



Psicología de las Drogodependencias

Introducción

La aparición de las drogodependencias en nuestro país ha exigido a los profesionales de los diversos ámbitos (Justicia, Servicios Sociales, Educación y Sanidad) adaptarse a las nuevas realidades que iban apareciendo.

En un principio el abordaje de las Drogodependencias se realizaba a base de pruebas de ensayo acierto-error y la formación de los profesionales iba en la mayoría de las ocasiones por detrás de esa praxis.

En un primer momento la formación estaba estructurada en base a las sustancias, a las características de los usuarios, o en relación a los ambientes donde se producía, y así siempre con aires negativistas y culpabilizadores.

Posteriormente se vio necesario compartir las experiencias con otros profesionales; fruto de sus experiencias aisladas que se compartían daba lugar a una reflexión conjunta más elaborada que iba creando un corpus teórico sobre la intervención del psicólogo en el ámbito de las drogodependencias y sirviendo de modelo para aquellos profesionales que se iban incorporando a dicho ámbito de intervención.

Así, la intervención en drogodependencias ha ido constituyéndose en base a prácticas aisladas que se compartían con otros compañeros y tomaban la entidad de “programas” que al institucionalizarse permitían trabajar de manera eficaz.

El proceso de creación de dicho corpus teórico es fruto pues del intercambio de nuestro quehacer diario con el de otros compañeros. Fruto de esa reflexión conjunta, de esa teorización sobre la práctica que profesionales de distintos lugares y con distintos enfoques realizaban en los encuentros para charlar sobre la profesión.

Varias conclusiones resaltan a la hora de teorizar sobre la práctica profesional:

1. Necesidad de trabajo en equipo multidisciplinar.
2. Necesidad de trabajo por programas sobre problemas concretos.
3. Trabajar sobre las relaciones que se establecen entre técnicos, comunidad y políticos que a veces incapacitan la propia intervención.
4. Resolver las limitaciones que imponen la inestabilidad de los programas por problemas presupuestarios y los cambios institucionales que obligan a cambiar las directrices de los mismos.

Las Actitudes

La cuestión del consumo de drogas es un problema que implica a toda la sociedad y como tal no está exento de actitudes, valoraciones o corrientes de opinión.

El psicólogo que trabaja en el campo de las toxicomanías, al igual que el resto de los profesionales, debe tener en cuenta algunos hechos fundamentales:

- La drogodependencia es un fenómeno dinámico y por ello sujeto a cambios y modificaciones. En este sentido debe estar atento a la evolución del problema.
- Cuando se trabaja en drogodependencias se hace en un territorio o contexto concreto y no en abstracto. El conocimiento del mismo es fundamental para la intervención.
- El psicólogo que interviene en drogodependencias, al estar inmerso en un marco comunitario, debe conocer bien el medio donde ejerce y qué es lo que está haciendo. No debe ser ajeno a las corrientes de opinión que existen en su entorno sobre la problemática que aborda, observando un necesario equilibrio en sus pronunciamientos públicos sobre la problemática del consumo de drogas.
- Igualmente, el encuadre terapéutico debe estar libre físicamente del consumo de drogas, así como de opiniones o juicios de valor que se aparten de la finalidad del tratamiento.
- Es necesario resaltar el importante papel como modelo que puede desempeñar cualquier terapeuta; y en este sentido, lo inconveniente de implicar en el encuadre terapéutico problemáticas o actitudes personales de éste contrarias a los objetivos de la terapia.

que tiene que ver con tres bloques determinantes:

- Los referidos al Marco Institucional.
- Los referidos a la finalidad de cada Programa concreto.
- Los referidos al Marco Multidisciplinar.

1. Determinantes del Marco Institucional

Entre ellos destacamos:

- La naturaleza de la institución, sea pública o privada.
- La fuente o fuentes de financiación.
- El marco ideológico-conceptual.
- El tipo y las características de la planificación para la actuación.
- La situación del programa concreto.
- El marco laboral que la institución tiene establecido.

2. Determinantes de la finalidad del Programa

Los condicionantes emanan de la singularidad del programa concreto en el que el psicólogo trabaja. Están referidos a:

- Los supuestos ideológico-conceptuales en base a los cuáles se ha diseñado el programa. Esos abarcan tanto la visión que se tiene de la realidad sobre la que se pretende intervenir como la finalidad que se plantee con la intervención.
- El marco programático específico: objetivo propuesto, metodología, estrategias, recursos humanos y materiales y sistemas de evaluación.

Determinantes de la Práctica Profesional

En el momento actual, ejercer como psicólogo en cualquiera de los niveles de la intervención en drogodependencias: planificación, prevención, atención, investigación, etc., viene condicionado por las características que hoy presenta dicha intervención y

3. Determinantes del Marco Multidisciplinar

El funcionamiento de un equipo desde una metodología interdisciplinar supone condicionantes que se derivan de:

- Los distintos referentes conceptuales que aportan los miembros del equipo.
- Los distintos referentes teóricos en los que se asientan las actuaciones de los miembros del equipo.
- Los intereses corporativistas.
- Los que implica la dinámica grupal.

Estos aspectos se van superponiendo del primeros al último y soportan el peso del marco institucional y del programático.

Desarrollo Histórico

La intervención de la Psicología en Drogodependencias ha tenido un desarrollo paralelo al de la especialización de este ámbito de trabajo. Puede decirse que el psicólogo no se ha unido a una intervención ya conformada, sino que con su trabajo ha contribuido al desarrollo de la misma, viéndose a su vez obligado a dar respuestas cada vez más especializadas conforme más complejas han sido las demandas que ha tenido en su intervención.

