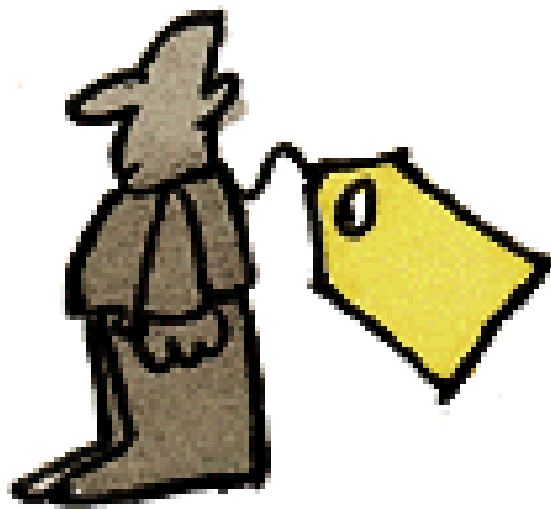


# PROGRAMA PARA SUJETOS CON PATOLOGÍA DUAL



## Índice

INTRODUCCIÓN.....	3
CONCEPTO Y CLASIFICACIÓN.....	4
ASPECTOS PSICOPATOLÓGICOS GENERALES.....	5
CARACTERÍSTICAS COMUNES EN ADICTOS QUE PRESENTAN COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA.....	9
PRINCIPIOS DE INTERVENCIÓN .....	12
METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN .....	18
PLANOS DE INTERVENCIÓN .....	19

## INTRODUCCIÓN

Los mal llamados **trastornos duales** (ya que dicha denominación se empezó aplicar primero a los trastornos de personalidad asociados a otros trastornos mentales) representan un porcentaje cada vez mayor tanto de adicción para los sujetos con otra psicopatología como a la inversa, hasta el punto de que se prevé que en el año 2010 más del 70% de la población psiquiátrica presentará algún tipo de drogodependencia (*M. Casas, 2001*).

Algunas razones que pueden explicar dichas tasas al alza de la comorbilidad son:

- La propia intrahistoria de las adicciones: desde principios de los años 80 hasta la actualidad se viene lastrando un problema que, por cronicidad o acumulación, va incrementando las secuelas psicopatológicas de los consumidores inveterados de drogas. Esto explicaría el aumento de pacientes tipo 2 de la clasificación de First - Gladis (ver cuadro 2).
- La convivencia con las sustancias: la cultura del uso (legal o ilegal) de drogas y la autoadministración (con fines autoterápicos) explicarían el incremento de t. duales tipos 1 y 3 de First - Gladis (ver cuadro 2).

Debido a ello – y aún a riesgo de caer en tópicos de sobra conocidos por los profesionales que trabajan actualmente en adicciones - hay que decir que los trastornos duales no sólo suponen un porcentaje creciente de las demandas terapéuticas que se producen en este campo de la salud sino que además plantean uno de los grandes retos asistenciales de hoy en día debido a su extrema complejidad, las desavenencias y polémicas que han suscitado entre profesionales de las adicciones y de la salud mental general y la carencia de respuestas eficaces a los problemas que los acompañan.

## CONCEPTO Y CLASIFICACIÓN

Los trastornos duales consisten en la asociación de un trastorno por uso de sustancias a otro trastorno mental. Algunos autores excluyen de este concepto los trastornos de personalidad, en tanto que otros no sólo los incorporan sino que hacen especial hincapié en el trastorno antisocial de la personalidad como el más típico de este tipo de patología.

Las clasificaciones más utilizadas (*Zimberg, 1996; First y Gladis, 1996*) suelen basarse en el factor cronológico, esto es, en qué trastorno apareció antes o cuál es el trastorno primario. *Sirvent* elaboró en 1994 (cuadro 1) la siguiente clasificación:

1. Trastorno mental (T. M. ) **previo** al inicio de consumo de drogas
2. T. M. **latente** desencadenado por el consumo de drogas
3. T. M. **secundario** al consumo de drogas
4. T. M. caracteropático **secundario al modus vivendi** propio del adicto
5. T. M. **ulterior** a la drogodependencia, no inducido por ésta

### Cuadro 1: Clasificación de los trastornos duales (Sirvent, C. 1994)

Es bastante utilizada a este respecto la clasificación de *First y Gladis (1996)*, recogida en el cuadro 2, que simplifica la tipología y tiene en cuenta aspectos etiopatogénicos.

1. Trastorno psiquiátrico primario y trastorno por uso de sustancias secundario
2. Trastorno por uso de sustancias primario y trastorno psiquiátrico secundario
3. Dualidad primaria: Trastorno por uso de sustancias primario y T. M. primario

**Cuadro 2: Clasificación de los Trastornos Duales (*First y Gladis, 1996*)**

## **ASPECTOS PSICOPATOLÓGICOS GENERALES**

Dada la diversidad de patrones asistenciales imperantes, lo que para unos centros es regla en otros es excepción. Así, hay centros que no admiten a sujetos con patología dual, otros se nutren casi exclusivamente de este tipo de pacientes y – por fin - la mayoría tienen una mezcla de todo tipo de sujetos con o sin patología dual.

Los pacientes con trastornos duales pueden acceder al centro en tres tipos de situación: 1º) *crónica*, 2º) *estacionaria o compensada* y 3º) en situación de *descompensación aguda*. En los cuadros 3 y 4 se describen algunos tipos de las situaciones agudas y crónicas más frecuentes.

**¿Qué tipo de situaciones crónicas son las más frecuentes? (ver cuadro 3)**

Los pacientes con trastornos psicóticos (sean de origen esquizoide o bien adictivo) que abocan a situaciones crónicas mantienen ciertas diferencias según sea primario el trastorno mental o la adicción. Si es primaria la psicosis, se suele presentar una sistematización delirante más estructurada, las oscilaciones tímicas son menores y el *tufo clínico* orienta más hacia sintomatología específica defectual. El paciente con adicción primaria (sobre todo por consumo crónico de psicoestimulantes o hipersensibilidad a los mismos), muestra una sintomatología más oscilante, errática y cambiante, el deterioro fluctúa entre el *cuelgue* más absoluto o un deterioro apenas perceptible, aunque los síndromes crónicos por desgracia se decantan más hacia lo primero.

**Cuadro 3: Psicopatología crónica en t. duales (Sirvent, C.2001)**

**Tipo 1:** Psicosis crónicas residuales o defectuales con predominio de la sintomatología negativa y empobrecimiento afectivo- emocional.

**Tipo 2:** Trastornos orgánicos y/o demenciales típico de alcohólicos crónicos y consumidores con deterioro cognitivo manifiesto.

**Tipo 3:** Sujetos con trastornos tímicos oscilantes bien en permanente estado hipomaniáco o que pasan de la depresión a la euforia sin apenas transición.

**Tipo 4:** Estados depresivos crónicos con aplanamiento emocional, embotamiento sensitivo y una característica anhedonia (nada les hace disfrutar).

**Tipo 5:** Resto de trastornos de evolución crónica: toc, fobias, neurosis, desadaptaciones, etc. tamizados por la adicción.

Los sujetos con trastornos orgánicos (síndromes de Korsakoff, sufrimiento cerebral por hiperdosificación continuada o intoxicaciones crónicas) tienen mal pronóstico y una evolución generalmente maligna. No obstante, es

mucho lo que se puede hacer por estos pacientes tanto en el plano socioterápico como en general con medidas a veces sencillas pero que, incomprensiblemente, no se aplican, tales como instrucción familiar, *saberles llevar* y no provocar su a veces natural tendencia irascible, etc.

