

SUBPROGRAMA CANNABIS
FUNDACIÓN INSTITUTO SPIRAL



ÍNDICE

Advertencia importante

Introducción al tratamiento

Objetivos

Características específicas del programa

Niveles de intervención:

- **Abordaje médico – farmacológico**
- **Intervención psiquiátrica**
- **Actividades psico y socioterapéuticas**
- **Intervención individual**
- **Terapia Familiar**

Referencias bibliográficas

I. ADVERTENCIA IMPORTANTE:

Por las especiales características del consumo de derivados cannábicos, no sirve un programa uniforme, sino uno troncal y subprogramas adecuados al tipo de usuario. Dos razones lo justifican: 1ª) el cannabis es la 3ª droga consumida tras tabaco y alcohol lo que connota múltiples morfotipos de consumidores. La 2ª razón y quizá la más importante es la PERCEPCIÓN GENERALIZADA DE INOCUIDAD de los cannabinoides, lo que lastra la recuperación. En efecto, muy pocos son los pacientes que ingresan decididos a abandonar todo consumo. Incluimos aquellos que sufrieron un ataque de pánico, psicosis tóxica o cualquier otra crisis pese a lo cual cree que el consumo cannábico no le perjudicará con argumentos del tipo: “porque todo el mundo lo fuma y es menos dalino que el tabaco”.

Pero –entre los pocos que deciden dejarlo- un 35% de usuarios del cannabis dijeron que ellos no pudieron cesar en el consumo cuando ellos quisieron, el 24% continúan usando a pesar de los problemas que atribuyeron a la droga y el 13% sentían que ellos no podían controlar el consumo Thomas (1996)

Dicho esto, diferenciamos los pacientes candidatos a tratamiento en tres categorías operativas según el cannabis sea:

1. Droga principal y única
2. Droga principal asociada a otras drogas también principales
3. Droga secundaria

PERO LO QUE MÁS IMPORTA A EFECTOS TERAPÉUTICOS ES LA PERCEPCIÓN O NO DE DAÑO POR PARTE DEL PACIENTE.

La filosofía de este tratamiento es INCREMENTAR LA CONCIENCIA DEL PROBLEMA AL TIEMPO QUE SE NEUTRALIZA EL AUTOENGAÑO Y AUMENTA LA DETERMINACIÓN ADICTOLÍTICA PARA ABANDONAR DEFINITIVA, NO TEMPORALMENTE, EL CONSUMO DE CANNABIS.

II. INTRODUCCIÓN AL TRATAMIENTO

EFECTOS FISIOLÓGICOS DE LOS 6-9 THC

El consumo de 6- 9 THC produce un efecto de sedación, euforia y cierta dispercepción espacio temporal, acompañado de analgesia y acción antiflogística. Estos dos últimos efectos son empleados terapéuticamente en casos excepcionales.

Otros efectos fisiológicos generales son hipotensión e hipotermia con bradi o taquicardia según casos, y broncodilatación. Efecto agudo e inicial de aumento del apetito que pasado un tiempo se convierte en hipo o anorexia. En el sistema músculo esquelético se observa hipotono e incoordinación psicomotriz.

ASPECTOS PSICOPATOLÓGICOS A TENER EN CUENTA

1. SÍNTOMATOLOGÍA DE ABSTINENCIA

Aparece en menos de 12 horas alcanzando el acmé a las 36-48 horas. Suele tener intensidad media y en algunos casos elevada. Los síntomas principales ansiedad, irritabilidad, anorexia, mioclonías, inestabilidad anímico afectiva, diaforesis taquicardia y a veces diarrea.