Es necesario pues, a título de introducción, realizar una sintética revisión histórica sobre el abordaje de las toxicomanías en nuestro país, para analizar a su vez la aportación de los psicólogos al mismo. En beneficio de la esquematización se fragmentará en periodos esta revisión:

Años 60-70

Es conocido que en estos años el consumo de drogas se limitaba a grupos y personas muy definidas, aunque sí se observaba un crecimiento del problema del abuso de tabaco y alcohol. Esto hace que algunos profesionales de la salud mental, entre ellos psicólogos, comiencen a tener un interés por el tratamiento del alcoholismo.

Puede decirse que el abordaje del alcoholismo en estos años es el germen del futuro tratamiento especializado de las drogodependencias.

Años 70-80

Algunos de los equipos creados llegan a consolidarse en esta tarea hasta el punto que se convierten en auténticas escuelas para otros profesionales deseosos de una formación en este terreno.

Hasta prácticamente los años 80 la cobertura asistencial, con variaciones en las distintas Comunidades Autónomas, estuvo centrada casi exclusivamente en el sector psiquiátrico y en algunas instituciones privadas y benéficas.

En 1977, a instancias del Ministerio de Gobernación, se constituye una Comisión Interministerial con el fin de realizar un informe sobre la situación de las drogodependencias en España. Las medidas propuestas apenas fueron tenidas en cuenta, con excepción de los aspectos represivos.

En general existía un déficit importante de formación entre los profesionales psicólogos, y una falta de coordinación y recursos entre los que en aquel momento trabajan en este ámbito. Tan sólo en el País Vasco y en Cataluña existían programas más o menos integrados.

Años 80-85

Es a principios de los años 80 cuando empiezan a aparecer los primeros centros de tratamiento por la geografía española, situándose en las poblaciones con mayor densidad.

Con el modelo de atención utilizado en el alcoholismo se pone en marcha un modelo de tratamiento donde el psicólogo adolece aún de una formación específica producto de la ausencia de cursos de formación y de los escasos contactos entre los diversos profesionales psicólogos.

Entre las características del modelo puesto en marcha destacan: rigidez de las fases de desintoxicación - deshabitación - reinserción, énfasis en el alejamiento del contexto habitual (creación y auge de las comunidades terapéuticas) y el objetivo absoluto de la abstinencia.

Se confirma una incipiente organización en la que conviven profesionales de la salud y del trabajo social y educativo, desarrollada en centros públicos con dependencia de municipios, diputaciones, autonomías, etc.

En este momento surgen los Centros Municipales de Promoción de la Salud y se empieza a trabajar en Psicología Comunitaria.

Es el momento de la ilusión política, se habla de bienestar como concepto de salud, y en todos los equipos se respira ilusión por un trabajo totalmente nuevo.

Las intervenciones están centradas en la realidad que rodea a la adicción a las drogas, de ahí la importancia de los conceptos de globalidad, multifactorialidad, interdisciplinariedad, etc. En esta intervención se dan dos modelos que empiezan a despuntar: el psicosocial y el psicodinámico.

Son los Ayuntamientos los que cubren fundamentalmente la Tarea Asistencial.

Años 85-90

En julio de 1985 el Gobierno Español aprueba el Plan Nacional Sobre Drogas con el propósito de ordenar y planificar las acciones emprendidas por las distintas administraciones para hacer frente a las drogodependencias, favoreciéndose la aparición de centros especializados y/o ampliación de los servicios ofrecidos por las redes sanitarias y sociales.

Coincidiendo con ello existe un desarrollo de los planes autonómicos que orientan la política social a llevar a cabo, donde el eje principal va a ser el centro ambulatorio, con cauces y canales hacia otros recursos (unidades de desintoxicación, comunidades terapéuticas,...)

En todos estos centros se consolida el psicólogo como profesional de necesaria presencia en todos los recursos. Paralelamente se da un gran aumento en el número de actividades formativas para el desarrollo profesional del psicólogo, pudiéndose destacar el inicio de los primeros Masters en drogodependencias desde diversas universidades y las actividades formativas realizadas desde el propio Colegio Oficial de Psicólogos.

A nivel técnico, se observa una incorporación del modelo relacional que, aunque tardía, resulta de gran influencia en diversos profesionales psicólogos de España. Ello junto al importante desarrollo de la Psicología Comunitaria y las valiosas aportaciones del modelo cognitivo-conductual (prevención de recaídas), contribuyen decisivamente el encuadre técnico del psicólogo en drogodependencias.

Años 90

Esta etapa ya más reciente se caracteriza entre otras cosas por la consolidación de recursos y de la presencia de los profesionales psicólogos en los mismos, presencia no exenta en ocasiones de trabas económico-administrativas.

Las funciones del psicólogo se diversifican y empieza a asumir tareas que vienen a sumarse a las que “tradicionalmente” venía desempeñando. En convivencia con los programas “libres de drogas” aparecen los de “disminución de riesgos”, y con ello se abren nuevos campos de intervención a la Psicología. También la expansión de la Psicología Comunitaria abre nuevas vías para el trabajo de prevención en drogodependencias.

Finalmente y en continuidad con esta línea, destacar la progresiva incorporación del psicólogo a tareas de gestión, planificación y evaluación de programas, que han tenido en los últimos años un especial auge.

