



Servicio
Extremeño
de Salud

Protocolo de Atención a Familiares

de abusadores o dependientes de drogas
u otras conductas adictivas

PROTOCOLO DE ATENCIÓN A FAMILIARES

*de abusadores o dependientes de drogas
u otras conductas adictivas*

Plan Integral de Drogodependencias y otras Conductas Adictivas.
(PIDCA 2008-2012)

Servicio Extremeño de Salud.
Consejería de Sanidad y Dependencia.
Junta de Extremadura.

Grupo de Trabajo de elaboración y redacción:

Gemma Santos Donoso. Psicóloga T. S. Cedex de Don Benito
Rosa Pulido Maestre. T.S. Cedex de Miajadas
Javier Donaire García. Enfermero. Cedex de “Valdepasillas” de Badajoz
José Antonio Santos Cansado. Psicólogo. Secretaría Técnica de Drogodependencias. Mérida.

Profesionales colaboradores:

José Miguel Zoido. Médico Cedex “Los Pinos” de Badajoz
Alicia Clemente. Auxiliar Administrativo. Cedex de Coria.
Sonia Ruiz. Psicóloga ALREX y CRPS de Don Benito.

ISBN: 978-84-96958-71-5

Depósito Legal: BA-056-2011

Maquetación e Impresión: Artes Gráficas Rejas, S. L.

PROTOCOLO DE ATENCIÓN A FAMILIARES
de abusadores o dependientes de drogas
u otras conductas adictivas

INTRODUCCIÓN	9
1. EVALUACIÓN DEL FAMILIAR	11
1.1. Primera aproximación: análisis y valoración	11
1.2. Áreas concretas de evaluación	12
2. TIPOS DE FAMILIARES: CLASIFICACIÓN, DESCRIPCIÓN, DEFINICIONES, EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO	15
A. Familiar Colaborador Asintomático	16
B. Familiar NO Colaborador	16
C. Familiar Colaborador con Síntomas de Malestar	17
D. Familiar Codependiente	20
D. I. Aclaraciones Terminológicas	20
D. I. 1. Dependencias Relacionales	21
D. I. 2. Dependencia Emocional	21
D. I. 3. Bidependencia	22
D. II. Codependencia	22
Diagnóstico	23
Diagnósticos diferenciales	25
Aclaración de la situación actual en cuanto a las dependencias relacionales	27
3. INTERVENCIÓN CON LOS FAMILIARES	31
A. Familiar Colaborador Asintomático	31
A.1. Información general sobre problemas adictivos	31
A.2. Información sobre el proceso terapéutico	31
A.3. Información sobre como actuar ante el problema	32
B. Familiar NO Colaborador	35
B.1. Por desconocimiento	35
B.2. Por sobrecarga, no quieren o no pueden	36
B.3. Por abandono de relación	36
C. Familiar colaborador con síntomas de Malestar	36
C.1. Bloque de actuación I. Sobre la Adicción y la evolución del tratamiento	37
C.2. Bloque de actuación II. Sobre los síntomas de malestar de los familiares y el manejo de los mismos	37
D. Familiar Codependiente	41

D.1. Bloque de Actuación I. Sobre la Adicción y la evolución del tratamiento	41
D.2. Bloque de actuación II. Tratamiento de la Codependencia	41
D.2.1. Objetivos terapéuticos	41
D.2.2. Dimensiones o áreas de intervención	41
D.2.3. Intervenciones terapéuticas en cada dimensión o área afectada	42
D.2.4. Tipos de intervención	46
4. BIBLIOTERAPIA. Libros recomendados a los familiares	49
5. BIBLIOGRAFÍA	49
6. ANEXOS	
1. Familiar demandante solo	51
2. Preguntas más frecuentes sobre tratamientos de drogodependencias	56
3. Cuestionarios, inventarios, tests	61
3.1. APGAR familiar	61
3.2. Cuestionario de Funcionamiento Familiar (FF-SIL)	62
3.3. Cuestionario de Satisfacción Conyugal de Lazarus, A (1985)	64
3.4. Cuestionario de codependencia de Roehling y Gaumond (1996) Adaptación al castellano de Sirvent y Martínez	65
3.5. Autodiagnóstico para la codependencia de www.adicciones.org	67
3.6. Cuestionario breve sobre dependencia emocional de Jorge Castelló Blasco	75
4. Entrevista Clínica para la dependencia emocional	77
5. Sesiones de tratamiento para la Codependencia	78
6. Resultado de la encuesta realizada a familiares/acompañantes	124
7. Casos prácticos	132
8. Casos Especiales	145
9. Árbol - Resumen del documento	150

INTRODUCCIÓN

El trastorno adictivo, sea de tipo comportamental o derivado del consumo de sustancias tóxicas, suele constituir una fuente de problemas no solo para quien lo mantiene sino también para su entorno: familia, amigos, compañeros de estudio o de trabajo, etc.. Puede alterarse la dinámica familiar, social y laboral, encontrándose, con frecuencia, el mayor desequilibrio en la primera. Los familiares se hallarán afectados a diferentes niveles: físico, psicológico (conductual, cognitivo, emocional) social y familiar. etc.

“...desde hace algunos años se considera a la intervención familiar como uno de los factores que más contribuye al éxito de los procesos terapéuticos en adicciones...”. “...la familia que colabora en el tratamiento consigue mejores resultados tanto en la recuperación de una dinámica relacional más sana como en el fomento y mantenimiento de los avances efectuados por el miembro adicto”. (Palacios, L, documento no publicado).

Pero no siempre es así, y a veces esta colaboración puede ser inadecuada convirtiéndose en un obstáculo para el proceso terapéutico del propio paciente, y conllevando un aumento del malestar del familiar.

En este documento se expone la intervención terapéutica con los familiares implicados/afectados por el problema adictivo de uno de los miembros del sistema familiar, para lo cual se parte de la realización de una clasificación y descripción de los mismos; se aportan instrumentos de evaluación, pautas terapéuticas y sesiones de intervención.

La clasificación de los familiares se realiza teniendo presente dos variables:

- a) la colaboración en el proceso terapéutico del adicto, y
- b) los síntomas de malestar que padece el familiar afectado.

De aquí, que el presente protocolo se base en la existencia conjunta de dos líneas de trabajo independientes, que en determinados casos pueden ser simultáneas, y casi siempre complementarias:

- Una, consistente en facilitar pautas terapéuticas al familiar como apoyo a la persona con adicción.
- Otra centrada en el apoyo y asistencia al propio familiar (su proceso terapéutico).

En determinados casos, los síntomas del familiar concluirán en un diagnóstico propio, tema que ampliamente es tratado en este documento.

INTRODUCCIÓN

Por tanto, no se trata de abordar con los familiares, solo los factores que aumentan o disminuyen el riesgo de consumo de drogas, sino que se aboga por otorgarle un mayor protagonismo a la familia, independientemente del proceso rehabilitador, o del momento en que el afectado esté. Habida cuenta de la dificultad que ello entraña dado que en muchas ocasiones el bienestar de la familia parece estar exclusivamente determinado con la evolución, abstinencia o consumo del familiar.

¿Siempre será conveniente la colaboración del familiar?

La participación de la familia es conveniente y necesaria en la mayor parte de los casos. El profesional evaluará la conveniencia o no de contar con la colaboración de determinados familiares que presenten algunas de estas situaciones:

- Padres muy ancianos o enfermos.
- Miembros con actitud destructiva, hacia el paciente y no dispuestos al cambio.
- Menores.
- Familiares que han perdido el contacto durante años.
- Familiares con trastorno adictivo o trastorno mental grave no estabilizados.
- Casos especiales.

1. EVALUACIÓN DEL FAMILIAR

1.1. PRIMERA APROXIMACIÓN: ANÁLISIS Y VALORACIÓN

El objetivo de la intervención familiar en adicciones es el logro de un mínimo estado de bienestar y una normalización de su vida personal incluso con cierta independencia de la persona con adicción y sus circunstancias, por lo que se materializará en la ayuda, orientación y apoyo a:

- a) Aquellos que, partiendo de una situación adversa (para si y/o anti-terapéutica para el adicto) estén dispuestos al cambio actitudinal y comportamental.
- b) Aquellos que encuentren dificultades, en la relación con un familiar afectado por una conducta adictiva, o en su modo de apoyarle o ayudarle. Bien sea por escepticismo, sobrecarga o desconocimiento

Por otro lado, los resultados de diversas investigaciones sobre adicciones señalan que el núcleo familiar y particularmente, ciertos aspectos de la dinámica, como la calidad de la relación, la comunicación, la expresión de afectos, los valores, la satisfacción de necesidades físicas, psicológicas y emocionales, así como el sentido de unión y pertenencia entre los integrantes de la familia son factores relevantes a tener en cuenta para intervenir sobre el problema. Por tanto es fundamental, detectar las consecuencias que está experimentando el núcleo familiar y cómo estas pueden repercutir en el mantenimiento de la conducta adictiva, dado el proceso de causalidad recíproca y bidireccionalidad que se da en todo sistema familiar.

Así pues, en el abordaje de la intervención familiar que se pretende, es imprescindible conocer los comportamientos y, las actitudes de los miembros de la unidad familiar, así como el tipo de relaciones e interacciones que mantienen entre ellos. Especialmente interesan las actitudes que estos tienen ante las adicciones y ante el familiar adicto, así como las reacciones familiares que se están dando desde que el problema ha sido conocido y con anterioridad a ello.

Por ello, se considera conveniente y necesario que desde el primer contacto, se inicie el análisis y valoración de la familia.

A continuación se exponen una serie de cuestiones que pueden usarse para ir captando y perfilando la situación real de la familia, con el fin de adaptar la futura intervención a las necesidades, conocimientos y expectativas de cada núcleo familiar.

1. EVALUACIÓN DEL FAMILIAR

Preguntas dirigidas al familiar:

- **¿Cómo le afecta el problema de drogodependencias-adicción a la familia?**
- **¿Qué conoce, qué información tiene a cerca de las adicciones?**
- **¿Cuál es desde su punto de vista la droga principal con la que su familiar tiene problemas?**
- **¿Cuándo y cómo comenzó usted a darse cuenta de que su familiar tenía problemas con las drogas?**
- **¿Qué han hecho hasta ahora para ayudar en este problema? ¿Ha funcionado?**
- **¿Se han producido cambios en sus actividades cotidianas por la dedicación a este problema?**
- **¿Cree que es necesario el apoyo familiar en el tratamiento?**

Preguntas dirigidas al usuario o paciente:

- **¿Cree necesario el apoyo de sus familiares?**
- **¿A quién considera más adecuado para apoyarle?**
- **¿Qué familiar cree más afectado por su problema?**
- **¿Hasta donde quiere que participe o qué información se le puede transmitir?**

En el consentimiento informado que se firma al inicio del tratamiento, incluir a qué familiar autoriza para que conozca su proceso.

1.2. ÁREAS CONCRETAS DE EVALUACIÓN

Después de la primera entrevista de acogida, en las sucesivas que se realicen a la persona afectada por drogodependencias u otras conductas adictivas, se continuará la exploración para obtener conclusiones en base a las cuales concretar objetivos y actuaciones terapéuticas según las peculiaridades que presente el/los familiares.

Para ello, en base a la teoría y a la experiencia clínica, se considera conveniente centrarse en cuatro aspectos fundamentales:

- Grado de conocimiento de la dependencia.
- Impacto de la misma en la familia.
- Relaciones familiares

- Potencialidades de la familia

1. EVALUACIÓN DEL FAMILIAR

A continuación se sugieren una serie de preguntas que pueden formar parte de una o varias entrevistas semiestructuradas.

Grado de Conocimiento de la problemática del paciente

¿Qué síntomas atribuye usted al problema adictivo?