2. DEPENDENCIA PSICOFÍSICA

El riesgo de desarrollar dependencia es de 1:10 en aquellos que alguna vez han probado la droga; entre 1:5 a 1:3 en aquellos que la consumieron mas de una vez; y 1:2 en aquellos que se convirtieron en consumidores diarios (Dell'Orfano, 2005). El 6- 9 THC desarrolla tolerancia, sintomatología de abstinencia y en consecuencia dependencia física y una insidiosa y difícil dependencia psicológica. El cannabis causa dependencia y síndrome de abstinencia, actuando en los niveles de dopamina en el cerebro de una manera similar a las drogas como heroína, cocaína y nicotina. El umbral para un alto riesgo de dependencia parece estimarse en consumo semanal junto a una mayor apetencia por cannabis que por el alcohol (Coffey, 1993)

3. COMPLICACIONES PSIQUIÁTRICAS EN CONSUMIDORES DE CANNABIS

Demostrado incremento del riesgo de suicidio. Aflorar un trastorno psiquiátrico o exacerbar un trastorno psiquiátrico pre-existente De los múltiples componentes de la planta Cannabis Sativa, el principal es el delta-9-tetrahidrocannabinol (6- 9 THC). Los derivados cannábicos son facilitadores de aparición de trastornos mentales y/o del comportamiento, mucho mayor que los opiáceos y similar a los psicoestimulantes, afectando tanto la neurotransmisión dopaminérgica, que explicaría los efectos cognitivos y euforizantes, como la serotoninérgica, que podría relacionarse con los efectos timodepresores.

4. PRINCIPALES COMPLICACIONES PSIQUIÁTRICAS:

- Síndrome amotivacional
- Deterioro cognitivo
- Psicosis
- Ansiedad

SÍNDROME AMOTIVACIONAL

El denominado “síndrome amotivacional” (Smith, 1968) es una de las secuelas por cannabis más habituales y discutidas. Ese “no tener ganas de hacer nada”, consiste en abulia, desmotivación, apatía y anergia. Este síndrome es más frecuente entre consumidores diarios que aquellos que lo hacen esporádicamente.

DETERIORO COGNITIVO

Se refiere a la interferencia en los procesos de aprendizaje y memoria. También de la atención y de la función ejecutiva en sujetos en desarrollo como los adolescentes

Al parecer el consumo agudo provoca en general un deterioro reversible debido a la inhibición de la transmisión noradrenérgica, glutamatérgica y colinérgica en tanto que el consumo crónico produce deterioro persistente.

PSICOSIS-ESQUIZOFRENIA

El consumo continuado de cannabis en sujetos predispuestos puede estar relacionado con psicosis esquizofrénica cuyo primer episodio aparece tras un año de consumo. Responden peor a los antipsicóticos y tienen más recaídas que los esquizofrénicos no consumidores.

Un metaestudio (Smith, 2003) evidencia que el uso de cannabis aumenta el riesgo de esquizofrenia y de otros trastornos psicóticos concluyendo que el riesgo es mayor en personas vulnerables. También cuando mayor es el consumo y/o en los consumidores crónicos de cannabis.

Hay estudios que demuestran que sujetos con esquizofrenia y otras psicosis que frecuentemente tienen consumo de sustancias psicoactivas llegando a una dependencia de ellos. La nicotina, alcohol y cannabis eran las más frecuentes. Estos sujetos duales presentaban diferencias en la sintomatología, en las respuestas a la medicación farmacológica respecto a los que no hacían consumo de drogas. (Margoless et al. 2004).

ANSIEDAD

Las crisis de ansiedad suelen presentarse en consumidores debutantes o inexpertos, pudiendo persistir los síntomas si se mantiene el uso de cannábicos. El uso crónico o, en ocasiones, el uso aislado en sujetos sensibles, inexpertos o predispuestos puede provocar episodios breves de ansiedad y ataques de pánico. Dependiendo de la combinación de síntomas neuróticos y de la conducta, dicho estado ha sido denominado como reacción aguda de pánico, delirium tóxico, estado paranoide. Estos síntomas suele tener un comienzo agudo, después de terminar el cigarrillo de marihuana o después de 2 horas. Y suele remitirse en pocas horas o días.