Funciones

Antes de adentrarnos en la materia de este punto, queremos hacer referencia, tras analizar diversos documentos, a las siguientes constataciones:

- Se utilizan tanto la palabra profesional como terapeuta sin demasiado rigor ni precisión.
- Existe una aceptación y un reconocimiento, a nivel social, del profesional para intervenir en el área de las drogodependencias.
- Existe una falta de definición del profesional de las drogodependencias, no sólo a nivel estatal sino también a nivel europeo, aunque en los últimos meses hemos visto algunas respuestas y algunos grupos preocupados en avanzar en este problema.
- El campo asistencial-clínico prevalece sobre otros campos. Es hora de reconocer la totalidad y la importancia no sólo en el marco terapéutico, sino en otros campos tales como la investigación, la formación y la docencia, la prevención y la planificación-evaluación de proyectos.
- Tras la aparición de diversos intervinientes en el campo de las drogodependencias, alcanzando cotas de poder importantes, se hace necesario clarificar las funciones y el papel de los profesionales con un discurso científico que cubra el espacio de las respuestas técnicas, frente a los voluntarios, colaboradores, asociaciones, etc.
- Se constatará una diversidad significativa en materia de políticas de actuación en drogodependencias y modelos de intervención, dentro del país y de cada autonomía.

- El profesional tiende a encerrarse en su equipo de trabajo y en su propio ámbito de actuación, desarrollando una actividad asistencial de forma casi mecánica y sin apenas tiempo de analizar qué tipo de intervención está poniendo en marcha, en qué entorno o para que tipo de pacientes.

Teniendo en cuenta estas consideraciones preliminares, se ha llegado a las siguientes conclusiones-propuestas:

1. El Colegio ha de articular metodologías realistas, fomentar respuestas concretas y evaluables, ofreciendo un marco de actuación común pero abierto a las distintas y cambiantes realidades sociopolíticas.
2. El Colegio aboga por la máxima profesionalización del sector, entendiéndolo como aquellos intervinientes que utilizan métodos de trabajo reconocibles, evaluables, abiertos a la crítica, a la discusión y a la mejora en el campo de las drogodependencias, elaborando respuestas integrales y multidisciplinarias, tanto desde la perspectiva preventiva como asistencial.
3. El Colegio ha de tratar de unificar criterios que sean amplios y que recojan cualquier intervención que desde dicho ámbito se pueda llevar a cabo, haciendo énfasis en la planificación de las intervenciones y en la participación de los equipos de trabajo en la toma de decisiones.
4. El Colegio propone la necesidad de evaluar la efectividad de las intervenciones, aunando las intenciones de los responsables administrativos con unos objetivos claramente definidos por parte de los profesionales, y utilizando un marco conceptual reconocido y homologado por la comunidad científica.

5. El Colegio debe fomentar el encuentro de profesionales cara al intercambio de experiencias, la unificación de criterios y el reciclaje de los mismos.
6. El Colegio debe estar presente en la opinión pública, en las instituciones y en la toma de decisiones desde un espacio independiente y democrático, con las señas de identidad propias del colectivo al que representa, tomando posiciones en relación a debates que afecten a las políticas y a los programas sobre drogas.

Históricamente nos hemos ido encontrando con dificultades importantes a la hora de delimitar y definir claramente tanto los espacios, como las funciones y las tareas del psicólogo en el campo de las drogodependencias. Durante épocas se han venido superponiendo los espacios de los diversos profesionales, así como las funciones propias de cada uno, pautas de acción que se mantienen al ampliar la oferta de programas asistenciales en los servicios de atención a drogodependientes.

En el caso de la “función” hablamos de actividades propias o papel desempeñado por alguien, en este caso el psicólogo, en un cargo o profesión. La “tarea” tiene que ver con el trabajo a realizar. La función, por lo tanto, estaría más relacionada con los aspectos genéricos o generales del trabajo, y las

tareas con lo específico o concreto.

La presión de cada uno de los contextos particulares y concretos, va a ir mediatizando y modelando las “tareas” que realiza el psicólogo, mientras que las funciones las entendemos consustanciales a la profesión. Cuando hablamos de la realización del diagnóstico estamos hablando de funciones, en el caso de pasar un test o realizar una entrevista nos referimos a tareas.

En realidad, áreas, funciones y tareas se entrecruzan en el quehacer diario del psicólogo y además, dada la complejidad del campo de intervención al que nos referimos: las drogodependencias, se genera más confusión al ser una intervención normalmente en equipo e interdisciplinar.

Con el objeto de responder a esta situación compleja, no hemos querido simplificar la realidad, sino ofrecer desde una perspectiva didáctica las diversas opciones que se le brindan al psicólogo en este campo. Para ello, se ha construido un cuadro de doble entrada en forma de matriz, que pretende exponer las interrelaciones entre las áreas de trabajo, las funciones y las tareas a desarrollar. Lejos de pretender completarlo en su totalidad, queremos que sirva como instrumento donde cada uno pueda ir ubicado las diversas tareas que desarrolla o pudiera desarrollar.

	A	B	C	D	E
1. Gestión y Planificación de Programas	1	2	3	4	5
2. Atención Directa a Usuarios	6	7	8	9	10
3. Prevención e Intervención en la Comunidad	11	12	13	14	15
4. Formación	16	17	18	19	20
5. Investigación	21	22	23	24	25

1. Áreas de Intervención

1. Gestión y Planificación de Programas.
2. Atención directa a usuarios.
3. Prevención e Intervención en la Comunidad.
4. Formación.
5. Investigación.