Ansiedad	Problemas de concentración	Problemas legales	Problemas de salud	Conflictos de pareja
Irritabilidad	Explosiones de ira	Problemas económicos	Aislamiento social	Abusos sexuales
Susplicacia	Cambios de humor	Problemas laborales	Abusos verbales	Agresividad Física

¿Tratamientos Anteriores? ¿Por qué cree que fracasaron?

Impacto en la familia

¿Qué problemas ha creado el abuso de drogas en la familia?

- Nivel emocional: ira, culpa, desesperanza, ansiedad, depresión
- Nivel cognitivo: distorsiones, rumiaciones
- Nivel conductual: hábitos inadecuados.
- Nivel económico: deudas, sanciones y multas, etc.
- Nivel físico: descuido de los propios hábitos de salud, somatizaciones.
- Nivel social: aislamiento, sentimientos de vergüenza, cambio o abandono de aficiones
- Nivel familiar: modificaciones de roles.

¿Cuenta la familia con el apoyo de otros familiares, fuera del núcleo de convivencia, con amigos o red social de apoyo?

Consigra si dicha red conoce o no la problemática.

Relaciones familiares

Antecedentes psiquiátricos, o de conductas adictivas en la familia nuclear y extensa

¿Cree que existe en su casa una buena comunicación? ¿Y apoyo familiar?

¿Cómo definiría usted la relación actual del paciente con el resto de la familia?

Potencialidades de la Familia

Recursos con los que cuentan.

Estrategias que se han puesto en práctica y resultado de las mismas.

Capacidades de los miembros para afrontar problemas.

👉 Se recomienda evaluar las relaciones familiares con el APGAR FAMILIAR (Anexo 3.1).

2. TIPOS DE FAMILIARES CLASIFICACIÓN, DESCRIPCIÓN, DEFINICIONES, EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO

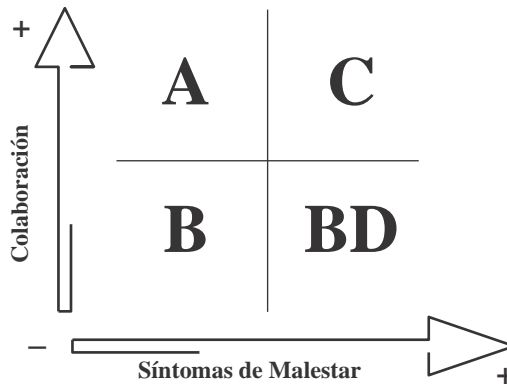
Atendiendo a dos variables independientes: Colaboración en el proceso y presentar síntomas de malestar, se establece la clasificación en cuatro tipos de familiares:

CLASIFICACIÓN

- A. Familiar Colaborador asintomático.**
- B. Familiar No Colaborador.**
- C. Familiar Colaborador con síntomas de malestar.**
- D. Familiar Codependiente**

DESCRIPCIÓN

El siguiente cuadro pretende explicar el resultado del cruce de las dos variables



-
- A:** Alta colaboración y escasos síntomas de malestar
 - B:** Baja colaboración y sintomatología de malestar en cantidad variable.
 - C:** Alta colaboración e importantes síntomas de malestar.
 - D:** La colaboración puede ser inadecuada o contraproducente y los síntomas del familiar se constituyen en un síndrome: "Codependencia".

- ☞ Mención independiente tendrán los familiares demandantes solos, dado que el afectado no está implicado en el tratamiento. Se aborda la intervención con estos familiares en el Anexo 1

DEFINICIONES, EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO

A. Familiar Colaborador Asintomático.

Se trata de aquellos familiares que, desde el principio, toman conciencia de la conducta adictiva y sus consecuencias pudiéndose mostrar colaboradores en diversos grados. Suelen conseguir una separación entre la problemática del familiar afectado y el manejo de las emociones propias, por lo que mantienen un buen ajuste en la mayor parte de las áreas de su vida cotidiana, tal y como era hasta el momento del proceso de adicción.

B. Familiar NO Colaborador.

Son aquellos que pueden mostrarse:

- Ausentes en el proceso terapéutico: no acompañan en las consultas, ni fuera de ellas, en su vida cotidiana no asumen ni ponen en práctica pautas de apoyo al tto.
- Presentes aunque indiferentes al proceso y a la evolución terapéutica: manifiestan su desconfianza, oposición o no facilitan el acercamiento al tratamiento.

La falta de colaboración puede deberse a varios motivos, analizarlos y definirlos favorecerá la concreción de la intervención terapéutica que pudieran requerir:

B.1. Desconocimiento.

En muchos casos, la desinformación y el mantenimiento de ideas erróneas acerca de las conductas adictivas y de los programas terapéuticos, hace pensar a los familiares que la solución está en los profesionales, los cuales intervendrán con el afectado y solucionarán el problema. Por tanto, desconocen la conveniencia de su implicación en el proceso.

B.2. Sobrecarga, no quieren o no pueden apoyar.

Existen varios motivos por los que el familiar puede sentirse sobrecargado:

- por el afrontamiento directo o indirecto de una gran variedad y cantidad de problemas de toda índole que conlleva un proceso adictivo (legales, económicos, familiares..),

- por existir más de un miembro con trastorno adictivo en la familia,
- por presentar la adicción una larga trayectoria, con las habituales fluctuaciones en el proceso terapéutico, con reiterados fracasos en tratamientos anteriores,
- por asumir las responsabilidades y obligaciones de la persona con problemas adictivos, con el consiguiente desgaste emocional y motivacional que ello supone,
- por ser la adicción una particularidad más, que se produce en el seno de una familia multiproblemática

B.3. Por Abandono o ruptura de la relación.

En caso de ruptura o abandono definitivo, sin expectativas de reconciliación, será difícil o imposible contar con el apoyo de la otra parte. Pero será conveniente “dejar la puerta abierta” al familiar, por si necesita apoyo o atención terapéutica en su propio proceso de recuperación.

En **rupturas** temporales será necesario estudiar la situación en que se encuentran los miembros de la relación: modo y condiciones del cese de la relación, estado emocional del familiar afectado, ideas de reconciliación/continuación, existencia de codependencia... todo lo cual puede influir en la orientación sobre la colaboración familiar, especialmente sobre la conveniencia o no, para ambos.

C. Familiar colaborador con síntomas de Malestar.

Son los familiares cuyos síntomas de malestar se hallan provocados por el trastorno adictivo y los problemas y conflictos que de él se derivan.

Suelen estar receptivos a las indicaciones terapéuticas de los profesionales, las pone en práctica, realiza cambios conductuales y actitudinales que favorecen el proceso terapéutico del adicto y su propio auto-cuidado personal y emocional, llevando a cabo el rol de coterapeuta.

Los síntomas característicos de este tipo de familiares, suelen ser:

- sintomatología ansioso-depresiva: preocupación constante, angustia, irritabilidad miedos, anhedonia, tristeza, aislamiento, ausencia de actividades reforzantes, trastornos del sueño, dificultad para relajarse
- pensamientos rumiativos/obsesivos en relación con la conducta adictiva del familiar,
- somatizaciones: problemas digestivos, cefaleas, tensión muscular (contracturas),

Estos síntomas toman relevancia según el grado de malestar que provocan y las interferencias que producen en las rutinas diarias.

Además, esta sintomatología provoca malestar clínico significativo y/o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la vida cotidiana de la persona. Lo cual vendrá determinada por varios parámetros:

- **Tipo de relación con la persona que presenta la conducta adictiva.**
 - *Pareja.* En muchos casos es el familiar que presenta los mayores síntomas de malestar. Hay que descartar el diagnóstico de codependencia, dado que sería el familiar con mayor riesgo de presentar esta patología.
 - *Padres.* Son los más afectados, cuando el hijo adicto no tiene pareja y, o bien, le han acompañado en toda la historia adictiva, o bien, han reanudado su apoyo tras una ruptura de pareja. Pueden encontrarse diferencias en las vivencias de los padres dependiendo de la edad del hijo y de los años de adicción.
 - *Hijos Jóvenes, o primeros acercamientos a centros asistenciales.* Los padres muestran una sintomatología aguda, predominantemente ansiosa, demandando atención urgente.
 - *Hijos con larga trayectoria de adicción.* Los padres que han convivido muchos años junto a la adicción de sus hijos, suelen presentar síntomas de malestar persistentes con menor ansiedad y más sintomatología depresiva: fatiga, tristeza, anhedonia... También presentan mayor escepticismo ante el tratamiento. Pueden encontrarse en varias situaciones:
 - Ruptura de relación paterno-filial.
 - Convivencia continua o discontinua.
 - Apoyo consistente o inconsistente.
 - *Hijos.* Entre éstos puede hallarse una gran variabilidad de situaciones:
 - Hijos Ausentes.
 - Hijos que adoptan el rol de padres con sus hermanos.
 - Hijos que intercambian los roles con los adultos, ocupándose de su cuidado: Parentificación.
 - *Otros familiares afectados:*
 - Hermanos, Tíos, etc. En la mayor parte de los casos no presentan un alto grado de malestar, dependerá de la relación afectiva que se mantiene.

- **Historia de relación con la persona que presenta la conducta adictiva.** Suele darse una relación directa entre el factor tiempo y el deterioro del vínculo afectivo.

En los momentos iniciales, de conciencia de problema y de búsqueda de soluciones, es habitual la agudización de la sintomatología ansiosa referida que, posteriormente suele atenuarse al tiempo que se experimenta una progresiva adaptación a la conducta adictiva del familiar.

Con el paso del tiempo este proceso puede derivar en codependencia o abandono de la actitud de apoyo, por sobrecarga o cansancio, o incluso ruptura de la relación. El que se mantenga en la categoría de “Familiar Colaborador con síntomas Malestar” continuando con la prestación de apoyo y manteniendo la convivencia, sería lo más excepcional; a menos que se produzca una adaptación a la situación con la consiguiente remisión de la clínica ansiosa.

- **Rasgos de personalidad del familiar.** Como en el resto de aspectos de la vida, los rasgos de carácter influirán en el grado de malestar percibido, en la alteración producida en la vida cotidiana del familiar y en el tipo de colaboración prestada al miembro familiar adicto.
- **Apoyos del entorno.** La existencia de personas del entorno socio-familiar que provean de sostén y apoyo, constituirá un factor que favorecerá en el familiar, la descarga emocional, la realización de actividades alternativas reforzantes y todo aquello que supone evitarle enfrentar en soledad esta problemática.

En la evaluación continua a los familiares, puede detectarse un empeoramiento anímico de éstos coincidente con una mejoría clínica del adicto.

- Evolución paradójica del Familiar en el proceso. **“El bache emocional”**

La experiencia clínica ha demostrado que no es excepcional, que cuando se produce una recuperación de la adicción, algunos familiares presentan un aumento de sus síntomas de malestar (enfado, desconfianza, tensiones, estado de ánimo deprimido, en general, un importante malestar). Esta situación paradójica puede deberse a varias hipótesis que se exponen a continuación:

- Que al estabilizarse la conducta adictiva y normalizarse el sistema familiar, la persona que se ha mantenido permanentemente al lado del adicto, disponga de circunstancias que favorezcan su auto-observación, llegando a percatarse de su situación y su sintomatología, lo cual provoque la manifestación objetiva de la misma.
- El temor a que la evolución positiva del proceso terapéutico que está aportando bienestar en la familia se pudiera tornar y otra vez volver a pasar por las mismas vivencias negativas que se tuvieron en la etapa de adicción activa.

- Que experimente una inadaptación a la nueva dinámica de interacción familiar y cambio de rol, que puede producirse cuando el sistema se estabiliza después

de un período de crisis. (Ej: Una mujer que ha asumido las responsabilidades y funciones de ambas figuras parentales, parte de las cuales ha de abandonar para que sean asumidas por el padre que se encuentra abstinerente).

La evaluación del familiar colaborador con síntomas de malestar concluirá con una valoración de su situación actual en cuanto a la gravedad de sus síntomas e interferencia en su vida cotidiana. A partir de la cual puede programarse una intervención terapéutica individualizada basada en dos aspectos fundamentales: su propio malestar y el apoyo que presta al adicto.