### **¿Qué tipo de situaciones agudas son las más frecuentes? (ver cuadro 4)**

Crucial importancia tiene el saber determinar e intervenir en *situaciones agudas* (ver cuadro 4), que son típicas de sujetos en estadios evolutivos iniciales o en descompensaciones de sujetos en situación subaguda e incluso crónica.

Así, una de las situaciones más frecuentes son los episodios agudo de tipo delirante que pueden ser inducidos por psicoestimulantes (cocaína, anfetaminas, éxtasis, a veces cannabis), por psicodislépticos (ácidos) e incluso alcohol (las denominadas borracheras patológicas, embriagueces) y hasta tranquilizantes y neurolépticos (efectos paradójicos).

Conviene hacer un buen diagnóstico diferencial para administrar una u otra medicación, ya que es frecuente ver la yuxtaposición de síndromes bien distintos que responden a distinta naturaleza originaria. Por ejemplo, es factible confundir la agitación desorganizada de un depresivo con el estado confusional de un psicótico y las pautas farmacológicas son no ya diferentes sino antitéticas, lo que puede conducir a severas equivocaciones.

**Cuadro 4: Psicopatología aguda en t. duales (Sirvent, C. 2001)**

**Tipo 1:** Crisis psicóticas: estados delirantes o desorganizados, estados confusionales.

**Tipo 2:** Estados de ansiedad o irritabilidad extrema, insomnios pertinaces, angustia.

**Tipo 3:** Raptos de agresividad o violencia, auto o heterolítica, destructividad, descontrol.

**Tipo 4:** Estados depresivos: hipotimia, vacuidad, anergia, inedia, crisis de tristeza y llanto.

**Tipo 5:** Estados de abstinencia (SAO, SAE, SAA), craving agudo, craving tardío.

Siempre es imprescindible determinar el origen del episodio psicótico agudo. El caso habitual de un sujeto vulnerable que padece un episodio psicótico que es confundido con una esquizofrenia incipiente no es – por desgracia - infrecuente, sino habitual. ¿Cuántos pacientes han sido falsamente etiquetados de psicóticos tan sólo porque algunas pastillas de drogas sintéticas, una raya de coca e incluso unos vulgares porros le provocaron un episodio delirante agudo que asustó a la familia y confundió al profesional que, a veces por curarse en salud, anticipa a la familia que dicho episodio puede ser el debut de una esquizofrenia?. Un buen diagnóstico aconseja prudencia y antes de etiquetar al sujeto conviene estudiar su evolución, para que – en el caso de que se confirme que era una psicosis tóxica - incidir en la *imperiosa necesidad* de que el sujeto no vuelva a consumir nunca más esas ni parecidas sustancias, so pena de desarrollar un trastorno psicótico.



## **CARACTERÍSTICAS COMUNES EN ADICTOS QUE PRESENTAN COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA**

**- Muestran menor adherencia al tratamiento en las etapas iniciales del mismo. Sin embargo, en fases avanzadas se observa mayor resistencia a finalizarlo.**

Los programas de tratamiento para las adicciones se han tenido que enfrentar históricamente a un sinnúmero de problemas derivados tanto de las especiales características de tales fenómenos como de la multitud de situaciones que los circundan. La baja adherencia de sujetos adictos a los programas de tratamiento y su escasa permanencia en los mismos sigue trayendo de cabeza a gestores sanitarios y a terapeutas y, si bien de unos años a esta parte me parece que esta realidad está cambiando a mejor (de algo tienen que servir tantos fracasos y malos momentos), con pacientes duales no se puede dar nada por ganado ya que son depositarios de una “doble” herencia: en su vertiente psiquiátrica prolongan la tan conocida tendencia del paciente psiquiátrico a no respetar ni seguir las pautas farmacológicas o de otras índoles que se le prescriben y, por si fuera poco, en cuanto adictos también muestran la propensión a negar su problemática y/o a sentirse curados de manera milagrosa. A todo ello se le añade la especial reactividad de estos pacientes ante cualquier cambios para hacer que el esfuerzo inicial que implica integrarlos en un ambiente y en una estructura convivencial como los de centros residenciales resulte ímprobo. Curiosamente, esta última razón sumada a las que más adelante se esgrimen también explica gran parte del hecho de que, una vez integrados, se resistan a abandonar la seguridad de un entorno de estimulación controlada como es el centro residencial por la incertidumbre de su lugar de origen.

**- Requieren mayor atención del terapeuta (atención psicológica, tiempo e incluso presencia física).**

En asociación con lo dicho más arriba, el paciente dual demanda una atención más extensa e intensa que otros pacientes pues necesita de del cuidado profesional para defenderse de su propio naufragio

personal y de la extrema carencia de continuidad psicológica que les imponen sus patologías y alteraciones psíquicas. Como consecuencias indeseables de este hecho, no sólo los profesionales corren el peligro de que sus pacientes creen un intenso vínculo de dependencia con ellos sino que dicho vínculo puede ser bidireccional (codependencia), haciendo que el propio profesional acumule un exceso de tensión que le llegue a “quemar” (síndrome de burnout).

**- Mientras la sintomatología de los adictos sin patología asociada es más difusa (sensación de ansiedad, tristeza, vacío...) y más centrada en percepciones subjetivas, la de los duales es más intensa y concreta.**

Aunque resulte más fácil localizar en pacientes duales los síntomas diana sobre los que incidir tanto en su vertiente psicológica como somática, ello no implica que dichos síntomas se presten a una rápida remisión, más bien al contrario. Tanto es así que muchos sujetos precisan del mantenimiento prolongado (a veces crónico) de la medicación que se les prescriba. Abundando en lo anterior, la necesidad de incorporar la intervención psiquiátrica en el abanico de recursos terapéuticos de los centros residenciales ha impuesto un cambio de mentalidad en el abordaje de las adicciones. De esta nueva concepción de los centros residenciales como espacios de salud mental no asimilables sin embargo a otros dispositivos psiquiátricos emerge, entonces, tanto el requisito de una superespecialización psicopatológica como el de una intervención multiprofesional y multifrontal que incorpore nuevos profesionales en sus equipos terapéuticos.

**- En general las mujeres duales presentan sintomatología más exacerbada, resistente al tratamiento farmacológico y con predominio de los síntomas positivos (crisis de ansiedad, llanto histérico, etc.). Por el contrario, en las adictas sin un trastorno asociado predominan los síntomas negativos (apatía, falta de motivación, anhedonia...).**

Esta afirmación redunda en la anterior pero añadiendo el factor género e incidiendo más si cabe en la importancia de la supervisión psicopatológica continua y de los frecuentes ajustes farmacológicos como elementos imprescindibles del abordaje de las adicciones femeninas.

- **Su proceso terapéutico global resulta más prolongado.** No podemos confundir etapa con proceso global. Puede resultar “goloso” esperar que los pacientes duales derivados a centros residenciales acaben su estancia en ellos (limitada en el tiempo, como ya se sabe) no sólo remitidos sino transformados de tal manera que tan sólo precisen de intervenciones mínimas a posteriori. Nada más lejos de la realidad, ya que la recuperación de estos sujetos añade un plus de dificultad en todos los ámbitos y etapas que abarca tal proceso. Tampoco deberíamos entender prolongado por carente de objetivos pues, más bien al contrario, estos trastornos imponen una escrupulosa planificación terapéutica confeccionada de tareas sencillas y cometidos prácticos que el sujeto pueda llevar a cabo y que cimenten un soporte básico sin el cual no resulta viable intervenir en áreas más profundas (emotivas, relacionales, etc.).