2. Funciones

- A. Identificación de necesidades y demandas.
- B. Formulación de metas objetivos.
- C. Determinación de acciones.
- D. Implantación de actividades.
- E. Evaluación.

3. Tareas

Serían todas aquellas actividades concretas y específicas delimitadas por la confluencia de áreas y funciones.

Sin pretender ser exhaustivos y sólo a modo de esquema referencial, susceptible de ser enriquecido por cada uno de nosotros, hemos de tener en cuenta que todas las tareas forman parte de un proceso continuo, y que sólo con una pretensión didáctica delimitamos algunas de las tareas potenciales del psicólogo en drogodependencias, las cuáles dependerán de la formación propia de cada profesional, el contexto donde se desenvuelve y la propia trayectoria profesional y personal.

1. Diagnóstico de salud de la Comunidad.
Análisis del funcionamiento de recursos.

2. Elaboración y análisis de indicadores psicosociales. Monitorización de problemas detectados. Selección de prioridades.
3. Diseño de programas de intervención a nivel de planificación normativa, estratégica, táctica y operativa.
4. Dirección, seguimiento, coordinación y participación en proyectos a los niveles anteriores.
5. Diseño y participación en medidas de evaluación políticas, estratégicas, de programa y operativas.
6. Análisis de la motivación y expectativas. Análisis de la demanda del usuario.
7. Diagnóstico psicológico. Elección de objetivos terapéuticos adecuados y eficaces.
8. Determinación de las estrategias y actividades terapéuticas según modelo de trabajo.
9. Actividades psicoterapéuticas a nivel individual, grupal y familiar. Coordinación con la red sociosanitaria.
10. Seguimiento de casos a nivel clínico.
11. Análisis de la representación social de los fenómenos. Contextualización de las demandas sociales.
12. Técnicas de búsqueda de información y de elección de objetivos y sectores preferentes de intervención. Diagnóstico mediante medición de magnitud y severidad de los problemas.
13. Aplicación de métodos racionales de priorización de objetivos y estrategias.
14. Desarrollo de proyectos en el seno de la

comunidad, con metodologías activas y participativas. Coordinación de recursos.

15. Diseño y participación en la evaluación de los objetivos, a nivel de proceso y resultados.
16. Aplicación de métodos de identificación de déficits educativos, conocimientos, actitudes y hábitos de consumo.
17. Diseño de planes de formación en diversos sectores.
18. Diseño de métodos y recursos de formación.
19. Ejecución de proyectos formativos.
20. Diseño y participación en las estrategias formativas propias de la educación.
21. Diseño e identificación de áreas o temas prioritarios necesarios de ser investigados.
22. Aportación de técnicas investigadoras y de intercambio de experiencias.
23. Aportación de procedimientos rigurosos, transmisibles y sistemáticos.
24. Ejecución y participación en estudios a nivel clínico, preventivo y educativo.
25. Apoyo y participación en todos los procesos evaluadores de la actividad del psicólogo.

Procedimientos, Técnicas e Instrumentos

Dentro de este apartado se han querido recoger las distintas técnicas que se usan en la intervención con drogodependientes correspondientes a las diferentes orientaciones psicológicas.

1. Orientación Sistémica

La intervención a través de esta orientación psicológica tiene como objetivo la resolución de la adicción por medio de la terapia de Familia potenciando el reordenamiento particular de la estructura de las relaciones familiares.

Dentro de la Terapia de Familia existiría un proceso paulativo de sistematización de las diferentes fases del tratamiento para alcanzar los objetivos.

Las Fases y Técnicas de Intervención son las siguientes:

Primer contacto y entrevista inicial

Es significativo reseñar quien solicita la petición de atención, si el propio paciente o algún familiar, y cual. En este momento el terapeuta ya señalará la importancia de la presencia familiar en el proceso terapéutico.

Llegamos así al proceso de entrevista inicial, está vendría marcada por la posición del terapeuta frente al paciente, la diversidad a la hora de conseguir información y su tendencia a favorecer las interacciones de los miembros de la familia, situándose este en el lugar del observador.

Señalamos los diferentes momentos que debería cubrir la entrevista:

- Inclusión de la familia como complemento esencial en colaboración con el terapeuta.
- Definición del problema por cada miembro de la familia.
- Se refunde la información y se elabora una hipótesis explicativa de la situación, incluyendo los cambios concretos que se pretenden.
- Se finalizaría con las conclusiones de la entrevista, donde se reseñaría la importancia de una intervención familiar.

La intervención en la entrevista por parte del terapeuta estaría sujeta a la obtención de ciertos objetivos:

- La entrevista estaría utilizada como elemento de cambio, permitiría al terapeuta introducir información en el sistema familiar modificando y cambiando estructuras existentes.
- El terapeuta utilizaría diversas tareas orientadas a potenciar o suprimir ciertas relaciones familiares, así como establecer alianzas con algunos miembros del sistema familiar para reorganizar el funcionamiento sistémico
- Diferentes técnicas cognitivas utilizadas en la entrevista buscando la connotación positiva a la tendencia al equilibrio familiar para asumir el camino hacia el cambio.
- Redefinición: dentro de la entrevista se usaría como técnica para modificar la manera en que la familia percibe el problema.
- Comentarios orientados como expresión de la morfostasis del sistema o bien de la tendencia a la transformación.

