
- En el ÁREA DE FUNCIONAMIENTO,
  - Conocimiento e integración en los recursos que ofrece el medio:
  - Mantenimiento de hábitos fuera del marco comunitario.
- En la ACTITUD ANTE LA REHABILITACIÓN,
  - Fuerza auténtica o ilusión por luchar por la nueva vida.
  - Actitud realista ante las dificultades.
  - Conciencia clara de continuar por sí mismo las pautas terapéuticas.

- Adecuada resolución de la dependencia institucional.
- Y, por fin, en el ÁREA FAMILIAR también se buscaría la normalización de las interacciones sujeto- familia desde los siguientes objetivos a trabajar con la persona:
  - Participación en las decisiones familiares.
  - Realización de actividades conjuntas.
  - Adecuada resolución de conflictos.
  - Pérdida de protagonismo dentro del grupo familiar.

### **6ª ETAPA: Seguimiento**

Tras el alta se establece un plan de seguimiento del cual se habla extensamente en otros lugares de este trabajo. Dentro del acercamiento individualizado, en las entrevistas que componen el referido plan de seguimiento, habrá que prestar especial atención a múltiples variables: relación familiar, aplicación práctica de lo aprendido, prevención eficaz de recaídas, grado real de autonomía, etc. Estos programas tienen una dimensión evaluativa importante, ya que deben aprovecharse las entrevistas para aplicar instrumentos valorativos normalizados que nos permitan hacer un seguimiento diacrónico riguroso de los sujetos dados de alta, sin olvidar que el seguimiento, además de evaluar, sirve para mantener y/o apuntalar terapéuticamente al sujeto.