- **Se muestran menos resolutivos ante cualquier dificultad.** Ítem más, los pacientes duales manifiestan una franca carencia de habilidades, inclusive las más básicas (autocuidado), que condiciona sobremanera el tratamiento desde su inicio. Podría explicarse esta situación diciendo que el monto de vitalidad de que dispone cada sujeto se agota en acciones improductivas o polarizadas según intereses toxicofílicos mientras que todos los síntomas negativos adquieren una intensidad y relevancia cada vez mayor. El paciente se instala así en una actitud pasiva fomentada por la postura sobreprotectora de quienes le rodean y en muchos casos además por tratamientos farmacológicos en exceso agresivos que acaba por convertirle en un auténtico incapaz respecto de cualquier tarea, máxime si ésta implica algún grado de autonomía personal.

- **Sus familias son más protectoras que las de otros adictos y, en el caso de que dispongan de pareja, ésta desempeña roles maternos (incluso si el paciente es mujer).** Desde hace tiempo se sabe que los familiares de personas con problemas adictivos son susceptibles de desarrollar un trastorno denominado “codependencia”, que puede definirse como “(...) el vínculo

*patológico dependiente o interdependiente que mantiene un sujeto no adicto (sujeto codependiente) con un sujeto adicto (alcohólico, drogodependiente o ludópata)."* (Sirvent, C. 2000). No nos entretendremos más de lo necesario en la descripción de este concepto pero sí en señalar que su abordaje forma parte ineludible de cualquier programa de terapia familiar en adicciones, teniendo en cuenta su gran influencia no sólo en la génesis y mantenimiento de la patología adictiva sino en el desenlace del proceso terapéutico. Además, el propio contacto con familias en estas circunstancias mueve al terapeuta hacia el análisis y la incidencia en tales vínculos al resultar bastante claro que los mismos perpetúan una situación dolorosa e ineficaz en la que el cuidado externo se impone al propio hasta el extremo de conducir al familiar o familiares a una situación de "vaciamiento" en el otro que les despersonaliza y les entrega a la angustia, el miedo y la impotencia. Como consecuencia obvia de lo descrito, en el caso de las patologías duales esta situación se multiplica por muchos enteros cuando el "objeto de cuidado" es alguien a quien poder etiquetar de "enfermo" (en cuanto sinónimo de incapaz, desvalido, minusválido, desprotegido, etc.) por partida doble (adicto y enfermo mental). Mención especial merece el vínculo de pareja, ya que acaba construyéndose sobre una parentalidad escindida, es decir, sobre un ejercicio de las funciones "nutricias" llevadas a su máxima expresión y exentas de la modulación de las funciones "normativas".

## **PRINCIPIOS DE INTERVENCIÓN**

**1. Antes de desarrollar un tratamiento a largo plazo basado en el diagnóstico psiquiátrico, resulta esencial observar al paciente durante un periodo libre de drogas suficientemente largo.**

Este aserto está cada vez más refrendado por la experiencia de los profesionales que asisten a la evolución a medio y largo plazo de sujetos con trastornos psicopatológicos añadidos. No estamos diciendo que los diagnósticos psiquiátricos iniciales sean erróneos por sistema pero sí engañosos si obviamos tanto el consumo de drogas como el estilo de vida

asociado a las mismas como factores patogénicos primordiales para cualquier adicto y capaces por sí solos de generar graves e intensas alteraciones psíquicas. Además, tanto la evolución hacia la enfermedad como hacia la salud son dimensiones en relación dialéctica que ofrecen muchas sorpresas (buenas o malas), incluso en aquellos casos con peor pronóstico. Quiero decir con ello que, aunque conozco lo suficiente las limitaciones terapéuticas que impone una personalidad fracturada, la consecución de una abstinencia suficientemente sólida no sólo es objetivo básico de cualquier tratamiento en adicciones sino que supone un instrumento imprescindible de diagnóstico psicopatológica en pacientes duales.

**2. Las distorsiones de la realidad que sufren estos pacientes deben tratarse a su debido tiempo y según el nivel de ansiedad que pueda tolerar cada uno de ellos.**

Si hay algo que los profesionales de centros residenciales no se cansan de repetir es que a los pacientes duales no se les puede forzar a renunciar de un día para otro a sus síntomas, por muy espectaculares y molestos que éstos puedan ser para quienes conviven con ellos (siempre, claro está, que no vulneren el respeto a los demás). Nos movemos, empero, en la delgada línea que separa el buen hacer terapéutico de la permisividad propia de muchas familias e incluso de la indiferencia que caracterizaba años atrás a algunas instituciones psiquiátricas, pues esta necesidad de ajustar el tempo de la intervención a cada paciente no implica que no existan límites para el comportamiento del sujeto ni que se le permita refugiarse en su psicopatología para eludir las responsabilidades y cometidos propios del proceso de recuperación. La creación de un ambiente adecuado en dispositivos en que conviven este tipo de pacientes con otros adictos sin patologías asociadas es uno de los grandes retos a los que nos tuvimos que enfrentar y, como siempre, algunas de las mejores lecciones sobre cuál era el camino adecuado para conseguirlo llegaron de manos de los propios sujetos en tratamiento, ya que nos enseñaron cómo ir abordando en progresión las distorsiones tan arraigadas de la realidad que portaban, teniendo escrupulosamente en cuenta el nivel de tolerancia de cada cual al choque con otra “realidad” que no era la

suya. Por ello, resulta curioso que en muchos casos hayamos aprendido la virtud de una paciencia bien entendida (insisto en que no es parecida ni de lejos a la permisividad) de personas etiquetadas de imperiosas, intolerantes e egoístas como son los adictos.

**3. Necesitan referencias grupales de normalidad y se debe cuidar mucho los contactos individuales intensos y continuados con otros pacientes duales.**

En línea con el párrafo anterior, la inclusión de pacientes duales en grupos de adictos “normales” ha sido y continúa siendo una de las estrategias terapéuticas más eficaces en centros residenciales. Remedando el dicho de “dinero llama a dinero”, podemos decir que “patología llama a patología” y que, si hacemos lo contrario, evitaremos el succulento atractivo que para muchos pacientes duales poseen los trastornos ajenos, ofreciéndoles por ende referencias que les ayuden a recomponer su equilibrio psíquico. Su inclusión en grupos normalizados debe ser, no obstante, progresiva, secuenciada y sensible tanto a la tensión que ello les cree como a la que experimenten el resto de pacientes, pues un sujeto con alteraciones psiquiátricas añadidas “remueve” a conciencia al resto de pacientes y destapa tanto las mejores y más sanas actitudes de cuidado del otro como toda suerte de reacciones regresivas que deben abordarse cuando sea menester.

**4. Hay que intentar que desmitifiquen los diagnósticos, tanto como etiquetas que les colapsan como excusas para todo (“no puedo, soy bipolar”).**

Poco se puede añadir al enunciado salvo que, aparte de las muchas estrategias que proporciona la literatura sobre este particular, el sentido común, el humor y un estilo llano, claro y directo suelen ofrecer resultados inmejorables para conseguir la renuncia del paciente a sus “apellidos” psicopatológicos y proporcionarles un nuevo sentido a lo que les sucede.