III. OBJETIVOS DEL PROGRAMA

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

1. A corto plazo

- 1.1 - Exploración de la conciencia del daño por cannábicos en el paciente
- 1.2 - Recuperación de las secuelas médicas por cannabis si las hubiere
- 1.3 - Recuperación de las secuelas psico (pato) lógicas
- 1.4.- Recuperación de las secuelas sociorrelacionales

2. A medio plazo

- 2.1 - Adquisición o reelaboración (si procede) de la de conciencia del daño por cannábicos en el paciente
- 2.2 - Desarrollo de la decisión firme y sin autoengaño de abandono del cannabis
- 2.3 - Inducción de mensajes y metamensajes saludables
- 2.4 - Reestructuración responsable y modificación de la personalidad
- 2.5 - Maduración psicológica y culminación de la recuperación secuelar
- 2.6 - Recuperación de las secuelas somáticas no inmediatas
- 2.7 - Aprendizaje de alternativas de ocio y de tiempo libre
- 2.6 - Fomento de la formación cultural y/o académica
- 2.6 - Trabajo familiar paralelo

3. A largo plazo

- 3.1 - Afianzamiento de la conciencia daño por cannábicos en el paciente
- 3.2.- Culminación y verificación de la decisión firme y sin autoengaño de abandono del cannabis
- 3.3.- Puesta a prueba de avances conseguidos mediante salidas
- 3.4 - Estandarización de pautas de vida saludables
- 3.5 -Intensificación de las medidas de integración social que sean factibles desde el centro

IV. CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DEL PROGRAMA

El programa para adictos al 6- 9 THC participa tanto de la filosofía terapéutica como de los planteamientos asistenciales del programa terapéutico general. Sin embargo, posee una serie de características específicas que pasamos a describir:

- La primera es que, al llevarse a cabo en un régimen residencial de horario amplio, quienes lo efectúen disponen de un menú de actividades terapéuticas tanto generales como específicas que se va desarrollando según avanza el sujeto en el programa y en un entorno idóneo para tal fin. Se consigue así el doble objetivo de incidir en los trastornos y alteraciones propias del consumo de derivados cannábicos y de permitir al sujeto la toma de conciencia de esta peculiar y peligrosa, por minimizada, adicción.

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

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

Teniendo en cuenta lo dicho más arriba, durante el programa se abordan los denominados **trastornos motivo – érgicos** y los **trastornos volitivos** (Sirvent, C. 1991) que en el caso de los adictos al cannabis se sustancian en el denominado *síndrome amotivacional* aplicando las medidas terapéuticas adecuadas para que la vitalidad perdida se recupere y se sepa mantener. De igual forma, se incide en la personalidad dependiente del sujeto para ayudarle a recobrar la capacidad para tolerar las frustraciones, para manejar el displacer, para transformar en muchos casos un estilo consumista y hedonista tanto en la relación con los demás como en su actitud ante la vida en otro más maduro y para manejar la **adictofilia o toxicofilia** (Sirvent, C. 1991), que hace referencia a esa atracción cuasi inconsciente hacia el cannabis y en no pocos casos y hacia el perimundo en que se desarrolló su adicción (ambientes, rituales, estímulos asociados, etc.). Hablar de dependencia, por otro lado, es hablar de **ausencia de autocontrol** de manera que este concepto se convierte no sólo en un objetivo a alcanzar por sí mismo sino en la resultante del trabajo terapéutico realizado en aspectos como la impulsividad y la inmediatez, aspectos que alcanzan dimensiones patológicas en dependientes del 6- 9 THC y les conducen a reaccionar de manera ciega e iterativa. Decir finalmente que el programa dedica una atención especial a todos los fenómenos ligados al autoengaño y a la

distorsión de la realidad (**Mistificación**) pues crean tal coraza de desconfianza y de falta de sinceridad en el adicto que obstaculizan el proceso de ayuda en las dos direcciones (dar y recibir), hace que muchos sujetos se consideren “curados” prematuramente y provoca esas enormes sorpresas que a veces proporcionan este tipo de drogodependientes cuando, inopinadamente, actúan de una manera que nadie esperaba y que no se puede explicar a la luz de su comportamiento previo.

- Mención aparte supone el abordaje de la psicopatología asociada al consumo de 6-9 THC. Pudiera parecer una locura que un sujeto paranoide, paranoizado por las drogas que consume o ambas cosas a la vez sea capaz de prosperar en un entorno inicialmente tan aversivo para él como un centro convivencial. No obstante, así sucede, y las claves de ello se encuentran no sólo en una intervención multiprofesional ajustada e integral que nazca de sensibilidad del Equipo Técnico del centro a la trayectoria y necesidades de cada paciente sino en la llamada “atmósfera terapéutica” (ver “*Programa Terapéutico de Instituto Spiral*”) tan difícil de crear y de mantener pero que, una vez conseguida, se convierte en un mecanismo de acción holística que potencia el efecto de todo el elenco de medidas terapéuticas grupales e individuales que se adopten.