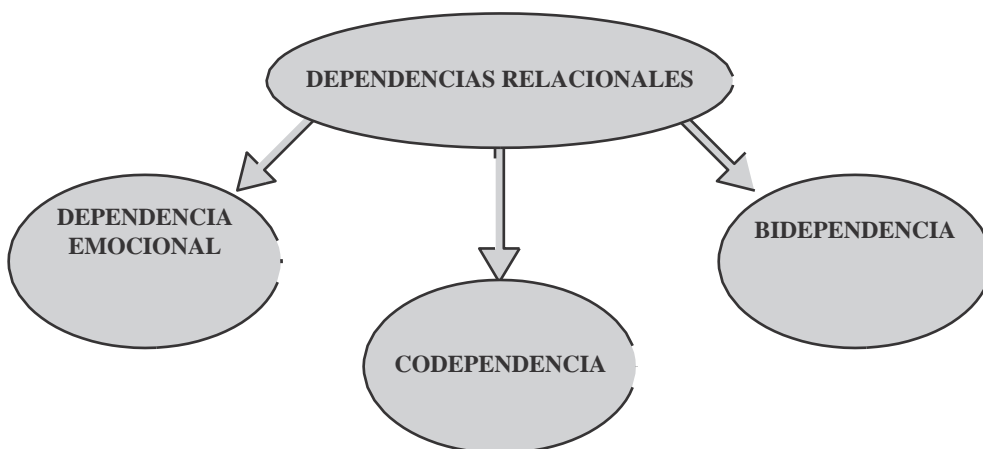
D. Familiar Codependiente.

Es el familiar que presenta una sintomatología muy evidente, ha centrado la mayor parte de su vida en el adicto, relegando muchas de sus cuestiones personales, y su principal o único objetivo es ayudarlo, pasando el resto de cuestiones vitales a un segundo plano, y sufriendo por ello un estado permanente de malestar.

A continuación se expone una introducción didáctica al tema de las dependencias relacionales que ayude a clarificar el síndrome de la Codependencia.

D. I. Aclaraciones Terminológicas.

Según diversos autores el término “dependencias relacionales” englobaría otros tres: Dependencia emocional, Codependencia y Bidependencia.



A continuación se expone una aclaración de estos términos, antes de centrar la exposición en la Codependencia, objetivo del presente trabajo, por ser el tipo de dependencia relacional que con más frecuencia aparece en en ámbito de las adicciones.

D. I. 1. Dependencias Relacionales.

Conjunto de comportamientos adictivos cuya matriz nuclear es la relación interpersonal. Una característica frecuente es la asimetría de rol, bien por sometimiento voluntario del miembro dependiente, bien como resultado de la dominación impositiva del miembro dominante. El resultado final es la disolución de la personalidad del sujeto dependiente en la del sujeto dominante que puede o no ser consciente de lo que hace.

Un aspecto sustancial es la actitud dependiente, de forma que aunque el sujeto con D.R. se libere, es decir, rompa la relación, fácilmente reproducirá los mismos esquemas de interrelación con la siguiente pareja dado que muestra una tendencia natural a repetir comportamientos y actitudes que favorecerán que cada sucesiva relación acabe convirtiéndose en relación dependiente. Sirvent, C (2007)

Parece que estadísticamente afecta más a las mujeres, por la frecuencia y proporción en que demandan asistencia o son éstas atendidas en los centros, aunque en realidad esta desproporción pueda ser debida al prototípico rol social, la extendida necesidad de no exteriorizar sentimientos de debilidad, en cuanto que patrones de conducta aprendidos típicamente masculinos en los que no está “bien visto” manifestar las emociones y sentimientos. En muchas ocasiones, en el hombre, este problema se disimula, quedando oculto o busca otras vías de expresión o “compensación”: una aparente dominación (D.E. dominante), alcoholismo.....

Las dependencias relacionales también son llamadas por otros autores **dependencias sentimentales**.

D. I. 2. Dependencia Emocional

Según lo define Catelló, J. (2005):

Tendencia persistente a las relaciones de pareja caracterizada por el desequilibrio entre ambos miembros, la necesidad afectiva claramente excesiva hacia la otra persona y el sometimiento inapropiado hacia ella, que empieza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos, como lo indican cinco o más de los siguientes ítems:

1. Búsqueda continua de relaciones de pareja, planteándose su vida siempre al lado de alguien (incluyendo relaciones de transición). Además muestran habitualmente hiper-ilusión al principio de una relación, con componentes de euforia y auto-engaño (fantaseando).
2. Necesidad excesiva de la pareja.
3. Elección frecuente de parejas egoístas, presuntuosas y hostiles, a las que idealiza

(sobrevaloración).

4. Subordinación a la pareja.
5. Prioridad de la relación, no solo de pareja (el objeto se convierte en el centro de su existencia), mostrando deseo de acceso constante.
6. Miedo atroz a la ruptura, con alta probabilidad de sufrir trastornos mentales del Eje I, si se produce.
7. Auto-estima y auto-concepto muy bajos, por ello les fascinan personas con ego sobre-valorado, fuerte.
8. Miedo e intolerancia a la soledad, debido a lo anterior.
9. Necesidad excesiva de aprobación, de agradar. Preocupación por el aspecto físico.

D. I. 3. Bidependencia

Es un término acuñado por Sirvent, C, que define como:

“Conjunto de actitudes, comportamientos y afectos denotativos de que, al margen de la específica adicción en una persona, existe una dependencia de personas o situaciones que condiciona la vida del afectado y de la/s persona/s involucrada/s. El adicto adquiere un hábito pasivizante y se instala en una deliberada falta de autonomía, salvo en lo referido a mantener su adicción”.

De este modo, la relación que el bidependiente establece con la persona de la que depende es muy similar a la que mantiene o mantenía con la droga:

- Necesidad imperiosa del otro
- La reiterada búsqueda de estimulación y sensaciones fuertes.
- Delegan o evitan responsabilidades
- Auto-anulación y disolución de su personalidad en la del compañero
- Mantenimiento de un estrecho y peculiar espacio de (seudo) intimidad, que no incluye más que al bidependiente y a su pareja

D. II. Codependencia

Básicamente consiste en la peculiar relación de dependencia “emocional” que establece un sujeto no adicto (habitualmente familiar más próximo o allegado) respecto a un sujeto adicto.

Puede definirse como *el estilo interactivo*, la estrategia interpersonal de relacionarse con personas que “necesitan” ser ayudadas y “rescatadas” (de su situación

de deterioro personal). Su característica esencial es la actitud de Control Interpersonal, independientemente del problema que presente el “ayudado” (normalmente se trata de

cualquiera que le parezca al codependiente que necesita que le salven, le curen, le atiendan. Que él será necesitado y gracias a su ayuda y entrega podrá “salvarse”/recuperarse.

Esta actitud de entrega y ayuda al otro suelen extenderlo más allá de las relaciones de pareja, a todo su entorno interaccional.

La principal característica es el vínculo patológico dependiente o interdependiente que mantiene un sujeto no adicto (codependiente) con otro adicto.

Suele ocurrir, como en el caso “C” que cuando la persona con adicción empieza su recuperación, es cuando el codependiente puede encontrarse peor, llegando a manifestar sintomatología clínica aguda (especialmente ansiedad y depresión, etc.).

• Diagnóstico de Codependencia

(Elaboración propia con información de diversos autores):

Se debe presentar:

- I. Involucración afectiva y entrega a la persona que presenta conducta adictiva, para ayudarle, resolver sus problemas, protegerle e, indirectamente, manipularle mediante subordinación, sumisión y entrega. Toda su conducta gira en torno a la satisfacción de las necesidades de la persona con adicción, sobre todo las emocionales, al tiempo que desatienden las propias.
- II. Cumplir un mínimo de 5 criterios durante al menos UN AÑO
 1. La persona considera que el cuidado y la entrega se hace por altruismo, amor, educación y hábito.
 2. Necesidad obsesiva de control de la conducta de los demás, manifestando: intrusividad, hipervigilancia e hipercontrol de la vida ajena.
 3. Auto-imagen negativa. Auto-concepto basado en los éxitos o fracasos del adicto
 4. Baja auto-estima, que intenta elevar resolviendo los problemas y aliviando el dolor de los demás.
 5. Necesidad de aprobación constante.
 6. Miedo atroz a la ruptura de la relación: Angustia y sufrimiento ante la separación (real e ideal) de la persona con adicción. Miedo e intolerancia a la soledad.

7. Sensación de indefensión, inescapabilidad, victimización y sentimientos de culpabilidad.

8. Suelen tener un Yo fuerte cuyos límites destruye voluntariamente en un esfuerzo por establecer fuertes conexiones con los otros.

III. Que provoque malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

• Evaluación

La entrevista clínica es el principal instrumento de evaluación. A través de la observación o manifestación de los criterios expuestos puede concretarse el diagnóstico, siendo el modelo de **entrevista motivacional** la que mejor se ajusta a la evaluación e intervención.

 En Anexo 4 se exponen preguntas de apoyo a la entrevista.

• Escalas para el diagnóstico de la Codependencia y otras Dependencias Relacionales:

- CODAT (Codependency Assessment Tool) de Hughes-Hammer, Martsolf y Zeller, 1998
- CoDAC (Co-dependents Anonymuous Checklist) de Whitfield
- CdQ (codependent Questionnaire) de Roehling y Gaumont, 1.996, del que se ha realizado una adaptación al castellano por Sirvent y Martínez (2000). Anexo 3.4.
- Entrevista clínica (preguntas de apoyo) Anexo 4
- El más reciente el IRIDS-100 que está actualmente en evaluación.
- Autodiagnóstico de Codependencia. www.adicciones.org. Anexo 3.5
- Cuestionario breve de Dependencia Emocional de Jorge Castelló. Anexo 3.6

• Generalización del Término Codependencia

Este término que, inicialmente se crea para definir a los familiares de drogodependientes que reúnen los criterios diagnósticos expuestos, posteriormente se ha generalizado, usándose para designar a personas vinculadas afectivamente con, enfermos mentales, dependientes, maltratados..., incluso para profesionales que les presta asistencia.

• Algunos aspectos para la clarificación conceptual. D.E. vs. Codependencia

Algunos autores consideran que puede llegar a entenderse ésta última como un caso más grave de D.E.

SEMEJANZAS

- Se producen en el marco de relaciones de pareja patológicas.
- Tendencia permanente en la vida de la persona.
- Auto-anulación, sometimiento al otro, baja auto-estima, independencia funcional y tendencia a padecer psicopatologías.

DIFERENCIAS

CODEPENDENCIA	DEPENDENCIA EMOCIONAL
Cuidar y entregarse es un fin en sí mismo, por valores, altruismo, “por nada”.	Cuidar y entregarse es un medio para lograr un fin: continuación de la relación.
La pareja sufre algún tipo de enfermedad, adicción o problema que no resuelve.	La pareja no suele tener problemas de este tipo, aunque suelen ser narcisistas, egocéntricos, inmaduros.
Toda la conducta gira en torno a la satisfacción de necesidades del otro, con desatención de las propias.	Toda la conducta gira en torno a la satisfacción de la inmensa necesidad emocional propia.

Según Jorge Castelló, se trata de una forma atípica de D.E., con un componente de culpabilidad y auto-punitivo que obliga al codependiente a “salvar” a sus parejas. También existe un componente de idealización y admiración. Aunque suelen ser más auto-destructivos que los D.E. “puros”.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

• **Familiar con síntomas de malestar “C” y el Familiar codependiente “D”**

El familiar codependiente “D” centra sus energías en “ayudar” a la otra persona, de otro modo, su vida carecería de sentido. Relega a un segundo plano relaciones familiares importantes o actividades cotidianas, asume como propia la recuperación de la otra persona, se culpabiliza si no lo consigue y puede interferir negativamente en el proceso de tratamiento. Con el paso del tiempo es incapaz de desligarse parcialmente del problema de adicción para organizar su vida.