- Técnicas conductuales utilizadas entre sesiones como un ensayo de conductas distintas a las habituales, darían respuesta a situaciones problemáticas que plantea el paciente.
- El terapeuta ha de estar preparado para atender y resolver la aparición de conflictos escondidos, mediante el reparto de responsabilidades encaminado a potenciar otras pautas de relación familiar, fomentando que el paciente adquiera cierta autonomía personal de la dinámica familiar.

Elaboración de los Objetivos del Tratamiento

- Es preciso definir los objetivos en términos de conductas concretas y observables, así evitaremos confusiones o posibles negociaciones una vez avanzado el tratamiento. Es un criterio objetivo que ayuda a la consecución del tratamiento y le da un matiz de logro a la terapia.
- Se establecerán en orden de prioridades reseñando las competencias del paciente y de la familia.
- Los objetivos se elaborarán con la familia ofreciéndole la oportunidad de marcar el rumbo que seguirá la terapia, estando en todo momento en contacto directo con lo que está sucediendo.
- Los objetivos se estructurarán sobre tres ejes fundamentales: el abandono de la droga, logro de abstinencia y mantenimiento, planificación de actividades sencillas y cotidianas.
- La superación del consumo será un criterio básico de éxito y le da sentido al tratamiento.
- Los objetivos, conseguida esta fase, se concretarían en conductas sencillas a nivel cotidiano, nuevas situaciones de relación, comunicación con la familia, fomento de nuevas actividades profesionales, etc.
- Se pretende conseguir una situación de vida estable, y en la medida de lo posible autónoma, siempre en función de las características del paciente y su entorno.
- El terapeuta ha de ser capaz de afrontar y reconducir la defensividad manifestada por la familia y el paciente evitando técnicas de confrontación. Será necesario la utilización de la connotación positiva y de la redefinición que nos permitirán establecer alianzas sólidas para la consecución de los objetivos.
- El terapeuta marcará un tipo de intervención más directa o estructural o bien una línea indirecta o paradójica en función de la defensividad o resistencia al cambio que se observa en la familia y el toxímano.

Finalización de la Terapia. Evaluación de los Resultados

- Una vez se han alcanzado los objetivos marcados al inicio del tratamiento, el contexto terapéutico se disuelve.
- Sería necesario retomar toda la información con la que contamos y hacer un breve repaso de los logros alcanzados, recordar algunos temas que quizás quedan pendientes de solución, plantear situaciones conflictivas futuras y recomendar el interés de realizar una entrevista de seguimiento.
- Sería conveniente hacer una evaluación y seguimiento de los resultados conseguidos a la finalización de la terapia.

2. Orientación Psicodinámica

- Perseguiríamos desde esta perspectiva un objetivo fundamental, aumentar la capacidad de la persona para tener conciencia de la enfermedad, que le llevará a discriminar los estímulos internos y externos, percibir objetivamente la realidad, prevenir riesgos, anticipar consecuencias, aceptar normas y límites, pensar antes de actuar, poseer mayor tolerancia a la frustración, relacionarse sin que medie la droga.
- Crear una nueva identidad diferente a la del toxicómano, mantener hábitos y habilidades complejas; mejorar el nivel de competencia, etc.
- Desde el momento inicial se va a pretender objetivizar la problemática y llegar a la toma de conciencia de la enfermedad por parte del paciente, produciendo así una disociación útil en el Yo del paciente, y así tener una parte del mismo, con la cual trabajar.

Se pondrá como ejemplo el modelo de Psicoterapia Breve por su mayor posibilidad de aplicación en el tratamiento con pacientes toxicómanos.

Fases de Intervención

Sería necesario distinguir las siguientes fases de intervención dentro del tratamiento:

1. Psicodiagnóstico

El diagnóstico del paciente es necesario para determinar el mejor enfoque terapéutico, para evaluar su motivación hacia el tratamiento, su capacidad de cambio y la fuerza y debilidad de su personalidad.

Este punto incluirá diversos postulados sobre la psicodinámica y mecanismos defensivos implicados, las causas del tras-

torno emocional del paciente, y las metas que se desean alcanzar. Comprender las características del consumo y su repercusión sobre el individuo.

2. Tratamiento

Un primer paso sería la planificación del mismo determinando el tipo de psicoterapia a usar, la priorización de conflictos que se abordarán, marcar la actitud del terapeuta ante mecanismos defensivos, prever posibles dificultades y formas de abordaje.

Respecto al tratamiento en si, haremos referencia a su frecuencia que sería de 1 a 2 veces por semana. El paciente será visto cara a cara.

Estará encaminado a enfatizar la solución del problema, el incremento de la adaptación y el apoyo a funciones del Yo. Se utilizarán técnicas interpretativas, educativas y de apoyo en las distintas intervenciones.

Realizaremos una planificación del tratamiento. Miremos aspectos caracterológicos del paciente junto con el momento evolutivo y los determinantes del contexto social.

Técnicas Generales

Nombraremos las siguientes técnicas de acuerdo al enfoque técnico escogido.

1. Instrumentos para recabar información

1. Interrogación

Se utilizaría en la etapa diagnóstica y también durante el tratamiento, cuando deseamos conocer datos sobre asociaciones o significados que el paciente da a lo que dice.

2. Señalamiento

Llamar la atención sobre un área con el objetivo que el paciente observe y ofrezca mas información.