V. NIVELES DE INTERVENCIÓN

Abordaje médico – farmacológico

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

Tratamiento psicofarmacológico

El tratamiento psicofarmacológico nunca debe ser exclusivo. Las medidas farmacológicas se completan con otras que normalicen al sujeto en diferentes niveles: ritmos biológicos, equilibrio psicofísico, lucidez mental, etc. Estas medidas comprenden un régimen de horarios, de ejercicio físico, de normas alimenticias, etc, amén de la psicoterapia y socioterapia que más adelante se desarrolla.

A título de ejemplo mencionaremos algunas posibilidades de intervención psicofarmacológica en dependientes del cannabis. Obviamente las posibilidades son mucho mayores y exceden el marco de este programa.

Se deben tener en cuenta los componentes sintomatológicos de la **deprivación** de 6-9 THC, siendo los síntomas principales antes referidos (ansiedad, irritabilidad, anorexia, mioclonías, inestabilidad anímico afectiva, diaforesis taquicardia y a veces diarrea) mediante tratamiento médico sintomático, y según los síntomas predominantes, alguna de las siguientes familias (a veces hasta dos o tres combinadas) ansiolíticos, hipnosedantes, eutimizantes, neurolépticos e ISRS.

El síndrome **amotivacional** puro (no complicado) suele responder a los ISRS

Para la **ansiedad y los ataques de pánico** suelen prescribirse ISRS asociados a ansiolíticos o buspirona. A veces es necesario el concurso de un antipsicótico preferiblemente atípico de última generación.

Los procesos **psicóticos** de los adictos a cannabis suelen tener bastante productividad (sintomatología positiva) que puede requerir el concurso de un antipsicótico incisivo inicialmente (por ejemplo butirofenónico) para seguir ulteriormente con antipsicóticos atípicos de última generación. En ocasiones hay una respuesta hipotímica que precisa de ISRS o heterocíclicos.

- Intervención psiquiátrica

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

- Medidas psico y socioterápicas:

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

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

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

-

Actividades psico y socioterapéuticas

Entendemos que todas las actividades que realiza el sujeto tanto en el centro como fuera del mismo (salidas) forman un conjunto concatenado en el cual no es

posible desligar unas de otras ni establecer un orden jerárquico según las apetencias del propio adicto o, en algunos casos, de los profesionales que le atienden. Además, cabe recordar en este punto la regla 30/70 (relación porcentual ideal entre tiempo dedicado a psico y socioterapias y al resto de actividades) pues variar dicha relación significa fatigar al sujeto con excesiva psicoterapia o bien dejarle sin apoyo psico y socioterapéutico (si la relación disminuyen uno u otro sentido).

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

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

Las principales son:

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

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

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

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

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

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

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

NIVEL	TIPO
Monográficas	Preparación salida AMP Análisis de salida
Psicoeducativas	Grupo educativo general Grupo de E.H.G. Grupo de Áreas Básicas Programa Terapéutico Foro temático
E. Grupales	Grupo de E.H.E. AGP Magazine Autoanálisis
Funcionales	Comentario Postprandial Mejora de funcionamiento Revisión funcional
Observacionales	Agenda de autorregistro Control de objetivos Tareas
Adictológicas	Programa de prevención de recaídas

Intervención individual

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

No queremos establecer, sin embargo, ninguna relación jerárquica o menos aún dicotómica entre lo individual y lo grupal, dado que ambos polos vienen a entremezclarse en la realidad compleja de la actuación terapéutica y todavía más en el balance final de los cambios de personalidad que se busca promover.

De hecho, el primer contacto entre un potencial usuario de la red asistencial y algún dispositivo de la misma suele venir enmarcado, precisamente, por relaciones

personales paciente - profesional que dan comienzo al acercamiento individual a sus dificultades, porte o no el sujeto una demanda definida, cuya trascendencia puede llegar a ser decisiva sobre posteriores decisiones respecto a la rehabilitación.