En el caso “C” “Familiar con síntomas de malestar” por “convivir durante años con un familiar adicto, seguirá presentando síntomas de malestar pero consigue organizar su vida, mantener otras relaciones familiares y sociales satisfactorias al igual que realizar

actividades alternativas que le producen satisfacciones, no encontrándose como único objetivo vital el “ayudar” a la persona que presenta la conducta adictiva.

• **Trastorno de la Personalidad por Dependencia y Codependencia**

En el trastorno de personalidad por dependencia existe una necesidad general y excesiva de que se ocupen de uno, que ocasiona un comportamiento de sumisión y adhesión y temores de separación. La persona no toma decisiones y depende del otro para múltiples cuestiones importantes.

Por el contrario, en la Codependencia no siente la necesidad de protección, apoyo, de que alguien se ocupe de sus responsabilidades y tome las decisiones por él, ni carece de iniciativas, busca por todos los medio ayudar al otro, “salvarlo” de su adicción, siendo este el eje central de su conducta.

	Tr. P. por Dependencia	Codependencia
Toma de decisiones cotidiana	Dificultades	Sin dificultades
Asunción de responsabilidades	Necesidad de que otros asuman las propias	Necesidad de asumir las del adicto
Expresión de desacuerdo	No, por necesidad de aprobación	No, por necesidad de aprobación
Iniciativas para comenzar proyectos	Dificultades	Sin dificultades, especialmente si consisten en salvar a una persona con problemas
Capacidad de auto-cuidado	Temores exagerados a la incapacidad	Siente capacidad, pero renuncia a ello, por heterocuidado
Temor al abandono	<i>Si, por incapacidad de auto-cuidado</i>	<i>Si, porque siente bienestar salvando al otro</i>

• **Dependencia Emocional y Trastornos del Estado de Ánimo**

Con el Tr. Depresivo Mayor y el Tr. Distímico, no solo hay que realizar el diagnóstico diferencial sino determinar su presencia porque pueden ser comórbidos a la D.E.

En el curso de estos trastornos, el sujeto se muestra desganado o desesperado, puede desarrollar baja autoestima, ideas de incompetencia y desvalimiento, gran ansiedad a la hora de efectuar tareas cotidianas, es muy fácil que se produzca un intento de mitigar este dolor aferrándose en exceso a alguna persona significativa, que será su pareja. Si se mantiene esta situación anómala puede darse el caso de que la propia pareja reaccione con desprecio, rechazo e incluso aprovechamiento de la situación.

Para diferenciarlo de la D.E., procede efectuar una historia clínica exhaustiva para precisar si antes de los síntomas depresivos se mostraba conductual y actitudinalmente diferente, más activa, autónoma, con una autoestima adecuada. También se sondeará la relación premórbida que mantenía la pareja, para valorar la presencia o no de desequilibrio; realizar una breve biografía en la que se incluyan relaciones de pareja anteriores, interacción con las personas significativas en la infancia y a niñez, etc. (Jorge Castelló 2005).

• Trastorno Límite de la personalidad y Dependencia emocional

La D.E. que ocurre dentro del T.L.P. no se da solo con la pareja (como es lo habitual en la D.E.) sino con casi todas sus relaciones interpersonales, que casi nunca llegan a satisfacerles, por no llenar ese vacío interior que suelen referir, sin embargo “ el dependiente emocional encuentra una cierta compensación, quizás por tener una personalidad más estable y adaptada que el sujeto con Tr. Límite”.

“En el Tr. Límite, los sujetos alternan sentimientos de dependencia con reacciones de ira, minusvaloración y desprecio hacia las personas de las que supuestamente dependían emocionalmente (miedo al abandono) que puedan llegar a manifestar mediante agresiones y explosiones de ira”. “Los dependientes emocionales son más estables y predecibles. La consideración de su auto-estima es baja habitualmente en el D.E. y muy variable en el TLP.

Los rasgos propios del TLP que le distinguen del DE: fluctuaciones anímicas, “autoagresiones, impulsividad, explosiones de ira, sensación de vacío crónico, amenazas e intentos de suicidio, etc.” (Jorge Castelló 2005)

D. VI. Aclaración de la situación actual en cuanto a las dependencias relacionales.

Las dependencias relacionales, no se encuentran ubicadas en las clasificaciones de los Trastornos Mentales de los manuales al uso DSM y CIE. Las investigaciones actuales y las descripciones clínicas se centran en dos líneas de trabajo, con sendas finalidades:

Una de ellas, intenta conceptualarla como trastorno adictivo, incluyendo este constructo en el ámbito de las adicciones comportamentales, dado que comparte con

las adicciones una serie de características. Se efectúa una comparativa de los criterios diagnósticos del DSM IV-TR de Dependencia de Sustancias y Codependencia.

Dependencia de Sustancias	Codependencia
<p>Tolerancia: Necesidad de cantidades marcadamente crecientes de sustancias para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.</p>	<p>Tolerancia: Necesidad de ayudar, salvar o mantenerse al lado del otro aumentando las actividades para conseguirlo, sino es así no se siente bien.</p>
<p>Abstinencia. Se toma la misma sustancia o una parecida para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.</p>	<p>Abstinencia. Tras la ruptura de una relación se siente un gran malestar. Se alivian los síntomas reiniciando la relación o consiguiendo otra del mismo estilo.</p>
<p>Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.</p>	<p>Se puede plantear el abandono de la relación, se amenaza con ello, pero no llega a realizarse.</p>
<p>Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, en el consumo de la sustancia o en la recuperación de los efectos de la sustancia.</p>	<p>Se emplea mucho tiempo para:</p> <ul style="list-style-type: none"> - saber en todo momento qué hace el adicto, - ayudarlo, “intentar salvarle”, - lamentarse de su situación y sufrimiento.
<p>Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.</p>	<p>Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido a la dedicación de ayudarlo (salvarle).</p>
<p>Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia.</p>	<p>Se continua manteniendo la relación a pesar de tener conciencia de los problemas que le causa.</p>

La otra línea de trabajo pretende englobarlo en el marco de los trastornos de la personalidad por los elementos comunes que presenta:

- Continuidad en el patrón de experiencia interna y de comportamiento a lo largo de la vida del individuo que se aparta de las expectativas de la cultura del sujeto.

Que se manifiesta en dos o más de las áreas siguientes: Cognición (ideas erróneas sobre sí y las relaciones interpersonales, pensamientos obsesivos sobre el otro y

sus problemas), Afectividad (baja autoestima unida a excesiva afectividad hacia “el que lo necesita”), Actividad Interpersonal (Necesidad imperiosa de ayuda a los demás).

- Que este patrón provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PROPUESTOS PARA EL TRASTORNO DE PERSONALIDAD CO-DEPENDIENTE. (Programa Alfil 2004. Socidrogalcohol)

- A.** Creencia de que la propia autoestima depende de la habilidad para controlarse a sí mismo y a los demás frente a condiciones seriamente adversas (autoestima = capacidad de control)
- B.** Asunción de la responsabilidad de cubrir las necesidades de los demás sin reconocer las propias.
- C.** Ansiedad y distorsiones sobre los límites de la intimidad, la confianza y la separación.
- D.** Relaciones personales con sujetos con trastornos de personalidad, dependencia de sustancias, impulsividad o con otros co-dependientes.
- E.** Tres o más de los síntomas siguientes:
 1. Exceso de confianza, seguridad y negación de las dificultades.
 2. Constricción de las emociones (con o sin explosiones dramáticas posteriores).
 3. Depresión.
 4. Hipervigilancia.
 5. Compulsiones.
 6. Ansiedad.
 7. Abuso de sustancias.
 8. Ha sido víctima de abusos físicos o sexuales recurrentes.
 9. Enfermedades médicas relacionadas con el estrés.

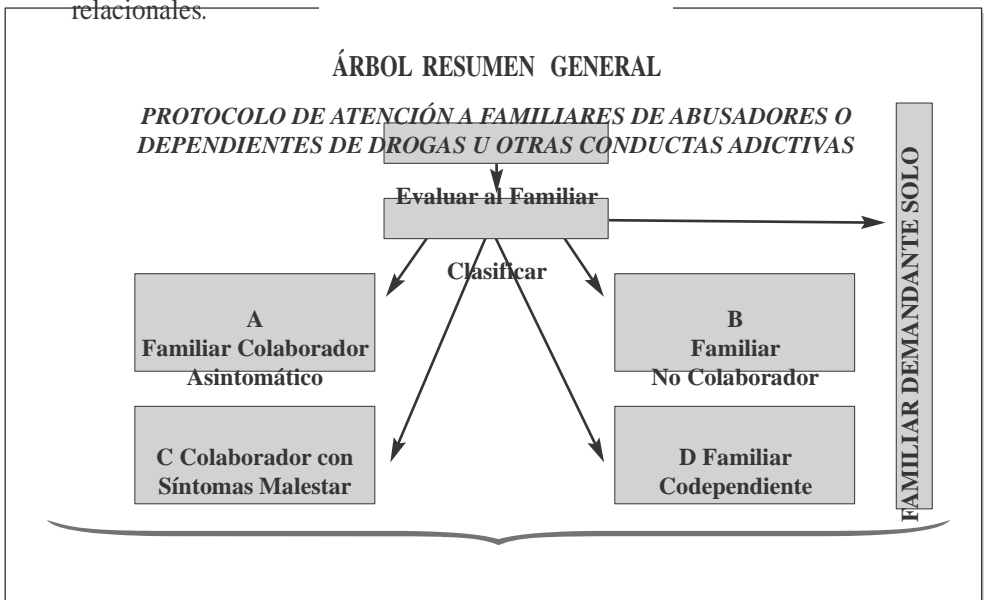
10. Ha mantenido una relación primaria con un abusador de sustancias por un período mínimo de 2 años sin buscar ayuda exterior.

Sin esperar a que las clasificaciones diagnósticas lo incluyan en uno u otro tipo de trastorno, la práctica clínica habitual nos muestra los síndromes que hemos descrito.

Por tanto, atender a la persona que presenta estas dificultades o sintomatología, para el logro de objetivos como: eliminar problemas de sueño, manejar su ansiedad, sus pensamientos distorsionados, organizar sus rutinas diarias de un modo más adaptativo o ayudar a tomar decisiones sobre su vida que repercutan en su bienestar, independientemente de la evolución de la persona con adicción, son acciones que pueden ponerse en marcha sin esperar a que definitivamente se nombren de una determinada forma o se incluya en uno u otro epígrafe en las clasificaciones de los trastornos mentales.

Por otro lado, la detección de personas que presentan dependencia relacional puede provenir de diferentes profesionales:

- En el ámbito de las adicciones suelen encontrarse Codependencia y Bidependencia.
- Quienes trabajan con víctimas de violencia de género pueden detectar dependencias emocionales.
- En Atención Primaria de Salud, Salud Mental y en los Servicios Sociales pueden apreciar también la posible existencia de cualquiera de las dependencias relacionales.



INTERVENCIÓN SEGÚN CLASIFICACIÓN

3. INTERVENCIÓN CON LOS FAMILIARES

A. FAMILIAR COLABORADOR ASINTOMÁTICO


A los familiares que tras la evaluación se incluyen en esta categoría, se les facilitará información general sobre la adicción, el proceso terapéutico de la persona con adicción, formas de actuación ante la sospecha o certeza de un trastorno adictivo, así como de la afectación que puede presentar la familia durante la evolución del proceso.

A.1. Información general sobre problemas adictivos.