3. Confrontación
Mostrar al paciente dos cosas contrapuestas para que advierta una contradicción. Pudiendo afrontar ambivalencias de sus deseos sobre el consumo y el mantenimiento de la abstinencia.

2. Instrumentos para Informar

1. Información
Dar a conocer al paciente datos extrínsecos de la realidad, no del paciente que este desconoce y debería conocer.
2. Esclarecimiento
Aclarar algo que el individuo sabe pero no acaba de percibir por si mismo, buscando en reordenamiento de la información.
3. Comentarios
Con el propósito de fomentar el intercambio verbal.
4. Interpretación
Es el instrumento fundamental del psicoanálisis, mostrando al paciente el significado profundo de lo que está diciendo para que el paciente vaya tomando conciencia de sus resistencias. Tipos de interpretaciones:

- Transferenciales
El adicto demanda ayuda por problemas vitales actuales, por lo que deberíamos usar de manera limitada estas interpretaciones, para no generar resistencias. De todos modos, es esperable que el paciente transfiera el objeto droga sobre el analista en una “adición de transferencia”, y debamos usar la interpretación haciendo frente a una transferencia hostil o idealizante.

Para controlar la intensidad de la regresión transferencial podemos presentar modificaciones técnicas en lo verbal y paraverbal como, incluir dos aspectos

opuestos y coexistentes del paciente, presentar las interpretaciones en forma de preguntas o sugerencias, para contrarrestar la idealización de la figura del terapeuta, podríamos también abarcar conflictos infantiles, cuando sea terapéuticamente eficaz.

- Extratransferenciales

Este tipo de interpretación sería necesaria para que el paciente tenga insight de las transferencias desarrolladas con las personas con las que se relaciona en su vida diaria. Se establece un ligazón constante entre lo que sucede con el terapeuta y en las relaciones con los objetos transferenciales del “afuera”.

Técnicas Específicas

Nombramos tanto técnicas aplicables a la psicoterapia de inspiración psicoanalítica como al psicoanálisis.

1. Constancia del Encuadre

El encuadre es necesario para garantizar unas condiciones necesarias para la eficacia del tratamiento.

Se traduce en reglas que han de ser explicitadas y contratadas con el paciente. Su función consiste en generar el campo de la transferencia y proteger dicho campo para que los estímulos externos se reduzcan a un mínimo.

Se materializa en una serie de acuerdos referidos al tiempo, frecuencia y duración de las sesiones y a la parte específica que toca al paciente y al terapeuta.

2. Establecimiento de una Alianza Terapéutica

La alianza es un concepto que se refiere al compromiso de colaboración para un trabajo psicoterapéutico común. Esta se forma

entre el yo racional del paciente y el yo racional del terapeuta, a partir de un proceso de identificación con la actitud y el trabajo del terapeuta en las sesiones.

3. Desarrollo de un Vínculo Terapéutico

En el proceso psicoterapéutico el vínculo establece una relación menos asimétrica que el psicoanálisis, con una función activa y más directiva que recurre en mayor medida a intervenciones no interpretativas y que evita los silencios prolongados para no alterar la regresión en el adicto.

Se necesita una mayor proximidad afectiva para confrontar y estimular su gran observador, donde el terapeuta se muestra moderadamente cálido, con un interés claro hacia el paciente pudiendo soportar la ambivalencia entre sus intenciones de abandonar la droga para siempre y el secreto deseo de librarse sólo sobre el descontrol de la ingesta.

4. Transferencia

En la psicoterapia con toxicómanos conviene mantener una relación transferencial sublimada. Se deben, por tanto, disolver los sentimientos de idealización, erotismo u hostilidad con la labor interpretativa.

Tipos de Transferencia

- Transferencia Negativa Inicial.
- Transferencia Idealizada.
- Transferencia Especular.
- Contratransferencia.

3. Orientación Cognitivo-Conductual

El inicio de toda intervención y la puesta en marcha de su posterior desarrollo ha de estar guiada por la evaluación inicial. Esta nos dará suficiente información para planificar nuestra acción y nos va a determinar el tipo de técnicas a utilizar en cada momento del proceso.

Se sondearán y evaluarán todos aquellos aspectos biológicos psicológicos y sociales de aquellos usuarios que sean susceptibles de recibir tratamiento. Estado de salud, consumo de sustancias adictivas, estilo de vida, hábitos y conductas de riesgo, situación social. Dentro de este último aspecto es importante conocer con que predisposición familiar se cuenta, de cara a elaborar la estrategia de intervención, donde estos pueden favorecer o entorpecer el proceso evolutivo del tratamiento.

La intervención terapéutica se estructura en varias etapas que giran sobre el eje de la abstinencia.

La intervención familiar puede resultar de gran ayuda para la preparación a la desintoxicación, manejando el síndrome de abstinencia y posibles situaciones críticas.

Una vez superado este primer momento se empieza a afrontar la deshabitación hacia una abstinencia y mantenimiento de la misma, para alcanzar en una etapa final la consolidación.

Las técnicas que nos servirán de soporte para la consecución de las diferentes etapas se utilizan tanto a nivel individual como a nivel grupal.

El terapeuta trabaja con el usuario y la familia paralelamente y estos van evolucionando de forma paulatina a través de los logros.

Se pretende que el usuario haga un aprendizaje de nuevos comportamientos y de nuevas formas de resolver sus propios conflictos. Planificando y controlando de manera autónoma su propia vida.

En un primer momento el individuo necesita para empezar la deshabituación, un control externo (familia o institución).