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

VI. DESARROLLO

Las etapas que comprende el programa individualizado de intervención serían:

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

1ª ETAPA: Evaluación Bio-Psico-Social

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

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

2ª ETAPA: Desintoxicación

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

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

3ª ETAPA: Integración-Reorganización

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

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

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

- En relación con el Equipo Técnico, la colaboración y la confianza en el mismo son condiciones imprescindibles para todo lo demás.
- Respecto al ÁREA DE FUNCIONAMIENTO, los requisitos para pasar a la siguiente fase son:
 - La adquisición y mantenimiento de hábitos saludables de conducta y autodisciplina.
 - El cumplimiento estricto de normas y horarios y el buen nivel en el desempeño de responsabilidades.
 - Se requiere igualmente que el sujeto haya adquirido una actitud positiva hacia el trabajo y el deporte, es decir, que lo viva como una alternativa válida y que lo desempeñe con interés y motivación.
- En el ÁREA PSICOLÓGICA-PERSONAL se da prioridad a la adquisición de vitalidad, ilusión y ganas de luchar por pequeños y grandes proyectos que, no obstante, no excedan las capacidades reales de la persona. Dado que aún suele permanecer una menor o mayor tendencia a las descompensaciones afectivo-emocionales, se procuran establecer objetivos individuales que incidan más en las adquisiciones prácticas necesarias para el avance terapéutico. De todas formas, en este área podemos señalar las siguientes metas:
 1. Autoimagen
 - ◆ Adecuada capacidad de autocrítica.
 - ◆ Reacción positiva ante las críticas.
 - ◆ Conocimiento e identificación de las consecuencias derivadas de las adicciones.
 2. Vitalidad, ánimo y carácter
 - ◆ Estabilidad anímica aunque pueda experimentar ciertas fluctuaciones.
 - ◆ Adecuada tolerancia a las frustraciones.
 - ◆ Equilibrio pesimismo/optimismo.
 - ◆ Equilibrio relajación/tensión.
 3. Personalidad
 - ◆ Equilibrio rigidez/flexibilidad.
 - ◆ Adecuado nivel de sinceridad.
 - ◆ Energía e ilusión en las cosas.
 - ◆ Cumplimiento de metas y objetivos a corto plazo.
 - ◆ Capacidad de esfuerzo y superación.
- En el ÁREA TOXICOFÍLICA los objetivos a alcanzar serían:

- Manejo de los pensamientos sobre drogas.
 - Amortiguación de los deseos de consumo.
 - Disminución de la imperiosidad.
 - Disminución del hedonismo.
 - Eliminación consumismo actitudinal.
- Finalmente, el ÁREA FAMILIAR vendría a caracterizarse por la consecución de una mejora en la actitud hacia la familia que se concretaría en:
 - Interés en restablecer la relación familiar.
 - Progresiva resolución de conflictos anteriores.
 - Análisis y comprensión del sistema familiar.
 - Resolución del sentimiento de culpabilidad frente a la familia.

4ª ETAPA: Maduración

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

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

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

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

- El ÁREA TOXICOFÍLICA es igualmente importante en esta etapa. La persona se integra en esta fase con una disminución importante de la imperiosidad, el consumismo actitudinal y el hedonismo. Ahora se trabaja el análisis profundo y comprometido sobre las renuncias inherentes a abandonar el consumo de drogas, la eliminación del consumo residual y la detección y búsqueda de alternativas a las situaciones de riesgo, tanto directas como indirectas.
- En cuanto a la ACTITUD ANTE LA REHABILITACIÓN se requiere que el sujeto analice de forma objetiva su momento en el tratamiento y se marque y desarrolle objetivos terapéuticos adaptados a ello.
- En el ÁREA RELACIONAL es prioritario conseguir la profundización en los sentimientos íntimos y la expresión asertiva de los mismos.
- En el ÁREA DE FUNCIONAMIENTO se precisa interiorizar y mantener lo conseguido hasta el momento con escasa o nula presión de grupo. Se requiere, igualmente, un buen rendimiento general.
- En el ÁREA FAMILIAR resulta importante lo siguiente:
 - Pautas comunicativas saludables.
 - Proyectos compartidos.
 - Reconocimiento por parte de la familia del cambio efectuado.