Resulta frecuente que la familia de la persona con adicción se presente con una serie de ideas preconcebidas (generalmente erróneas) sobre lo que es un trastorno adictivo y el tratamiento terapéutico del mismo. Esto es debido a que la información que maneja tiene su base en ideas extraídas de información transmitida a través de los medios de comunicación o “de la calle” (no es extraño presentar la idea errónea de que la adicción es un “vicio”, no una enfermedad y que puede “dejarlo cuando quiera”)

Por todo ello, resulta de gran importancia facilitar una información más genérica sobre la adicción y su tratamiento, y otra más específica sobre las características particulares de la adicción que presenta su familiar y sus posibilidades terapéuticas ..

Una familia bien informada cuenta con una mayor capacitación y recursos para afrontar el proceso adictivo y apoyar de forma constante el tratamiento de la persona con adicción, aumentando así las posibilidades de éxito del mismo.

 Se recomienda facilitar el documento “Preguntas más frecuentes sobre tratamientos de drogodependencias” incluido en el anexo II.

A.2. Información sobre el proceso terapéutico.

Se informará a la familia progresivamente de las diferentes fases del tratamiento (desintoxicación, deshabitación y rehabilitación / reinserción), así como de los objetivos del mismo.

Con puntualizaciones como las que siguen:

- El proceso de tratamiento no suele ser lineal, es decir, no siempre sigue una evolución constante hacia la mejoría y con frecuencia conllevan ciertas oscilaciones por la aparición de estresores, problemas, hastío, desmotivación o recaídas.

- Los objetivos del tratamiento y la elección de las medidas terapéuticas para alcanzarlos varían dependiendo de los factores individuales de cada paciente y de la fase en que se encuentre la adicción.
- Aunque es evidente que el objetivo deseable de todo tratamiento fuera el logro de la abstinencia y un adecuado grado de funcionamiento, debido a la complejidad del proceso, puede ser necesario definir una serie de metas parciales más realistas.
- Existen diversos recursos y opciones terapéuticas en la red socio-sanitaria de atención a las conductas adictivas (centros ambulatorios, servicios de salud mental, comunidades terapéuticas, centros de día, unidades de desintoxicación, etc) y, según la evolución y características del paciente, pueden indicarse/aconsejarse otras alternativas que parezcan más adecuadas para su caso.

A.3. Información sobre como actuar ante el problema.

Se informará a los familiares acerca de lo que es aconsejable “hacer y no hacer”. Estas indicaciones irán en función del momento en el que se encuentre el proceso adictivo y/o terapéutico.

Antes de asistir a tratamiento o en los comienzos del mismo.

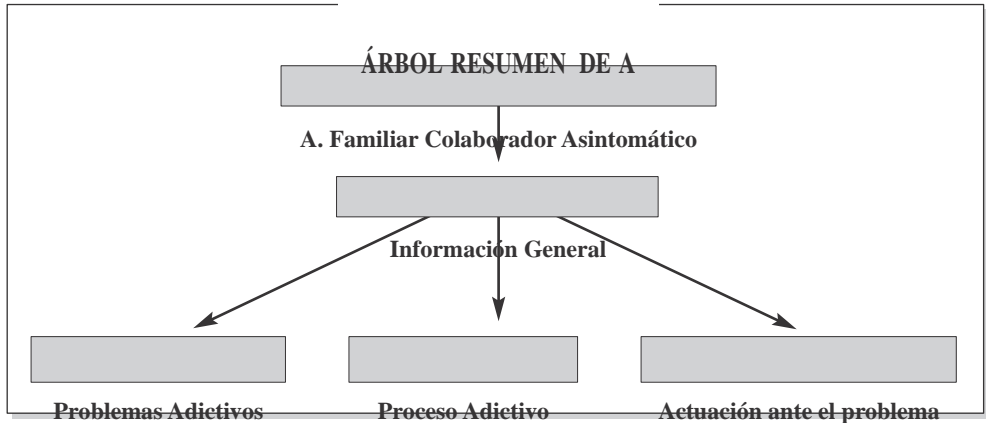
Es conveniente aportar indicaciones expresas y concisas sobre las conductas y actitudes a adoptar, atendiendo al estado del paciente.

condenarle.

Lo que SÍ se debe hacer:	Lo que NO se debe hacer:
<ul style="list-style-type: none"> • Valorar la dimensión del problema en su justa medida, sin exagerar ni infravalorar. • Hacer frente al problema. Evadirlo y pensar que la persona sola lo resuelva, poco ayuda a iniciar la solución. • Observarle y escucharle. • Reconocer y asumir que la conducta adictiva es algo más complejo que la simple idea de “lo hace porque quiere”. 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfrentarse a la situación de una manera alarmista. El afrontamiento debe ser sereno, valiente, abierto y en toda su profundidad. • Ocultar el problema. Hay que vencer los miedos y los temores a que los demás conozcan el problema. Mantener una actitud de ocultamiento del mismo no ayuda a solucionarlo y mantiene un sentimiento de vergüenza. • Despreciarle, juzgarle y

<ul style="list-style-type: none"> • Dejar al margen todos los prejuicios, haciendo un gran esfuerzo por entender lo que le ocurre. • Ayudarle, comprometiéndose con él si decide iniciar la batalla de su recuperación. • Aprovechar ocasiones para que inicie tratamiento. • Ofrecerle confianza y comprensión, que no significa tolerancia, condescendencia, ni consentimiento, todo ello para favorecer el acercamiento y que recurra en solicitud de ayuda. • Delimitar responsabilidades de cada miembro de la familia y procurar que cada cual cumpla las suyas. • Reflexionar sobre las posibles formas de ayudarle buscando soluciones conjuntamente. • Mantener consistencia y coherencia en las decisiones tomadas conjuntamente. <p>(Ej. Si la persona no cumple con las normas mínimas de convivencia familiar y se ha decidido no permitir que ello siga ocurriendo, puede invitarse a abandonar la vivienda a quien incumple las normas, hasta que se plantee el cambio de conducta y el inicio de tratamiento).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de reproches (refiriendo todo lo que se ha hecho por él) • Echar en cara lo que se ha hecho por él. • Poner una etiqueta de “inservible” o “irrecuperable”. • Amenazarlo, chantajearlo para que se someta a tratamiento, si no se va a cumplir lo que se le dice. • Convertirse en perseguidor, obsesionado por seguir sus pasos. Lo cual no es incompatible con ejercer una supervisión indirecta. • Olvidarse del asunto cuando inicia tratamiento, depositando toda la responsabilidad en los “profesionales”. • Plantear que sólo se le prestará ayuda cuando se aseguren que no volverá a su conducta adictiva. • Ceder ante los chantajes. • Discutir violentamente con él, haciéndole cargar con sus desilusiones, impotencias y miedos . • Uso de la victimización. Presentarse como el bueno que todo lo ha dado por él y sólo recibe disgustos. • Auto-inculpación. • Discutir con él cuando se encuentra bajo los efectos de sustancias.
---	---

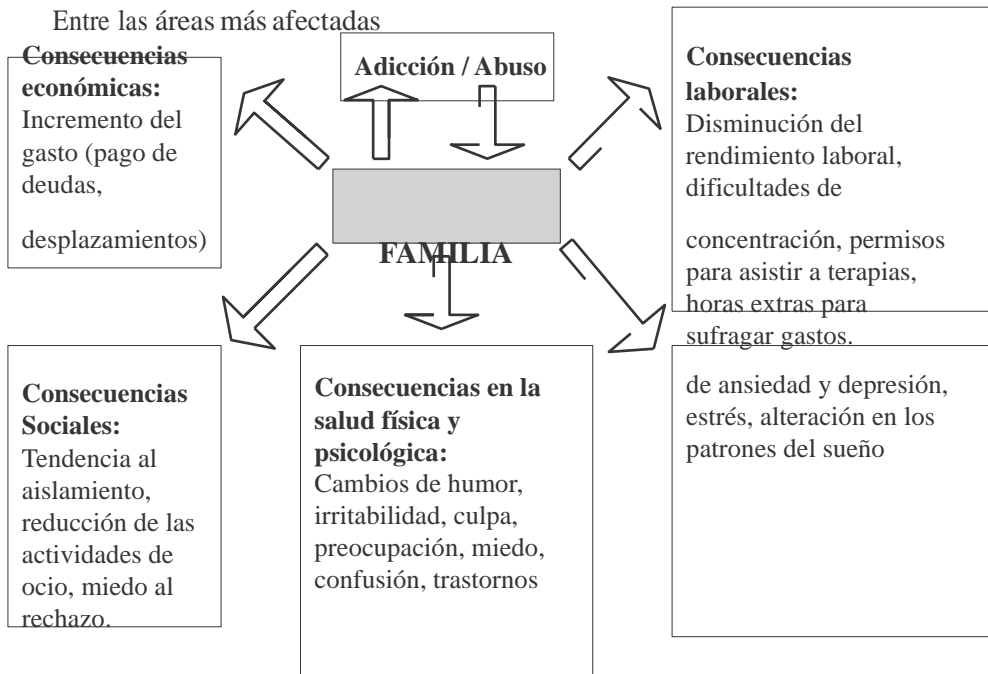
<ul style="list-style-type: none">• Reconocerle sus logros. Los pequeños avances en el abandono de una adicción son de gran relevancia. Expresarlo, puede servirle de refuerzo.• Participar y colaborar estrechamente con los profesionales encargados de la desintoxicación y deshabituación.• Mostrarle confianza según avanza en el proceso• Ayudar a que se integre en la familia.• En caso de recaída, reaccionar apoyando y estimulándole a seguir el tratamiento. Se trata de un proceso largo, donde pueden alternarse fases de retroceso, avance y estancamiento• Apoyarle en búsqueda de trabajo u otras actividades para que no permanezca ocioso.• Desvincularse. Que el familiar recupere su propio espacio personal y no mantenerse centrado constantemente en el adicto.• Para aliviar el malestar es positivo que el familiar manifieste sus emociones a otra persona de confianza.	<ul style="list-style-type: none">• Desalentarse, si durante el tratamiento, el comportamiento no se adapta a lo que se espera de él.• Mostrarle desconfianza, puesto que puede retrasar su rehabilitación.• Reaccionar con violencia ante una recaída. Lo cual no es contrario a manifestar oposición a la conducta y a la expresión emocional de enfado y disgusto.• Imponerle normas estrictas de comportamiento por miedo a que vuelva a consumir drogas.• Reproches, recordándole lo que se sufrió con su problema. Aunque pueden surgir expresiones espontáneas, debe evitarse que éstas sean constantes.
--	--



B. FAMILIAR NO COLABORADOR

B.1. Por desconocimiento:

Proporcionar, información acerca del impacto que el consumo de drogas por parte del individuo tiene en otras personas del entorno socio-familiar, incluyendo la familia extensa y amigos.



**Consecuencias
intrafamiliares:**

Incremento en
las tensiones
familiares,
alteraciones en
la comunicación,
discusiones
frecuentes,
pérdida de
cohesión y
ruptura del
núcleo familiar

B.2. Por sobrecarga no quieren o no pueden apoyar

En el caso de que la familia lo haya intentado todo, conviene indagar qué se ha hecho en otras ocasiones y no ha funcionado – soluciones ineficaces-. A partir de estas proponer algo diferente.