Será aquí apropiado utilizar técnicas que le ayuden al individuo a controlar la ansiedad que le genera su propia situación: técnicas fisiológicas (respiración diafragmática, relajación muscular, relajación profunda) técnicas cognitivas de enfrentamiento a la ansiedad (ideas irracionales, parada de pensamiento, autoinstrucciones, técnicas motoras de enfrentamiento a la ansiedad (organización, hábitos saludables, conductas socialmente habilidosas, control del ritmo de actividad, control de conductas inadecuadas).

Las técnicas operantes tales como: manejo del refuerzo, costo de respuesta, extinción y control de estímulos estarán también presentes para ayudar a la abstinencia.

En una 2ª etapa se empieza a disminuir el control externo para que sea el propio sujeto el que se haga cargo de la situación trabajando especialmente técnicas de autocontrol, reestructuración cognitiva, terapia racional emotiva, preparando al individuo para la prevención de recaídas.

En este apartado se pretende enseñar a discriminar las señales antecedentes de una recaída y comportamientos ante estas situaciones. Es también conveniente entrenar a los familiares responsables en las pautas de actuación para apoyar la abstinencia del usuario (técnicas de comunicación y reestructuración cognitiva).

Desde el punto de vista cognitivo hay también que preparar al individuo para no desmoronarse ante las posibles recaídas.

En una tercera etapa, una vez superado un periodo determinado de abstinencia, se planea la incorporación abierta del usuario a su medio, preparándolo en la asunción de la responsabilidad de sus propios comportamientos. Es pues necesario que aspectos como resolución de problemas, toma de decisiones, manejo de críticas, organización y planificación del tiempo, estén suficientemente trabajados para que el individuo sea capaz de mantener y consolidar el cambio. Ha de ser capaz de autoregular su comportamiento y su propio estilo de vida.

Se podrían utilizar también dentro de esta área de crecimiento personal técnicas de autorecompensa, técnicas de motivación, técnicas de mejora de autoestima y reformulaciones positivas.

El terapeuta en cada una de las etapas verá la manera mas conveniente de intervenir y siempre se pueden ver reforzadas las adquisiciones a nivel individual por la intervención en grupos, ya que son un poderoso instrumento de cambio.

Será interesante diferenciar la intervención en grupos terapéuticos, y los grupos de autoayuda. El objetivo primordial que se perseguiría con los mismos sería el de integrar y amplificar beneficios terapéuticos de los programas específicos del tratamiento de rehabilitación.

Formación

Se establece la distinción entre Formación reglada y no reglada. Queremos recordar que tanto en un plano como en otro, hay mucho camino por recorrer ya que en la actualidad no existen dentro de los planes de estudios de las distintas facultades de Psicología de nuestro país, ninguna asignatura específica del área que nos ocupa. Además, la formación no reglada que se ofrece es muy poco homogénea en lo referente a contenidos, calidad de los mismos, duración, acreditación e incluso reconocimiento en las diferentes comunidades autónomas.

Con todo ello, tenemos una panorámica de profesionales también muy dispar, que a través del contacto con la realidad y las diferentes necesidades que ésta solicitaba, ha adquirido una valorada experiencia a través del ensayo acierto-error, que a su vez han ido estableciendo y demandando unas fundadas pautas de formación.

1. Formación Reglada

Está suficientemente justificada la necesidad de contar dentro de la formación académica con una asignatura o materia incluida en el plan de estudios de la carrera de Psicología. Sería necesario delimitar si se podría constituir como una asignatura específica, o bien se podría incluir dentro de otra, dentro del área de especialización de psicología clínica.

En el primero de los casos hablaríamos de una duración no menor de 50 horas. Se pretende sea una asignatura en lo referente a contenidos y a créditos, atractiva para que la mayoría de alumnos optasen por ella y terminasen su formación como psicólogos teniendo una perspectiva clara del área y una orientación sobre el tipo de intervención a seguir.

Podría ser una asignatura de primer ciclo, y debería contar con una parte teórica y otra práctica. Los contenidos básicos se podrían estructurar en tres bloques diferenciados:

1. Conceptos básicos y generales de la Drogodependencia:
Historia, Antropología, Epidemiología, Definición de términos, Farmacología y Legislación.
2. Psicología Clínica:
Modelos de intervención, Conceptos generales, Psicopatología, Psicodiagnóstico, Psicoterapia, etc.
3. Psicología Comunitaria:
Modelo de intervención, Conceptos generales y Metodología.

Referente a la parte práctica se considera que debería ocupar un 20% del curso, estando previamente concertado en convenios con la administración.

Se desarrollarán como una visión aplicada desde la Teoría, pudiéndose analizar casos, visitas guiadas, elaboración de informes, análisis de centros, etc. Consiguiendo el alumno una visión mas cercana y real de la problemática y de su papel como profesional.

Otro aspecto importante sería la formación mínima del docente que debe conocer la materia, ya no sólo desde una perspectiva teórica sino también práctica. El perfil del docente ha de adecuarse a la realidad de las toxicomanías ya que estamos ante una problemática compleja, diversa y cambiante.

2. Formación no Reglada

En cuanto a la formación de postgrado hay que considerar que ha sido uno de los componentes esenciales en cuanto a la formación del psicólogo en este campo.

Analizando las diferentes opciones que se ofrecen de formación, vemos que hay muchos términos confusos, empezando por la denominación que tienen los cursos, siguiendo por contenidos, duración, acreditación, reconocimiento, centros de venta, etc. Estos últimos aspectos se verán en el apartado de acreditación.