## **5. El tratamiento de pacientes duales exige mayor flexibilidad y pautas más directas, sencillas y concretas**

Con este tipo de pacientes lo más eficaz siempre es lo práctico. El diálogo “terapeutiforme” (leerles la cartilla, en castellano) y los análisis sofisticados no funcionan bien en la mayoría de los casos. Por ello, intentamos que salgan de su mundo mediante las tareas y cometidos que se les asignan - y que son anclas de realidad - pues más que un trabajo intelectual se busca que evolucionen por lo que hacen y no por lo que les pasa por la cabeza y piensan. Las tareas que se les asignan, entonces, deben ser sencillas y de fácil consecución a fin de fomentar su autoeficacia y su autoestima. Conviene además incluir actividades de carácter psicomotriz y de incidencia en lo no verbal dentro de sus rutinas terapéuticas

## **6. Debido a su aplanamiento afectivo, el estilo terapéutico debe ser más asertivo, paciente e intenso.**

Una psicóloga compañera de equipo se expresaba en estos términos cuando hablando del estilo a desarrollar con pacientes duales: *“A veces no acaban de contar lo que les pasa porque enseguida se les da la charla y se les habla desde la experiencia personal, sin centrarse en su experiencia y tratar de comprenderla”*. Añadía por otro lado que *“cuando parece que está todo perdido, que ya rayan en lo peor (pegar voces llorando, quererse morir, enloquecer...) hay que salirse de lo habitual, coger a la persona del brazo y demostrarle mucha atención pero no miedo, compasión o pena”*.

## **7. Confían más en sus terapeutas pero también crean lazos de dependencia más intensos.**

El desarrollo y la puesta en práctica del estilo que mencionábamos más arriba logran que el paciente confíe en sus terapeutas al descubrir que éstos ni se asustan, ni se desesperan, ni se atribulan, ni aguantan más de la cuenta las consecuencias de sus alteraciones psicológicas. Nace entonces la alianza de trabajo entre los unos y los otros, elemento imprescindible para el avance terapéutico ya que devuelve al paciente la responsabilidad sobre sus problemas pero lo hace en un entorno de contención. Esta confianza tiene, sin

embargo, una vertiente peligrosa en el caso de las adicciones y, en especial, en el de los trastornos duales pues estos pacientes pueden terminar creando un vínculo de intensa dependencia con los profesionales que les atienden, sobre todo en entornos terapéuticos como los residenciales en que la intensidad del refuerzo que supone la presencia de los terapeutas y la mejor accesibilidad a los mismos pueden perpetuar tanto los mecanismos de proyección y de transferencia como las dificultades de sujetos con patologías psiquiátricas añadidas para aceptar y adaptarse a los cambios ambientales y relacionales. Los terapeutas por su lado pueden completar de manera inadecuada la propuesta relacional de estos pacientes y caer así en la codependencia o pueden reaccionar contratransferencialmente y rechazarles sin miramientos arguyendo su talante dependiente y su excesiva necesidad de atención. Para que lo anterior no suceda, el profesional necesita tener presente uno de los axiomas más importantes de cualquier relación de ayuda: “ayuda tanto como sea necesario y tan poco como sea necesario”.

**8. Las salidas de prueba han de planificarse cuidadosamente porque se desestabilizan con facilidad ante estímulos directos y estresores y o bien se vienen abajo o bien cualquier cambio mínimo en sí mismos les lleva a creerse curados.**

La característica labilidad emocional de los adictos se potencia en el caso de que sufran trastornos psicopatológicos añadidos. La oferta de continuidad que suponen los centros residenciales ayuda en gran medida al reestablecimiento de la normalidad psíquica y provee de una línea basal sobre la que reconstruir la personalidad de cada sujeto. Cabe añadir además que la premeditada ausencia de estímulos tanto estresores como consumofílicos permite un mejor control ambiental que contribuye a reforzar todas las demás intervenciones diseñadas para la estabilidad del paciente. Las salidas atentan contra este nuevo orden y despiertan no sólo la reactividad toxicofílica sino el talante fóbico de muchos pacientes duales, que no saben digerir el aluvión estimular que implican las mismas. Por otro lado, la facilidad con que los mismos ceden ante el llamado “racionamiento emocional” al que se le viene a sumar el de la mistificación (*Sirvent, C.1991*) y el ansia de retornar a una



realidad fantaseada que siempre es mejor en la teoría que en la práctica añaden un plus de dificultad a las salidas que se planifican para pacientes duales y exigen que las mismas cuenten con más mecanismos de control que los habituales en otras circunstancias similares.

**9. El abordaje familiar paralelo resulta imprescindible pues la problemática familiar suele ser causa y consecuencia de muchas de las alteraciones presentes.**

Las personas más cercanas a los adictos sufren un progresivo deterioro psicológico imputable a diversos factores: el apropiamiento involuntario por parte de los familiares (especialmente los padres y la pareja) de funciones, roles y cometidos que corresponden al adicto/a según éste se vuelve más negligente o incapaz, la enorme tensión que provocan tales problemas en quienes están cerca del adicto dadas las situaciones límite que les toca vivir, la reclusión de los familiares en la problemática adictiva de manera que la misma se esclerotiza y cronifica por efecto de su participación en ella, etc. Y todo ello, como vengo diciendo en muchos apartados precedentes, multiplicado por la presencia de patologías mentales capaces de generar también muchas de las distorsiones familiares antes mencionadas. El resultado final es un proceso de despersonalización de los familiares y la desaparición de distancias emocionales adecuadas respecto al problema y al sujeto del mismo que les lleva a conceder más importancia a los avances psicológicos que desean ver que a los esfuerzos que puedan realizar día a día, por pequeños que sean, los pacientes. Esta postura desiderativa crea mucha ansiedad y confusión en los familiares y les conduce a actuar de manera semejante e incluso equivalente y complementaria a la de los pacientes duales (o todo bien o todo mal). Además, como en el caso de los propios pacientes, las familias quedan atrapadas en etiquetas diagnósticas y en el miedo a que el familiar no supere su enfermedad mental. Paradójicamente, en muchas ocasiones se les tiene que señalar y ayudar a modificar el trato que les dispensan y que resulta una mezcla de miedo, descalificación, sobreprotección y rechazo que mantiene vigentes los vínculos relacionales característicos de las patologías psiquiátricas.

## **METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN**

1. Contacto inicial multiprofesional (psicólogo, educador, a. social, psiquiatra, etc.) que facilite información tanto directa como externa (familia, informes anteriores) sobre el perfil tanto adictivo como psicopatológico.
2. Evaluación y cotejo de datos como pasos previos a la aplicación coordinada de medidas socioterapéuticas, prescripción de tratamiento psicofarmacológico, supervisión individual y establecimiento de pautas y tareas que regulen ritmos básicos (higiene, alimentación, horarios...).
3. Supervisión psicopatológica continua y ajustes farmacológicos frecuentes, haciendo hincapié en el ámbito funcional (tareas sencillas y cometidos prácticos que el sujeto pueda llevar a cabo) a fin de crear un soporte básico sin el cual no resulta viable intervenir en áreas más profundas (emotivas, relacionales, etc.).
4. Asignación de tareas progresivamente complejas según vaya evolucionando cada sujeto mientras se le integra en grupos de pacientes más estabilizados que sepan manejar con naturalidad las posibles emergencias que planteen y sus peculiaridades psicológicas.
5. Cuando se llevan a cabo las acciones anteriores, la supervisión y el modelado pasan a ser más grupales que individuales mientras se implementa por otro lado una intervención psicoterapéutica de complejidad creciente.
6. Una vez remitida la sintomatología aguda o más florida es importante que el sujeto adquiera cuanto antes pleno sentido de sus responsabilidades, haciéndole consciente de lo que está haciendo y hasta dónde puede llegar.
7. Llegados a este punto es importante neutralizar la euforia o angustia de la familia, anticipando que los cambios no son todavía definitivos o

tranquilizándoles si la evolución es lenta pero ascendente. Siempre resulta útil hablar claramente respecto a lo que sucede.