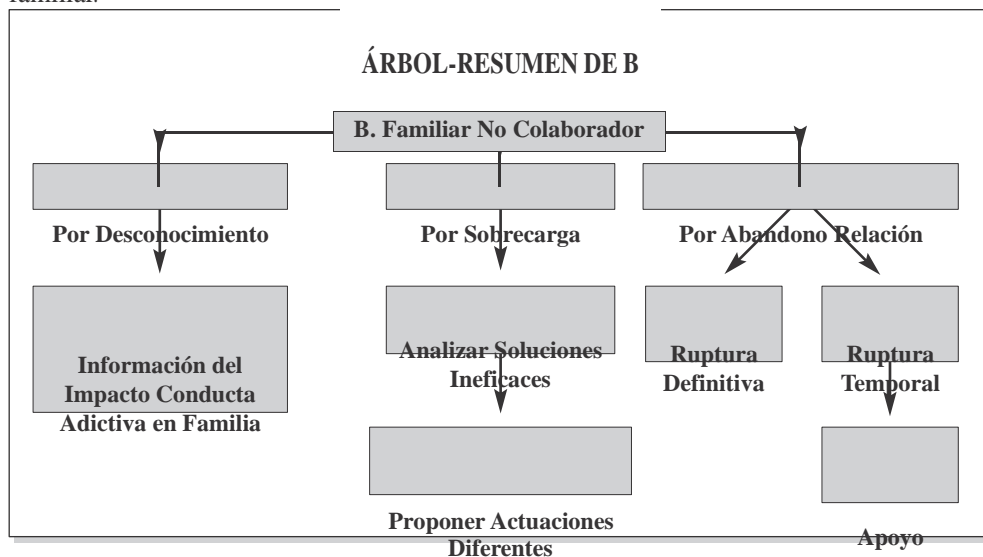
Si se admite un pequeño cambio, avanzar en ese sentido, si sigue existiendo una negativa, respetar la decisión y buscar otras alternativas.

B.3. Por Abandono de relación

Es necesario analizar la ruptura de la relación (momento y circunstancias en que se produjo) y si es una ruptura definitiva o con posibilidades de reanudación/reconciliación según los cambios.

Si no se mantiene la relación, ni hay previsión de ello, difícilmente puede configurarse como un familiar colaborador con una conducta adaptativa, positiva para ambos.

Es importante prestar apoyo en rupturas temporales cuando se enmarcan dentro objetivos terapéuticos más amplios y en rupturas definitivas si así lo demanda el familiar.



C. FAMILIAR COLABORADOR CON SÍNTOMAS DE MALESTAR

Los cambios que se producen en la familia pasan a formar parte de la dinámica de la adicción, y pueden favorecer la aparición de conductas que la refuercen y faciliten, así como la aparición de fenómenos como la codependencia.

Una información adecuada sobre este aspecto puede representar un instrumento válido tanto para prevenir su aparición, como para identificar y reconocer ese malestar precozmente y promover la búsqueda de asesoramiento para tratar de resolverlo.

En este sentido, y como recomendación general básica, es importante que el papel de apoyo en el tratamiento de la adicción no recaiga exclusivamente en un solo miembro de la familia, sino que pueda contar con la implicación de más personas del grupo familiar. La diversificación de los recursos familiares (físicos, materiales, y afectivos) evitará el agotamiento temprano.

En la intervención a realizar con estos familiares se evidencia claramente desde el principio que hay dos objetivos generales o bloques de actuación que van a desarrollarse a lo largo de todo el proceso. Uno, basado en la visión del familiar como apoyo al proceso de tratamiento y otro, centrado en el propio familiar y en la sintomatología de malestar que éste presenta.

C.1. Bloque de actuación I. Sobre la Adicción y la evolución del tratamiento.

Este bloque informativo es semejante a lo expresado anteriormente, ante un caso A. *Familiar Colaborador asintomático*. Es necesario que conozca qué es una adicción, cómo suele ser su proceso de tratamiento, que los objetivos a definir y las intervenciones para su consecución, van a depender del adicto (de su motivación y las circunstancias que se le presenten). Debe conocer pautas de actuación en el proceso y que todo ello llevará cambios, con toda probabilidad, en su núcleo familiar.

C.2. Bloque de actuación II. Sobre los síntomas de malestar de los familiares y el manejo de los mismos.

Se dirige al tratamiento de la sintomatología de malestar del familiar y el objetivo es su eliminación o, al menos su atenuación.. El primer paso consiste en promover su concienciación acerca de que, además de apoyar a una persona adicta en su tratamiento, debe centrarse en su propio estado emocional y circunstancias personales desfavorables, cuyo origen se sitúa en la convivencia con un problema adictivo.

En cualquier caso las áreas afectadas susceptibles de intervención terapéutica en el familiar pueden ser:

- **Inhibición o sobrecarga emocional.** Las primeras sesiones suelen ser desahogo para el familiar que habitualmente sufre el problema en soledad. Si éste cuenta con un entorno socio-familiar de apoyo donde efectuar esta descarga emocional puede sentir cierto alivio. De no compartirlo, será más difícil su evolución favorable.

Recomendación: Terapia de Grupo, Terapia individual, y familiares de apoyo del entorno.

- La *Culpabilidad*. Es necesario hacerle ver que esta emoción, suele ser irracional y no ayuda en el proceso de recuperación (ni suyo ni de la persona con adicción) y solamente empeora el estado emocional negativo: tristeza, depresión...

Recomendación: Técnicas de reestructuración cognitiva. En terapia individual o de grupo.

- La *Desconfianza*. La confianza es un elemento importante de las relaciones afectivas, que desaparece por influencia de un proceso adictivo. En la mayor parte de los casos el tiempo de convivencia y la evolución del proceso de tratamiento son los que propiciarán al familiar el aumentar o disminuir la confianza en la persona que padece la adicción.

Recomendación: Psicoeducación para atenuar las muestras de desconfianza e hipercontrol.

- *Temores* a la evolución del proceso, a la recaída. El paso del tiempo suele atenuarlos. Es importante desde el principio plantear que hay que aprender a vivir con ello sin que menoscabe la calidad de la vida diaria.

Recomendación: Psicoeducación.

- **Déficit en autoestima.** La valoración de uno mismo suele encontrarse disminuida.

Recomendación: Reestructuración cognitiva y actividades de auto-cuidado personal.

- **Pensamientos ansiógenos, rumiativos y conductas centradas en el control del adicto.** Es habitual mantener pensamientos rumiativos sobre el adicto: su localización, sus acciones, las consecuencias de las mismas y hasta sobre sus compañías. Las conductas (continuas llamadas telefónicas, acciones de búsqueda, vigilancia y comprobación) suelen ser, en algunos casos, reductoras de la ansiedad en el familiar pero interfieren en la relación.

Recomendación: Reestructuración cognitiva sobre la adaptabilidad de esos pensamientos y esas conductas. Aplicar técnicas conductuales de enfrentamiento a situaciones ansiógenas con prevención de respuesta, unido a técnicas sencillas de manejo de ansiedad y detención del pensamiento.

- **Conflictos de Pareja.** Trabajar la relación de pareja para evitar conflictos y asimetrías, mejorar la comunicación, mejorar la dinámica interactiva y prevenir codependencia. **Recomendación:** Terapia de Pareja.

- **Conflictos Familiares.** No es infrecuente encontrarse en estas circunstancias con una alteración de los roles, especialmente la parentización o la asunción de los dos roles parentales por parte de uno de ellos (el familiar no adicto).

Recomendación: psicoeducación, ajuste de roles.

- **El diálogo familiar.** Puede estar alterado, inexistente o muy mermado.
Recomendación: Entrenamiento en dialogo familiar. Fase I: designar día, hora, y lugar para hablar de algo cotidiano. Fase II: aumentar tiempo de las conversaciones manteniendo el formato. Fase III: Iniciar en las conversaciones temas de contenido emocional.

- **Déficit en solución de problemas interpersonales** en el ámbito familiar, laboral y social. **Recomendación:** Técnicas de Resolución de problemas.

- **Síntomas de ansiedad.** Preocupación constante, sensación de agobio, dificultad de concentración, irritabilidad, inquietud, desasosiego, obsesiones, así como síntomas físicos (digestivos, respiratorios, vegetativos...)

Recomendación: Aprendizaje de técnicas de relajación, respiración, instrucciones prácticas para su eliminación o atenuación (actividades alternativas de ocio o convivencia con otras personas.

- **Estado de animo deprimido.** Apatía, tristeza, desesperanza, anhedonia, problemas del sueño, somatizaciones...

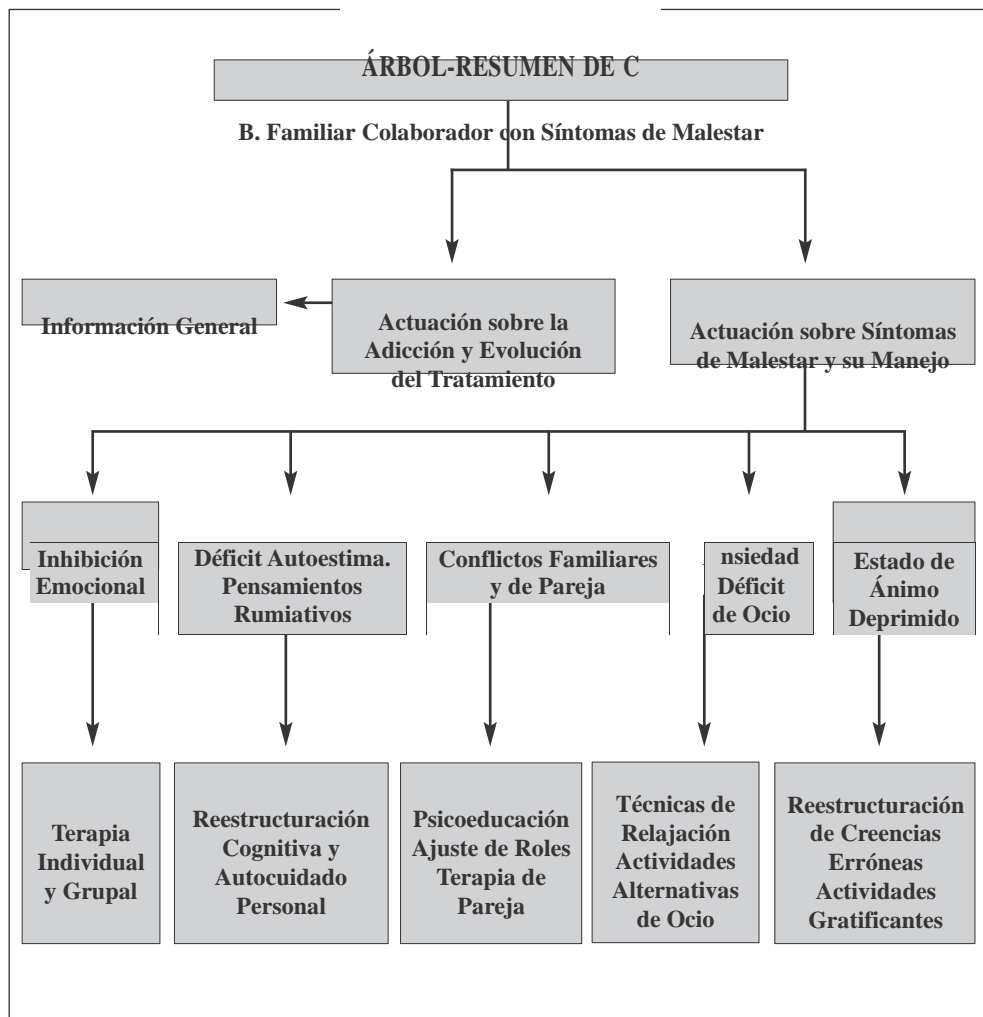
Recomendación: Cualquier tipo de terapia de probada eficacia en la eliminación de síntomas depresivos. Reestructuración de creencias erróneas o pensamientos distorsionados. Recuperar o iniciar actividades gratificantes, ampliando el abanico de actividades de ocio reforzantes.

- **Déficit en actividades de ocio:** Habitualmente esta área personal también ha sufrido un importante deterioro como consecuencia del problema adictivo: reduciéndose o incluso llegando a desaparecer, siendo una de las que mayor poder tiene sobre el bienestar personal y el estado de ánimo.

Recomendación: Motivar para recuperar aquellas actividades lúdicas sociales que son de agrado y que se han abandonado, iniciar otras nuevas que aún no ha experimentado (Efectuar listado de actividades de Ocio, iniciar algunas de la actividades de ocio para evaluar agrado. Repetir el proceso). Reestructurar la idea de que toda la vida personal y familiar, así como las actividades que pueden realizar dependen de la persona con adicción y el estado de su adicción.