VII. TERAPIA FAMILIAR

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

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

Por nuestra parte, entendemos que cualquier contacto entre la familia y el equipo terapéutico - bien sea enmarcado dentro de estructuras formales (reuniones, sesiones de terapia familiar, entrevistas de valoración, visitas al centro, etc.) o bien se lleve a cabo en otras circunstancias, incluso sin la presencia física de alguna de las dos partes (llamadas telefónicas) - que abra las puertas a un mayor conocimiento de

la problemática familiar y permita una mejor cooperación entre ambos puede denominarse terapia familiar sin ningún tipo de escrúpulos salvo los que se refieren a la intensidad, nivel y complejidad de dichos contactos. Digamos además que la intervención familiar no es una enucleación del tratamiento general sino que se integra y sincroniza con el resto de actividades de manera que se produzca una sinergia entre todos los frentes de intervención del programa terapéutico (socioterápico, psicoterápico, familiar, etc.).

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

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

Objetivos generales del Programa de Terapia Familiar

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

reaccionar ante la misma con prontitud, serenidad y sin las perturbaciones en la dinámica relacional de la vez (o veces) anteriores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Álamo González, C.; López-Muñoz, F.; Cuenca, E. *Abordaje farmacológico de las recaídas en las adicciones*. Adicciones. Revista de Socidrogalcohol, vol.12 (4), 2000.

Bobes García, J.; Calafat Far, A., *De la neurobiología a la psicología del uso-abuso del cannabis*. Adicciones. Revista de Socidrogalcohol, vol.12, 2000.

Chicharro, J., *Variables indicadoras del tratamiento y evolución en pacientes drogodependientes. Su relación con rasgos de personalidad*. Psicología.com Revista Electrónica de Psicología, vol.9 (2), 2005.

Copeland, J., *Patterns and correlates of treatment: findings of the minimum dataset of clients of alcohol and other drug treatment services*. Drug & Alcohol Review, vol.23 (2), 2004.

Dell'Orfano, M., *Trastornos psiquiátricos en consumidores de cannabis*. Interpsiquis, 2005.

Fernández Ruiz, J.; Ramos, J.A., *Receptores endocannabinoides y su aplicación clínica*. Reunión sobre Daño Cerebral y Calidad de Vida. (9ª. 2003. Madrid, España), 2003.

Mayán Conesa, P.; García Fraga, J.A., *Valoración del enfermo drogodependiente en los Servicios de Urgencias*. Adicciones: Revista de Socidrogalcohol, vol.18, suplemento 1, 2006.

Núñez Domínguez, L.A., *Uso de neurolépticos atípicos en esquizofrénicos consumidores de cannabis*. Adicciones: Revista de Socidrogalcohol, vol. 13 (1), 2001.

Pérez de los Cobos Peris, J.C., [et al.], *Tratado SET de trastornos adictivos*, vol. 1. Médica Panamericana, 2005.

Ramos, J.A.; Fernández Ruiz, J., *Estado actual de los conocimientos sobre el sistema cannabinoide endógeno. Actualización de los conocimientos acerca del uso terapéutico de los cannabinoides*. Agencia Antidroga, 2003.

Rodríguez de Fonseca, F., *Avances en la Neurofarmacología de los receptores para opiáceos y para cannabinoides: aplicaciones para la terapéutica de la adicción a las*

drogas inyectables. Reunión Nacional sobre el SIDA. (4^a. 1997. Santander, España). Sociedad Española Interdisciplinaria de SIDA, SEISIDA. 1998.

Solé Puig, J., *Tratamiento del paciente cannábico*. Adicciones. Revista de Socidrogalcohol, vol.12 supl.2, 2000.

Solé Puig, J., *Tratamiento del paciente cannábico*. Jornadas de Expertos en Cannabis en la Comunidad de Madrid. (1^a. 1999. Madrid, España). Agencia Antidroga, 1999.

Solé Puig, J., *Tratamiento de la adicción a cannabis*. Guía Básica sobre Cannabinoides. Madrid: Sociedad Española de Investigación sobre Cannabinoides, 2002.

Olievenstein C., *Experiencia en Francia de los sistemas de rehabilitación de Toxicomanías no alcohólicas*. Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista (2), 1982.