8. No creemos en la discriminación (positiva o negativa, da igual) de estos pacientes, conviene integrarles en el grupo de *no duales* de manera que el sujeto respire un ambiente normal lo más precozmente posible, siempre y cuando lo anterior sea factible

## PLANOS DE INTERVENCIÓN

### 1. Tratamiento Psicofarmacológico

Antes de proceder a su descripción conviene tener en cuenta una serie de consideraciones:

1. Los drogodependientes suelen responder a los psicofármacos de diferente manera que los sujetos no consumidores, posiblemente debido al efecto estimulativo crónico de las drogas que inducen alteraciones de las cadenas neurotransmisoras además de otras modificaciones (metabólicas, excretoras, etc ). Las **alteraciones más frecuentes** pueden ser :

- 1.1. **CUANTITATIVAS: hipoergia o arreactividad**, cuando se precisan más dosis para obtener los mismos efectos, por ejemplo la gran tolerancia a los ansiolíticos que suelen presentar la mayor parte de consumidores que utilizan estas sustancias. En grado extremo la respuesta **anérgica** significa que para obtener resultados mínimos hay que recurrir a dosis prácticamente tóxicas, por ejemplo sujetos que han consumido durante muchos años cantidades importantes de hipnóticos, desarrollando una tolerancia brutal que las hace permanecer insomnes e intranquilos ; ocasionalmente también se observa **hiperreactividad** o **hiperergia** si existe una hipersensibilización, frecuente en psicóticos consumidores

de estimulantes que con el tiempo pueden desarrollar brotes agudos con la ingesta de pequeñas cantidades de anfetamina, por ejemplo.

- 1.2. *CUALITATIVAS*: son aquellas que dan lugar a respuestas cualitativamente diferentes a las esperadas, y que a veces llegan incluso a ser de naturaleza distinta a la habitual del grupo farmacológico; por ejemplo, aplicar un tranquilizante y obtener respuesta excitatoria. Se sabe que la combinación flunitracepam (Rohipnol) más alcohol origina un inexplicable estado excitatorio inicial al que sigue el ulterior letargo que en muchos sujetos tarda bastante en producirse.
- 1.3. Asimismo no son infrecuentes las *RESPUESTAS PARADÓJICAS* que se suelen observar con los neurolépticos incisivos : haloperidol, cloticipina, clozapina, tioproperiziacina, etc. que en lugar de amortiguar los síntomas psicóticos , la respuesta puede desde un cuadro agitado - oniroide, un episodio desorganizado confusional simple, etc., es decir desencadenando un síndrome de signo opuesto a la acción farmacológica esperada.
2. Otra consideración previa es la derivada de la politoxicomanía : el fenómeno de fadding neurotransmisor debido al consumo crónico y elevado de sustancias psicoactivas enunciado en el apartado 1, cabe añadir el efecto interactivo que tienen drogas que actúan como agonistas unas veces y antagonistas otras consumidas de forma mantenida y que acaban produciendo unas secuelas residuales difíciles de tratar.
3. A todo ello debe añadirse que los efectos de los psicofármacos, como cabe esperar, están notablemente alterados cualitativa y cuantitativamente. A este respecto podemos decir que por lo general estos pacientes desarrollan considerable tolerancia a los derivados benzodicepínicos, analgésicos y psicodpresores en general, no tanta tolerancia, incluso ninguna a los neurolépticos (tanto sedativos como incisivos). También se observa una menos eficaz respuesta a los antidepresivos, en tanto que es variable la

respuesta a otro grupo de fármacos como las sales de litio, la carbamacepina, el sulpiride, la dipropilacetamida, etc.

4. Se deben individualizar en la medida de lo posible cada caso: hay diversas modalidades de dependencias que afectan de diferente manera a cada sujeto, el cual a su vez puede presentar un trastorno psicopatológico peculiar ante el que además la respuesta terapéutica también es propia. Con lo anterior se pretende significar la dificultad de proponer tratamientos genéricos. Aunque la batería de principios activos sea bastante limitada, las posibles combinaciones de fármacos y la pretensión de máxima especificidad deben ser una constante de actuación.

A efectos prácticos vamos a considerar tres grupos operativos de adicciones para cada trastorno o patología mental:

**Adicciones de tipo psico-depresor:** Cuando se consumen predominantemente drogas psicodpresoras, opiáceos naturales y/o sintéticos (heroína, metadona, morfina, etc) y derivados, tranquilizantes, hipnóticos, analgésicos, etc, dando lugar a una dependencia de tipo psicodpresor, con independencia del trastorno mental concomitante.

**Adicciones de tipo psicoestimulante** (incluir aquí psicodislépticos) se refiere a aquel grupo que consumen *predominantemente* las siguientes sustancias: derivados cocaínicos, anfetaminas, drogas de síntesis estimulativas, alucinógenos, cannábicos y psicodislépticos varios. En definitiva aquellas sustancias que producen una dependencia de tipo psicoestimulativo y/o psicodisléptico.

**Adicciones de tipo politoxicomanígeo:** cuando se consumen varias sustancias de forma desorganizada, sin predominio claro de los psicoestimulantes o psicodpresores, que suele conllevar un proceso de características desorganizadas. Aquí se incluirían aquellos adictos (por lo

común psicóticos o caracterópatas) que toman arbitrariamente y sin control alguno todo tipo de drogas, lo cual suele agravar el proceso psíquico asociado

- **Los trastornos duales de tipo psicoestimulante/ psicodisléptico** se suelen asociar a trastornos de tipo psicótico esquizomorfo, trastornos de ansiedad y disociativos, síndromes paranoides, estados confusionales, procesos desorganizativos, etc. Sabido es que dichas sustancias (cocaína, anfetaminas, etc) generan a medio y largo plazo síndromes de morfología paranoide y esquizoide, en tanto que a corto plazo provocan alteraciones ansiosas, estrés, síndromes maniacos y descompensaciones agudas: boufflés delirantes, estados de agitación, etc.

La privación produce síndromes distímicos de notable magnitud con hipotimia, inedia y arreactividad.

Los psicoestimulantes pueden exacerbar 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 ello 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.

En todos estos casos el tratamiento es análogo al de las psicosis agudas. Se valora el conjunto sindrómico y en función de la sintomatología predominante se aplica un tratamiento adecuado, por lo común asociando un neuroléptico incisivo dentro de la escala de Lambert de tipo butirofenónico por ejemplo, junto a otro neuroléptico sedativo en dicha escala, por ejemplo una fenotiazina. También se puede optar por un neuroléptico de amplio espectro, por ejemplo clotiapina, risperidona o clozapina.

**Cuadro 5: Tratamiento de los procesos agudos psicóticos de sujetos drogodependientes con trastorno dual.**

Opción 1: *Neuroléptico incisivo + Neuroléptico sedativo* (Haloperidol o Triperidol + Sinogan).