En determinados casos, el familiar se podrá beneficiar de tratamiento psicofarmacológico, que podrá ser prescrito por el médico del centro de conductas adictivas o por el médico de atención primaria.

Por otro lado, cuando la sintomatología familiar da lugar a un diagnóstico clínico, que no sea Codependencia, o Trastorno adaptativo a la problemática de la adicción, y se prevea o se comprueba que no remite, independientemente de que se le continúe prestando asistencia, se considerará la conveniencia de derivación a los cauces normalizados para que sea atendido en relación a su trastorno psicopatológico o psiquiátrico en el servicio sanitario o sociosanitario adecuado.



VALORAR TTO. PSICOFARMACOLÓGICO SINTOMÁTICO

D. FAMILIAR CODEPENDIENTE

La intervención con los familiares que presenten este diagnóstico, también se realizará en dos bloques:

D.1. Bloque de actuación I. Sobre la Adicción y la Evolución del tratamiento.

Este bloque de actuación es similar en A, C ó D. Es necesario que el familiar disponga de toda la información relacionada con el trastorno adictivo: qué es una adicción, cómo suele ser su proceso de tratamiento, que los objetivos terapéuticos dependerán en gran medida de la persona con adicción, de su motivación y del momento en que se encuentra, qué pautas de actuación son más adecuadas al proceso y que todo ello conllevará cambios, con mucha probabilidad, en su núcleo familiar.

D.2. Bloque de actuación II. Tratamiento de la codependencia.

D.2.1. Objetivos Terapéuticos en la Codependencia

- Recuperar el control de su propia vida, erradicando la conducta de controlar a los demás (especialmente el adicto), aumentando su seguridad personal, autonomía y su independencia emocional.
- Estabilización anímica
- Modificación del estilo habitual de interacción con los demás: límites interpersonales, no sobreimplicarse, no obsesionarse con el otro, eliminando su autonegligencia
- Cambiar el rol pasivizante que acompaña a la culpa e hiperresponsabilidad de los demás por el rol activo, protagonista de su propio bienestar personal.

D.2.2. Dimensiones o áreas de intervención

Se trate de una intervención individual o grupal, siguiendo a Blanco, P (2006), es estrictamente necesario actuar sobre los tres elementos que confluyen en cualquier conducta adictiva:

1. RELACIONADOS CON LA ADICCIÓN

- Dependencia afectiva con subordinación sentimental
- Vacío emocional
- Craving o anhelo intenso de la pareja
- Síntomas de abstinencia en su ausencia
- Búsqueda de sensaciones

- Proceso de tolerancia

2. VINCULARES (Patología de la relación: Vínculo dependiente patológico que dificulta la toma de conciencia del problema de dependencia).
 - Apego invalidante con menoscabo de la propia autonomía personal
 - Rol ejercido: subordinado, sobre-control, pseudos-altruismo, rescatador
 - Estilo relacional (desequilibrio en el intercambio de refuerzos, concepto de relación de pareja...)

3. COGNITIVO-AFECTIVOS: Psicopatología asociada: unos síntomas son intrínsecos a la dependencia y otros emergentes (por los que puede pedir ayuda, ej: depresión por la dependencia)
 - Mecanismos de negación y auto-engaño
 - Sentimientos negativos no expresados: Culpa, ira, miedo
 - Distorsiones cognitivas y creencias irracionales sobre sí y sobre las relaciones amorosas
 - Integridad del YO: Asertividad, Límites personales, Auto-control....

D.2.3. Intervenciones terapéuticas en cada dimensión o área afectada.

(Se sigue esquema y contenidos de Castelló, J. (2005))

✓ Psicoeducación

En el caso del Codependiente, su forma de relacionarse con el adicto, en pleno proceso de consumo es peculiar, pues se encuentra atrapado en un proceso continuo de Perseguidor/Rescatador/Víctima (El familiar persigue al adicto, intenta “rescatarlo” para que no realice la conducta adictiva y finalmente “hacerse la víctima” por todo lo que está sufriendo)

Pero también se relacionan peculiarmente con él, durante el proceso terapéutico. Por ello, se pretende hacerle consciente de uno y otro extremo, para que considere la conveniencia de llevar cambios en sus actitudes y conductas en aras a colaborar efectivamente con el adicto en su rehabilitación, al tiempo que no se perjudique a sí mismo en su intento de colaboración:

- Concepto de adicción,
- Concepto de codependencia

✓ Antecedentes vivenciales

Se trata de sondear biográficamente en las experiencias vitales de la persona, para entender la dinámica personal, tratando de encontrar una lógica de los rasgos de

personalidad disfuncionales o inadecuados comportamientos interpersonales, como forma de llegar a explicaciones sobre el origen y evolución de su patología. Se ha

comprobado que esa comprensión mediante una adecuada psico-educación dota de herramientas técnicas a la persona para pasar del rol pasivo y resignado a otro activo y protagonista de su cambio personal, de salir del proceso de victimización en el que habitualmente se instalan. Así pueden comprender que es posible reorientar su vida y buscar soluciones.

Este autoconocimiento será la base de la posterior reestructuración personal.

Es fundamental que entienda:

- Por qué tiene una baja auto-estima
- Por qué se relaciona de este modo

Es decir, qué ha podido suceder en su vida para comportarse consigo y con los demás de esta forma “peculiar”, por ello es necesario indagar las pautas desadaptativas de interacción: Sumisión, Idealización y Aferramiento excesivo. Es necesario comprender en qué medida se han producido en su vida factores patógenos como:

- Carencias afectivas tempranas.
- Mantenimiento de la vinculación afectiva hacia personas hostiles
- Fijación casi exclusiva en fuentes externas de la auto-estima
- Aprendizaje observacional en ascendientes que presentaban conductas desadaptativas características de alguna dependencia relacional.

Así pues, los contenidos que deben trabajarse psicoterapéuticamente:

- Relaciones y experiencias de infancia y adolescencia para entender el origen de su baja auto-estima (muy característico de estas personas), la repetición de esquemas de comportamiento vividos en el seno familiar.
- Mecanismos de defensa: Negación. Evitación. Bloqueo afectivo
- Autoevaluación y reconocimiento de la codependencia

✓ Dimensión interpersonal

Este área es la de mayor trascendencia en el tratamiento de la codependencia, el eje alrededor del cual girarán otras modificaciones y la reestructuración de otras dimensiones, puesto que hasta la propia persona es consciente de sus dificultades o peculiaridades en su forma de interaccionar socialmente y si se logra una reestructuración en las pautas habituales de interacción ello conllevará otros cambios cognitivos, emocionales y conductuales.

Tener en cuenta que, para llevar a cabo modificaciones en este aspecto, es necesario contar con unas condiciones personales mínimas:

- Estabilización del estado de ánimo y
- cierto nivel de bienestar personal, con acciones de auto cuidado.

Es necesario analizar y, si procede, modificar las relaciones significativas, puesto que esa actitud de entrega y comprensión empática hacia los problemas de los demás trasciende a la relación del familiar adicto, extendiendo su estilo de conducta al resto de su entorno socio-familiar. En este entorno se centrarán los cambios actitudinales:

- Establecimiento de límites personales.
- El desapego de los demás (para erradicar la conducta de atención patológica de los otros), entendido como desprendimiento de los problemas de los ajenos.
- Asertividad: Decir no, aceptar críticas, aprender a pedir.
- Establecimiento de relaciones equilibradas de reciprocidad.
- Participación en actividades sociales, formativas... que procuren su contacto con personas que no le necesiten y con las que pueda establecer nuevos y sanos vínculos de interacción.

✓ Dimensión Afectiva

Es necesario trabajar, a parte del suministro afectivo externo (tratado en las sesiones en que se abordan aspectos de las relaciones interpersonales), el suministro interno: es imprescindible proponerse como objetivo principal la elevación de la auto-estima, para ello se aborda:

- Auto-estima y auto-concepto.
- El cuidado de si misma: alimentación, ocio, darse placeres, regalos, cuidados...
- Auto-evaluación y hetero-evaluación según parámetros más adecuados y no tan elevados como lo suelen tener.
- Dependencia afectiva, tanto de su pareja como de otras personas para lograr sensación de seguridad y valía personal.
- Psicoeducación sobre las emociones. Qué son, cómo se expresan.

✓ Dimensión Cognitiva

Es adecuado trabajar las distorsiones cognitivas sobre su auto-concepto, la idealización de la persona objeto de dependencia y la asunción del sistema de creencias de éste. Pero esta dimensión es normalmente la menos afectada y suele ir cambiando a la vez que se trabajan los otros aspectos mencionados.

- Distorsiones cognitivas: Concepto del amor y de las relaciones de pareja equilibradas

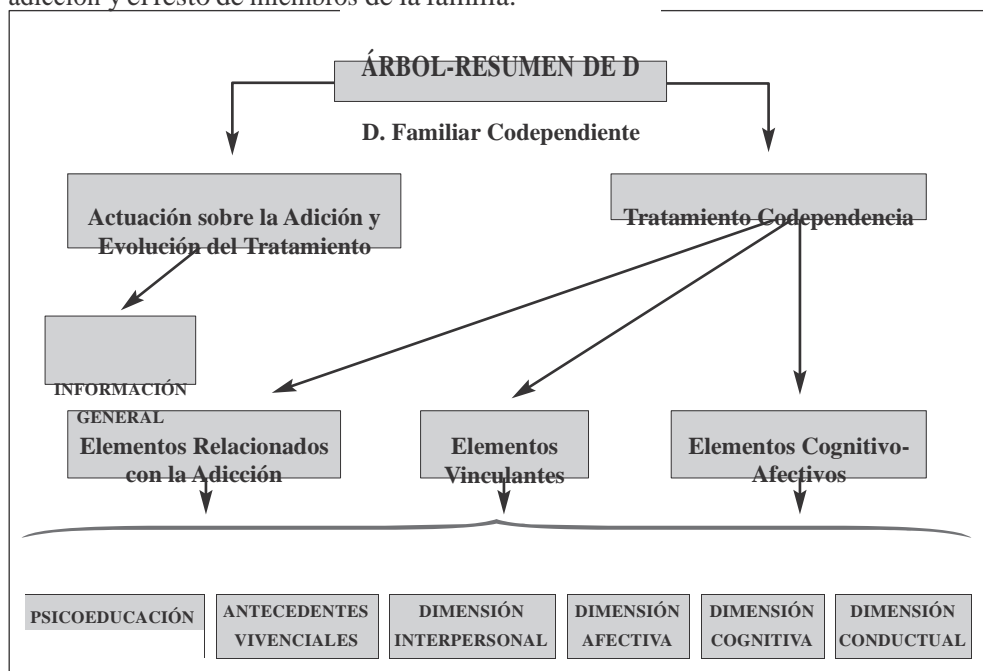
- Pensamientos obsesivos en relación con los problemas de pareja y del propio adicto
- Auto-control
- Concepto del “amor” no patológico
- Soledad.

✓ Dimensión conductual

Este aspecto se encuentra muy relacionado con los temas que se trabajan en la dimensión interpersonal puesto que es necesario abordar las rutinas diarias de conducta que habitualmente están centradas en la atención de quienes les rodean.

- Rutinas conductuales (retentivas y manipulativas) y su eliminación.
- Aprendizaje de conductas centradas en sí mismas, auto-cuidado.
- Técnicas de relajación y respiración.

Más que aprendizaje de conductas nuevas, sobre todo es necesario que desaprendan aquellas tan habituales de intromisión en la vida de quienes les rodea (aprender a no hacer y no decir), porque las/los codependientes se reconocen con dificultades reales para su autocontrol, “quedarse quieta” con respecto a la persona con adicción y el resto de miembros de la familia.