Desarrollaremos aquí las categorías de cursos, que deberían estudiarse en función del profesional al que vayan dirigidos, buscando homogeneidad de grupos, con contenidos específicos por áreas.

Básico

Adquisición y clasificación de conocimientos y conceptos elementales como una primera toma de contacto para cualquier profesional, tanto si se va a dedicar a ésta área o no (horas de 20 a 50).

Profesionalización

Para personas que ya están en contacto con el área y se quieren dedicar y formar como profesionales. Debería ser más específico referente a contenidos, y contar con una formación práctica que asegurara la acreditación del psicólogo como profesional de drogodependencias. Contaría con un mínimo de 100 horas, en las que un tercio se dedicarían a las prácticas.

Perfeccionamiento

Para profesionales del área que quieran profundizar en temas o áreas concretas, por ejemplo dentro de Prevención o Evaluación.

Sería sólo para profesionales que trabajan en drogodependencias. El nº de horas sería de un mínimo 20 hasta 50.

Reciclaje

Para profesionales que necesitan actualizarse en avances o temas nuevos dentro del área (mínimo 20 horas).

Acreditación

Al hablar de acreditación, o sea, la garantía de formación y experiencia necesaria para intervenir profesionalmente en drogodependencias, se piensa directamente en el COP como institución capacitada para establecer los parámetros que la delimiten.

El perfil de acreditación debería recoger varios de los aspectos nombrados en formación.

Referente a formación, para que los cursos fueran acreditados por el COP deberían clasificar una serie de aspectos:

Nombre del curso

Se evitarían nombres generales que introduzcan a error. Tampoco sería conveniente que introdujera términos como experto o especialista que son términos que llevan a malas interpretaciones y a confusión.

Debería incluirse en alguna de las categorías citadas en el apartado de formación.

Siendo cursos propios para psicólogos, debería estar restringida la matrícula de otros profesionales.

Justificación

Se cree necesaria para fundamentar el desarrollo del curso, haciendo referencia a necesidades detectadas entre los profesionales o a nivel de población, o encaminada a apoyar futuras actuaciones profesionales

Contenidos

Ya se ha hecho referencia un poco tanto en formación reglada como en no reglada de contenidos.

Pensamos que han de venir enfocados a la práctica profesional, por lo que han de ser aplicables y ajustados a la realidad y a las necesidades de las distintas demandas.

El programa deberá incluir de manera detallada los temas que se van a impartir, reseñando la duración de cada uno de ellos.

Los objetivos deberían marcar de manera general los logros que pretende el programa al finalizar el mismo y de manera específica, cada uno de los temas o módulos.

Referente a las prácticas, como ya se ha señalado, consideramos fundamental la programación de las mismas dentro de los cursos de profesionalización. Ha de quedar claro, si el curso tiene horas de prácticas y si estas son fuera de la programación, lo lógico sería que fueran un mínimo de un 20% del curso. Antes de empezar el curso ya debería conocerse como se desarrollarían, lugar, tutores, programación, metodología, etc.

Metodología

Siempre se hará referencia al tipo de metodología de aprendizaje que se va a utilizar. Se buscará que esta sea lo más activa y participativa posible.

En este apartado se incluirán tanto los medios como material didácticos.

Duración

Debería de ajustarse a los mínimos que se han expuesto en las distintas categorías de los cursos. Clasificación del cómputo total de horas con prácticas o sin ellas. Sería necesario hacer la oportuna correspondencia entre horas y créditos. El mínimo aceptado como acreditación deberían ser 20 horas = 2 créditos.

Centro Docente

Debería estar previamente homologado o acreditado para impartir formación de postgrado.

Las condiciones del entorno físico deben contar con los recursos necesarios, para el óptimo desarrollo de la formación. Se debe

tener presente que toda entidad promotora o centro docente, para conseguir su acreditación debe haber cumplido con todos los compromisos legales con la administración.

Docentes

Ya se hizo mención anterior, pero queremos reseñar aquí que deberían ser titulados superiores con suficiente experiencia práctica y aplicada en el área de las toxicomanías. Se debería contar con un responsable de dirección, docentes o profesorado, y para la parte práctica contar con un tutor que se encargará del seguimiento y cumplimiento de las mismas.

Calendario

Donde se remarcará el inicio y el final del programa, indicando las fechas correspondientes a cada sesión, incluyendo los horarios previstos para todo el curso.

Aquí deben también quedar claros la temporalización de las prácticas.

El control de asistencia, el mínimo de horas exigido y la justificación de la no asistencia de cara a la titulación que se obtendrá, debe también incluirse en este apartado.

Destinatarios

Se clasifica según las distintas categorías que se han señalado. Dependiendo de los contenidos se puede decidir si se amplía a otros profesionales o no.

En el programa deberá figurar los requisitos previos para el acceso al curso, así como las pruebas y criterios de selección que se utilizarán para los alumnos.

Evaluación

Sería conveniente evaluar de manera continua a los alumnos, tanto en su formación teórica como práctica.

De la misma forma se someterán a evaluación, tanto el propio curso en todo lo refe-

rente a organización, materiales, contenidos teóricos y prácticos, metodología, cumplimiento de objetivos, recursos como los docentes y la dirección.

La evaluación final de los alumnos se establecerá según criterio de la dirección o del cuadro docente: exámenes, tesinas, proyectos, investigación.