Opción 2: *Neuroléptico de amplio espectro.* (Etumina o Risperdal o Leponex).

Puede asociarse un derivado benzodiazepínico diurno si coexiste sintomatología ansiosa, y un hipnótico nocturno de vida media corta. (no deseables los de u.m. ultracorta por la posibilidad de provocar efectos paradójicos)

El tratamiento de mantenimiento de estos pacientes se hace valorando finamente la evolución, sopesando la sintomatología y adecuando las sustancias farmacológicas a dicha evolución clínica del sujeto, lo cual implica cambios no solo cuantitativos sino cualitativos si se quiere adaptar la prescripción al paciente y no al revés, por lo cual resulta complicado emitir pautas generales (ver cuadro 2)

**Cuadro 6: Tratamiento de mantenimiento de los trastornos duales de tipo psicótico - esquizomorfo**

Cuando existe un predominio de los síntomas disociativos con poca o nula ansiedad y comportamiento no agresivo, se prescribe un *derivado butirofenómico (Haloperidol)* a bajas dosis o inyección quincenal o trisemanal de *ácido flufenámico* o flupentixol (Etimox)

Si tiene cierta *agresividad* o se encuentra algo agitado puede *asociarse levomepromazina (Sinogan)* durante un tiempo que oscila entre una y cuatro semanas, luego debe probarse a suspender poco a poco. Solo se mantendrá si

es necesario, pudiéndose alternar con neurolépticos intermedios tipo tionidazina (Meleril)

Si transcurre un tiempo estabilizado puede intentarse *suspender* totalmente la medicación, lo que es factible en no pocos casos (o mantener con cantidades mínimas).

Si hubiere sintomatología disociativa o productiva se pueden asociar neurolépticos intermedios (Largactil) a bajas dosis, a neurolépticos incisivos tipo Haloperidol también a dosis bajas, o mantener con neurolépticos depot por V.I.M. si el paciente es poco disciplinado.

Si presenta trastornos distímicos, ansiedad neurótica, estrés o síntomas activos no psicóticos, pueden asociarse *benzodiazepínicos*, incluso añadir *sulpiride* que, según las dosis empleadas, puede sustituir al neuroléptico.

En psicosis esquizomorfa de evolución ciclotímica o con presencia de sintomatología maniforme puede aplicarse *dipropilacetamida* o *sales de litio* (cuidado son incompatibles con el *haloperidol*)

Se ha utilizado con cierto éxito la *carbameceptina* en sujetos que presentaban sintomatología compulsiva o conducta explosiva inmotivada y cuando se verifica una alteración lesiva orgánica o disfuncional subyacente comprobada mediante TAC y EEG. También debe cuidarse el antagonismo o interacción farmacológica netativa con los neurolépticos.

Por su componente estimulativa y desinhibitoria deben manejarse cuidadosamente los *antidepresivos* ya que pueden inducir crisis agudas o descompensación, reservándose para sujetos con una historia que excluya esta reacción. Los *antidepresivos* pueden utilizarse - muy cuidadosamente - en psicóticos con un síndrome adinámico, con tristeza, apatía y desvitalización; para intentar desinhibirle e incluso neutralizar el cuadro depresinógeno a veces inducido por el tratamiento neuroléptico.



- **Los trastornos duales de naturaleza psicótica con drogodependencia de tipo psicodestructor** son posiblemente más benignos de tratar que las psicoestimulantes ya que las drogas depresoras (opiáceos, analgésicos, tranquilizantes, etc) no provocan las graves complicaciones antes referidas, incluso algunas de estas drogas se han utilizado en tiempos pasados para tratar la esquizofrenia, en concreto los opiáceos. Los tranquilizantes asimismo provocan una cierta atenuación del cuadro psicótico.

Estos sujetos por lo común suelen referir que sus síntomas solían mejorar con el consumo de opiáceos, lo cual en buena medida es cierto, refuerza desde una doble vertiente la autoadministración : al efecto placentero de la heroína cabe añadir la atenuación de los síntomas psicóticos.

El tratamiento farmacológico de estos sujetos entra dentro de los supuestos antes descritos.

- Por fin tenemos **los trastornos duales de naturaleza psicótica con drogodependencia de tipo politoxicomaniégeo**, con consumo concomitante y arbitrario de psicoestimulantes, psicodestructores y en ocasiones psicodislépticos. Este tipo de consumidor puede responder a sujetos muy desestructurados que consumen sin control ni medida, bien porque lo hacen de forma automática, ignorando los efectos de las drogas (preguntarse incluso el trasfondo orgánico o el grave deterioro que pueden presentar), bien porque tengan una conducta totalmente desinhibida con fácil acting out.

Cabría aquí aludir a los pacientes que han desarrollado un proceso psicótico esquizomorfo desencadenado por el consumo de psicoestimulantes y - sobre todo - psicodislépticos (los famosos “cuelgues”), que presentan un florido síndrome esquizofrénico desorganizado muy resistente al tratamiento y difícilmente reversible, que aboca al rápido deterioro del sujeto de forma dramática para los familiares. Los drogodependientes en general y numerosos

profesionales atribuyen al ácido (LSD) la causa de este trastorno, cuando más bien parece el desencadenante, en ocasiones de manera fulminante.

Estos pacientes con tan grave psicosis suelen tener un patético destino que va desde el incesante y frustrado recorrido por clínicas, hospitales y psiquiatras hasta la huída o abandono del hogar acabando en el vagabundeo y sin cesar - por cierto - de consumir sustancias con lo cual el deterioro se hace aún más marcado. El alcoholismo suele ser en estos casos el destino final de estos pobres pacientes.

Para terminar cabe hacer referencia a lo nocivo que puede resultar que un sujeto con trastorno dual en tratamiento psicofarmacológico recaiga en su adicción o sencillamente no deje de consumir drogas, máxime si estas son estimulantes o dislépticas en cuyo caso la descompensación está garantizada. Si el profesional no está advertido o no conoce lo antes referido intentará compensar el cuadro incrementando la dosis de neurolépticos lo cual supondría un craso error.

Las anteriores consideraciones no nos deben hacer olvidar que el tratamiento psicofarmacológico nunca debe ser exclusivo. Estos pacientes necesitan psicoterapia, apoyo familiar, soporte social y laboral o educativo.

Limitarse a dar neurolépticos a un paciente con trastorno dual psicótico es partir desde la insuficiencia. Al final del siglo XX debe aspirarse a que todo paciente disponga de un tratamiento no solo médico sino psicosocial como mínimo. Hoy día los equipos multidisciplinares, los centros de día, las estructuras de apoyo, etc. hacen accesible para estos pacientes la posibilidad de una asistencia más resolutive y eficaz. En nuestra experiencia los resultados obtenidos con estos pacientes apoyándonos no solo en el tratamiento psicofarmacológico, sino en una terapia integral, multidisciplinaria y normalizadora que, como mínimo, se aplicaba 12 horas al día todos los días del año, nos ha hecho concebir fundadísimas ilusiones respecto al devenir de estos difíciles pacientes

**Cuadro 7: Batería psicofarmacológica recomendada para los trastornos duales**

▪ **Ansiolíticos**

**Recomendados:** benzodiazepinas “no reconocibles” por los consumidores tipo diacepan y en general las de vida media “media/larga”.

**No indicados:** benzodiazepinas empleadas habitualmente por los adictos: alprazolam, cloracepato dipotásico, clordiazepóxido.

▪ **Antipsicóticos**

**Recomendados:**

*Neurolépticos incisivos:* tioproperazina, haloperidol y triperidol (funcionan muy bien a dosis bajas)

*Neurolépticos sedativos:* levomepromazina, perazina

*Intermedios:* tioridazina y clorpromazina (bien para mantenimiento a dosis moderadas y bajas)

*Atípicos:* clozapina, clotiapina (eficaces para descompensaciones agudas aunque perfiles diferentes)

*Neurolépticos depot:*

Pueden ser útiles en pacientes mal controlados, el más utilizado es el decanoato de flufenazina.

**No recomendados:**

risperidona, olanzapina (caros e igual o menos eficaces que otros mucho más baratos)

▪ **Hipnóticos**

**Recomendados:**

*Benzodiazepínicos:* lorazepam, midazolam

*Otros:* zolpidem, asociación de un neuroléptico sedante a dosis bajas en cuadros resistentes (va bien la asociación de alimemazina junto a un benzodiazepínico)

**No recomendados:**

*Benzodiazepínicos reconocibles:* flunitrazepam, triazolam en algunos casos pueden resultar úti

▪ **Antidepresivos**

**Recomendados:** en alcoholismo claramente los heterocíclicos tipo trazodona, amoxapina, maprotilina

En otras drogadicciones, los ISRS a corto plazo y los tricíclicos y tetracíclicos en tratamientos a medio y largo plazo

**No recomendados:** IMAO (son pacientes poco disciplinados), tampoco los ISRS en tratamientos a medio/ largo plazo

▪ **Antiepilépticos**

**Recomendados:** carbamazepina en estrictos casos de indicación (psicosis orgánicas con focalidad, actividad paroxística, crisis parciales, etc.

**No recomendados:** clobazam, salvo indicación ya que puede tener una difícil retirada y no es eficaz en cocaínismo

▪ **Otros psicofármacos**

**Recomendados:** sulpiride: magnífico y poco utilizado fármaco útil a dosis bajas como antineurótico y como regulador psicofuncional y como antipsicótico a dosis altas

Codeína: a dosis medio-altas es eficaz en craving a distintas sustancias, barato y cómodo si se sabe manejar

**No recomendados:** clometiazol provoca depresión en los alcohólicos y hay sustitutos más útiles. Acamprosato: su precio no justifica su limitada eficacia. Naltrexona: válido como antagonista, poco eficaz como anticraving

## 2- Psicoterapia Individual

La **Psicoterapia Individual** se pauta y desarrolla según las necesidades personales y evolutivas de cada sujeto, sin someterse a horario preestablecido aunque siempre dentro de un margen para que no interfieran con el resto de actividades psicoterapéuticas. Se subdividen en:

- \* **Psicoterapia individual** propiamente dicha.
- \* **Seguimiento intraprograma** de la evolución individual.

En el caso de pacientes con patología dual, conviene hacer las matizaciones siguientes referidas al abordaje terapéutico individual:

- Teniendo en cuenta las intensas reacciones de transferencia y contratransferencia que crean estos pacientes, el terapeuta debe desarrollar una actitud positiva hacia el paciente o, al menos, hacia aspectos de su persona con los que pueda empatizar.
- Los sujetos que sufren trastornos duales precisan mayor flexibilidad en la ejecución de actividades y tareas, más atención a sus diferencias individuales y un abordaje global e integrador que cubra su problemática.
- Las distorsiones de la realidad presentadas por cada sujeto deben tratarse a su debido tiempo y según el nivel de ansiedad que pueda tolerar el mismo.

- Como se ha señalado al principio, una de las premisas más importantes del tratamiento es la motivación del paciente. Por ello, citamos a continuación los *Principios motivacionales generales* señalados por Miller y Rollnick (Miller, R. y Rollnick, S. 1999):

- ✓ Expresar empatía
- ✓ Crear una discrepancia
- ✓ Evitar la discusión
- ✓ Darle un giro a la resistencia
- ✓ Fomentar la autoeficacia

**Cuadro 8: Principios motivacionales generales (Miller, R. y Rollnick, S. 1999)**

Finalizamos este apartado con un decálogo de consejos (L. Palacios, 1999) a tener en cuenta en el ejercicio de la psicoterapia individual con adictos en general y con sujetos con patología dual en especial:

1. "Reaccionar de forma ansiosa, impulsiva o inmediata añade más problemas a los que ya están presentes. En estos casos el problema es la solución".
2. "Intenta centrarte en las alternativas de que dispones pero comunica una actitud relajada. Mostrarse firme no significa actuar agresivamente".
3. "No crees expectativas que no puedas ni quieras cumplir".
4. "Resiste la tentación de mostrarte omnipotente (sé consciente de tus limitaciones)".
5. "Recuerda que en adicciones lo que parece no suele coincidir con lo que hay (y más en una situación de emergencia)".
6. No trates de cumplir los deseos y/o expectativas del paciente o de su familia".

7. “Recuerda que demanda y necesidad no van necesariamente unidas”.
8. “Añade otras perspectivas y opiniones a las tuyas propias”.
9. “Aprende a manejar tus respuestas emocionales ante determinadas situaciones a fin de no quedar entrampado en ellas”.
10. “Una vez que tengas clara una vía de actuación, síguela pero sé flexible”.

### **3- Terapia de Grupo**

Resulta fundamental incluir a estos pacientes en el grupo de normales, adiestrando a éstos para que actúen homeostáticamente y facilitando así la interacción con otras personas y la existencia de refuerzo externo. Se busca proporcionarles un espacio donde aprendan a identificar, a expresar y compartir contenidos íntimos (incluidos los síntomas propios del trastorno) desde la normalidad y la tranquilidad.

Es importante así mismo que el sujeto adquiera cuanto antes pleno sentido de sus responsabilidades consigo mismo y con los demás, tomando conciencia de lo que está haciendo y hasta dónde puede llegar. Para conseguir el objetivo anterior, se deben asignar a cada paciente tareas progresivamente complejas que pasen de ser supervisadas y modificadas por el equipo técnico a serlo por el propio grupo.

Aparte de lo ya citado, la terapia de grupo desarrolla la capacidad empática y vincular con los otros (aspecto fundamental en pacientes que sufren este tipo de trastornos) y ayuda a generalizar y poner en práctica lo trabajado en la psicoterapia individual.

El abordaje grupal de los trastornos duales se concreta a la postre en un **menú de actividades** confeccionadas para incidir en los diversos niveles que conforman el proceso terapéutico. Éstas son:

## **A) ACTIVIDADES PSICOTERAPÉUTICAS**

### **Psicoeducativas**

Inciden en la identificación, comprensión y aprendizaje de nuevas formas de interacción y estilos de vida a través de la reeducación y el entrenamiento de habilidades sociales tanto de decisión (una vez identificado el problema) como de codificación. Sirven para orientar, dar seguridad y 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. Las principales son:

- *Grupo Educativo General*
- *Grupo de E.H.G.(Entrenamiento en Habilidades Generales)*
- *Grupo de Áreas Básicas*
- *Programa Terapéutico*
- *Foro temático*

### **Funcionales - Organizativas**

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. Son las siguientes:

- *Comentario Postprandial*
- *Mejora Funcional*
- *Revisión funcional*

### **Estructurales Monográficas**

Atienden al repertorio personalizado de elementos psicológicos a considerar (asertividad, autoestima, autocontrol, etc.). En definitiva, al análisis de un/as área/s de la persona.

- *Preparación de Salidas*
- *A.M.P(Actividad Monográfica Psicoterapéutica)*
- *Análisis de Salidas*

### **Estructurales Grupales**

Atienden al repertorio de elementos psicológicos que comparten (de forma análoga o antagónica) los sujetos protagonistas de la sesión, por ejemplo, la historia de vida con episodios afines, actitudes complementarias o diversas, etc. Las principales son:

- Grupo de E.H.G (Entrenamiento en Habilidades Específicas)
- A.G.P (Actividad Grupal Psicoterapéutica)
- Magazine
- Autoanálisis

### **Observacionales**

Atienden tanto al plano del análisis y adopción de medidas según la trayectoria y el progreso del paciente en el programa como a la verificación de la cobertura de éstas. Son:

- *Agenda de Autorregistro*
- *Control de Objetivos*
- *Control de Tareas*



## **Adictolíticas**

Dirigidas a la prevención de recaídas. Tratan de que el sujeto comprenda y analice su problema con las drogas e identifique qué situaciones, pensamientos y estados emocionales pueden acercarle al consumo y cómo afrontarlos adecuadamente.

- *Programa de Prevención de Recaídas*

## **B) ACTIVIDADES SOCIOTERAPÉUTICAS**

Atienden a diferentes aspectos del plano vital, interrelacional, funcional y estructural del individuo, adoptando el paradigma “sujeto respecto al grupo”) como referente sistemático de trabajo. Algunas de estas actividades son:

1.- **Asamblea:** Reuniones colectivas de todos los sujetos que comparten tratamiento en la que se discuten asuntos funcionales, interrelacionales, etc. según un orden del día, áreas de responsabilidad, metas semanales, funcionamiento en actividades, etc.

2.- **Performance Socioterapéutico:** Análogo a la asamblea pero relativo al análisis de cada grupo o subgrupo y el rendimiento semanal mostrado colectivamente.

3.- **Tareas asignadas:** para realizar en el día a día y de obligado cumplimiento.

4.- **Otros:** reuniones de responsables, monográficos, determinadas actividades dirigidas, etc.

## **C) ACTIVIDADES SOCIOCULTURALES**

### **Actividades formativo-académicas**

En primera instancia las actividades formativo-culturales se limitan a un nivel básico o a un horario ligero, toda vez que la capacidad comprensiva/aprehensiva está disminuida como secuela inmediata del todavía reciente consumo de drogas. Ulteriormente se progresa y profundiza hasta que la capacidad amnésica y cognitiva se recupere a satisfacción. En general, las más frecuentes son: formación académica, cultura general, sesiones monográficas, visitas culturales, trabajos de la misma naturaleza, etc.

### **Actividades culturales**

Siempre abiertas a la inclusión de novedades. Las actividades de esta modalidad más frecuentes son: seminarios y monográficos culturales (uno o dos por semana), diaporamas, vídeos ó posters culturales educación para la salud, revista (a expensas del magazine), cine-club y videoforum mediante videoteca con sesiones preelaboradas y entrega de ficha técnica con ulterior debate postvisionado, taller de expresión plástica y artesanal, taller de teatro y vídeo.

## **D) ACTIVIDADES LABORALES**

Incluyen varias áreas, en cada una de las cuales hay responsables de las mismas. Se procura que los trabajos sean rotativos y no extenuantes aunque sí continuados y a buen ritmo. En todo momento se atiende el estado físico y psíquico de cada residente. Tipo de actividades laborales: marquetería y construcción, fontanería, electricidad, etc.; carpintería (ebanistería y carpintería metálica), jardinería, si es posible en la zona del centro de día, talleres varios (artesanía, manualidades, etc), horticultura (invernaderos, si es posible), servicios: cocina, limpiezas, mantenimiento, lavadero, calefacción, piscina, etc.

## **E) ACTIVIDADES DEPORTIVAS**

El deporte, la alimentación y demás elementos higiénico - dietéticos merecen una especial consideración como complemento indispensable para mantener un cuerpo sano y recuperar la energía vital. Algunas de estas actividades son: gimnasia, deportes varios (en general tienen prioridad los colectivos, donde pueda participar un número amplio de personas), marchas a la montaña, etc.

## **F) ACTIVIDADES LÚDICAS**

Cubren parte del tiempo en que no se desarrolla el resto de actividades. Consideramos que el ocio y tiempo libre necesariamente deben estar bien utilizados, so pena de que el sujeto involuene. El adicto debe disponer de escaso tiempo libre y, aunque puede parecer duro y desproporcionado, pronto se ve en la práctica que un programa apretado de actividades es agradecido por los propios pacientes. Algunas de estas actividades son: acampadas de objeto sociorrelacional, concursos, juegos y festivales (sábados y festivos), teatro y representaciones cómicas o espectáculos músico-teatrales.

#### **4 - Plan de Terapia Familiar y Sociorrelacional**

Dado que la implementación del abordaje familiar se encuentra ampliamente descrita en otro texto (ver “Programa de Intervención Familiar”), nos detendremos tan sólo en compilar una serie de aspectos importantes en la terapia familiar con pacientes que sufren comorbilidad psiquiátrica.

Los trastornos que experimentan sumen a la familia de estos sujetos en una situación grave de incomunicación y de conflicto en que aparecen con fuerza arrolladora emociones como el miedo, la impotencia, la rabia, la desconfianza y la inseguridad. Además, muchas familias de personas con patología dual se han sentido excluidas de las intervenciones profesionales al ser tratados estos sujetos como “pacientes carambola” en algunos dispositivos asistenciales.

Las circunstancias descritas arriba agravan tanto las emociones antes señaladas como la confusión y el caos que suele acompañar a las familias de adictos con patología dual, situándolas en un rol de agente patógeno que refuerza la culpa que experimentan e, indirectamente, influye sobre la gravedad de las alteraciones del paciente. Debido a ello – y al igual que con los pacientes - con estas familias resulta crucial conseguir que participen en el tratamiento y que se sientan tratados como agentes terapéuticos.

Como guía para la intervención, postulamos que existe un paralelismo entre los trastornos psicopatológicos del paciente y las alteraciones que sufre su familia tanto a título individual como global dado que el sujeto se convierte en eje de la vida familiar. Tal paralelismo permite extender la influencia de una intervención en cualquiera de los planos en que se lleve a cabo al resto de ellos, si bien teniendo en cuenta que, a la hora de planear cualquier estrategia o medida terapéutica, se deben respetar el medio, las coordenadas temporales de la familia y sus propias peculiaridades en caso de que éstas no influyan negativamente en la dinámica de los trastornos que se pretenden abordar.

Resulta crucial que el profesional practique con estas familias la “ingenuidad terapéutica” y dé importancia a cualquier cuestión que se plantee, impidiendo que sus propios parámetros de valoración decidan qué es importante y qué no. En muchas ocasiones el significado que las familias atribuyen a ciertos comportamientos y actitudes de los sujetos que están en tratamiento son un verdadero foco de problemas. Resulta vital ayudarles a cambiar las etiquetas cognitivas y emocionales con que interpretan lo que sucede a fin de que no potencien aquello que desean que cambie. No obstante, el afán por ayudar a las familias a cambiar no debería hacer que los terapeutas asumieran responsabilidades que no les competen. Esta manera de proceder, además de la carga que supone para el terapeuta, en el fondo contiene un mensaje descalificador ya que plantea la ausencia de confianza en las capacidades y recursos familiares. El cambio es cosa de ellos.