ABORDAJE TERAPÉUTICO INDIVIDUAL Y GRUPAL. SESIONES

D.2.4. Tipos de intervención

En general, se considera necesario un abordaje terapéutico a nivel individual y grupal. Siempre precedido de una evaluación individual, para profundizar en las características y dificultades que presenta cada persona, lo cual definirá las recomendaciones más adecuadas al caso, como se hace habitualmente en la atención de una persona con adicción. En anexos se recogen una serie de sesiones para trabajar en individual o en grupo las dimensiones que hemos expuesto.

El Grupo Terapéutico

✓ Estructura y marco del grupo

Se trata de sesiones semanales de 60-90 minutos de duración. Se estructuran según la temática a abordar, procurando un margen de flexibilidad para adaptarlo a las necesidades de las participantes.

Ha de ser un grupo abierto, es decir, aquel que permite la movilidad de sus miembros, su entrada y salida según sus propias necesidades y auto-evaluaciones. Normalmente, en un principio inician su asistencia porque acompañan a su familiar, pero después se adhieren por interés propio -algunos tardan más que otros en evolucionar en ese sentido) y heterogéneo (en cuanto a variables como sexo, edad, nivel cultural o socio-económico). Una variable común: Tener un familiar con adicción no limitando la participación de nadie que lo demande; es decir, personas que presentan este problema tengan a su familiar en tratamiento o no en el centro.

Número de componentes: entre 8 y 12 personas.

En todas las sesiones se propone un objetivo y se aborda un tema, siempre relacionado con la meta final de todo el proceso de lograr los cambios comportamentales, actitudinales y cognitivos que se han habituales y favorezcan el bienestar personal e integral de los codependientes.

Normalmente se concluyen las sesiones con tareas para casa y se abren con la revisión de las acordadas anteriormente.

✓ Normas del Grupo terapéutico

- Participación (expresión y escucha activa) y confidencialidad.
- Puntualidad y evitar distracciones.

- No dar consejos, puesto que es su tendencia natural: Pueden compartir sus experiencias sobre lo que les ha funcionado pero no dar consejos. Aunque cada uno puede pedir la opinión a los demás.

- Evitar hablar de la persona con adicción, para procurar centrarse en si mismas: sus propios pensamientos, sentimientos y conductas y no en el objeto de su obsesión.
- No hablar de, ni criticar a nadie, porque tienen tendencia a analizar a otras personas.

Ventajas de la Terapia de grupo como herramienta en el tratamiento de la Codependencia.

- Incrementa la motivación para el cambio y la adhesión al tratamiento, al observar en otras personas las ventajas y ganancias del mismo
- Facilita la auto-observación y la introspección. Puede ver como “es vista” su conducta por los demás
- Obtención de apoyo social, aceptación. Encuentran un contexto en el que no necesitan simular su malestar y su incapacidad para generar cambios
- Compartir experiencias y emociones (positivas y traumáticas) con personas con quienes se identifican, sin ser juzgada, criticada o aconsejada, lo que habitualmente ya saben. Aumento de la auto-aceptación
- Aprendizaje observacional de nuevas formas de conducta que le han resultado útiles a otras personas en situaciones similares
- Confrontación con la realidad, por los propios compañeros de terapia, que suele aceptarse mejor que la que parte del terapeuta
- Estimulación de una relación interpersonal adecuada, a través del “laboratorio conductual” que supone el experimentar en grupo nuevas formas de relacionarse.
- Establecimiento de límites, desapego, expresión emocional....

Nota sobre profesional responsable:

Es deseable que el profesional que interviene con el codependiente no sea el mismo que se ocupa de la persona con adicción.

De esta manera cada profesional puede centrarse en la problemática particular y los usuarios sentir que se les atiende correctamente y por igual.

Si las circunstancias imponen que sea el mismo profesional el que interviene con los dos, se puede plantear que no se efectúe el tratamiento a la vez, sino de manera secuenciada.

4. BIBLIOTERAPIA

- Las mujeres que aman demasiado.* Norwood, Robin. (2006) Edit. Zeta Bolsillo
- Cómo romper su adicción a una persona.* Halpern, Howard. M. (2001) Edit. Obelisco
- ¿Es amor o es adicción?.* Schaffer, Brenda.(1998) Edit. Apostrofe.
- El amor no es ciego.* Vallejo Nájera, Alejandra. (2005) Edit. Temas de Hoy
- El camino de la auto-independencia.* Bucay, Jorge. (2006) Edit: Debolsillo

5. BIBLIOGRAFÍA

- Beattie, M. (2009) *Libérate de la codependencia.* Málaga: Sirio
- Bireda, M. (1998) *Independencia emocional una guía para vencer la adicción al amor.* Barcelona: Obelisco
- Blanco, P. (2006) Ponencia sobre *Tratamiento de las dependencias emocionales* en el 1º Encuentro profesional sobre dependencias sentimentales. Instituto Spiral. Madrid
- Castelló, J. (2005) *Dependencia Emocional.* Madrid: Alianza Editorial.
- Forwar, S. (2004) *Cuando el amor es odio.* Barcelona. Nuevas ediciones de Bolsillo.
- Gómez, M.T. (2008) *Quien bien te quiere no te hará llorar.* Madrid: La esfera de los libros.
- Guevara, W. (2003). *La codependencia. Una forma de convivir con el sufrimiento.* Boletín de CSI nº 48. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú.
- Lorente, M. (2001) *Mi marido me pega lo normal.* Barcelona: Ares y Mares.
- Matud, M. P.; Padilla, V.; Gutiérrez, A.B.(2005) *Mujeres maltratadas por su pareja. Guía de tratamiento psicológico.* Madrid. Minerva ediciones.

4. BIBLIOTERAPIA

May, D. (2000) *Codependencia*. Desclee de Brouwer, Bilbao.

Megías, E. Alemany, E. (1996) *Programa de prevención del consumo de drogas en el ámbito familiar*. FAD.

Sirvent, C. Villa, M. La dependencia sentimental o afectiva en Interpsiquis 2007. (<http://www.psiquiatria.com/congreso/2007/adicciones/articulos/29754/>) Activo a fecha 10 de marzo de 2010.

Sirvent, C. Ponencia: *Las dependencias relacionales: dependencia emocional, codependencia y bidependencia*. Madrid: I Simposium Nacional sobre Adicción en la Mujer. (<http://www.institutospiral.com/cursosyseminarios/primersymposium/sirvent.htm>) activo a fecha 10 de marzo de 2010.

Socidrogalcohol. *Programa Alfil* 2004. (<http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/Alfil.pdf>) Activo a fecha 10 de marzo de 2010.

6. ANEXOS

ANEXO 1

FAMILIAR DEMANDANTE SOLO

La familia constituye el principal recurso para la detección de un problema adictivo en su entorno, ya que desempeña un papel primordial en la observación de signos e indicios de cambio en el familiar afectado, puesto que sus miembros son quienes mejor se conocen (personalidad, reacciones, actitudes, etc...).

Ante la sospecha de que uno de sus componentes presente una adicción, la familia debería estudiar la situación del modo más objetivo posible y comprobar la existencia real de indicios de un trastorno adictivo (cambios en el aspecto físico, pérdida de hábitos de higiene, cambios en la alimentación y patrón de sueño, uso continuo de la mentira como mecanismo habitual, etc...).

Sin embargo, es importante explicar a la familia que no conviene anticipar un diagnóstico de posible adicción, ya que frecuentemente, como consecuencia de la angustia, se suele reaccionar exagerando la intensidad del problema o confundiendo con un problema de adicción severo lo que en realidad son conductas ocasionales.

✓ **Al profesional le conviene saber sobre el caso para poder orientar correctamente:**

- ¿Qué sustancia toma?
- ¿Historia de consumo, según el familiar?
- ¿Si ha estado en tratamiento alguna vez?
- ¿Cómo afecta el consumo a la convivencia?
- ¿Qué han intentado para motivarlo y no ha funcionado?

✓ **Al familiar le conviene saber cómo actuar cuando uno de los miembros de su unidad familiar presenta una conducta adictiva (Programa Alfíl)**

Cuando se confirma el uso regular de drogas u otra conducta adictiva en un miembro de la familia, los demás miembros pueden cumplir funciones muy importantes.

Lo primero es tratar de no culpabilizarse, ni tampoco sentir vergüenza, ya que estos sentimientos dificultan poder ayudarles verdaderamente. Pensar que hay otras personas que tienen el mismo problema, puede ayudar.

6. ANEXOS

Lo segundo es iniciar una intervención más o menos formal, para facilitar que el consumidor tome conciencia del problema (motivarle para el cambio). Para ello puede resultar útil:

- No esperar a que la persona toque fondo, cuanto antes se intervenga mejor es el pronóstico.
- Planificar la intervención para realizarla cuando no esté intoxicado y los familiares no estén especialmente enfadados.
- Plantear abiertamente la existencia de aspectos preocupantes en su modo de vida, que afectan a sus familiares, amigos y a su salud, etc. Citar aspectos específicos que hayan ocurrido como consecuencia del consumo de la sustancia.
- No abordar en primer lugar los indicios de consumo, y menos en tono acusatorio, ya que puede ponerse en contra. Tampoco etiquetar a la persona de drogodependiente.
- Mostrarle una actitud dialogante y serena, interés por sus problemas y disposición para ayudarle.
- Mostrarse esperanzador acerca de la posibilidad de cambio.
- Si se considera necesario un tratamiento profesional, visitar previamente el recurso asistencial escogido, y si el afectado opone resistencia no planteárselo como un lugar donde va a hacer tratamiento sino como un primer paso para tomar posteriormente una decisión al respecto.

Lo tercero es prepararse para soportar la negación y/o minimización del consumo y prever cuáles serán sus objeciones (sólo es muy de vez en cuando, sólo es cuando yo quiero, no estoy enganchado) Si persiste en ésto se debe tratar de:

- Exponer serena y claramente que el conjunto de evidencias nos hacen tener certeza de que el consumo es realmente importante.
- Mantener una postura firme y no permitir que continúe el consumo de drogas dentro de la familia.
- No ceder a chantajes ni reivindicaciones de libertad o derecho de no dar cuentas de su vida privada.
- Transmitir informaciones claves que ayuden al consumidor a reflexionar, a autoobservarse y a tomar conciencia del alcance real de su problema.
- Ofrecer ejemplos de personas con conducta adictiva, que pudieran ser semejantes, para ayudarles a tomar conciencia.

- Tratar de establecer pactos o compromisos de “puesta a prueba“ durante periodos de tiempo corto (estar una semana sin consumir, no tomar la primera copa por la mañana , etc).
-

C. ANEXOS

C. ANEXOS

- Si persiste la negativa a reconocer su problema, se puede buscar asesoramiento para buscar medidas de mayor presión, o bien buscar ayuda de otras personas cuya opinión puede tener influencia sobre la conducta del familiar afectado.
- Decidir qué medidas se está dispuesto a tomar si la persona rehúsa el tratamiento y persiste en el consumo de sustancias, para poder ser consecuente (por ejemplo no esconder más su consumo ante los demás, no continuar la relación etc.). Es conveniente que estas medidas sean consensuadas por los demás miembros de la familia a fin de que todos se comprometan a llevarlas a cabo

Y en cuarto lugar:

- Evitar el acosarle con preguntas, no insistir continuamente en la necesidad de tratamiento.
- No asumir responsabilidades personales, laborales o de cualquier otra índole de las que tenga que responder el afectado, ni por supuesto, asumir las consecuencias negativas derivadas del consumo.
- La necesidad de que se cumplan o implanten normas básicas de convivencia.
- Normalizar la vida familiar, en la medida de lo posible, independientemente de la situación problemática.

✓ **¿Qué profesional atiende esta demanda?**

Cualquier miembro del equipo está preparado, obviamente, para intervenir con este tipo de familiares, dependerá de la disponibilidad o de la propia organización del centro para atender estas demandas que suelen ser puntuales y no programadas.

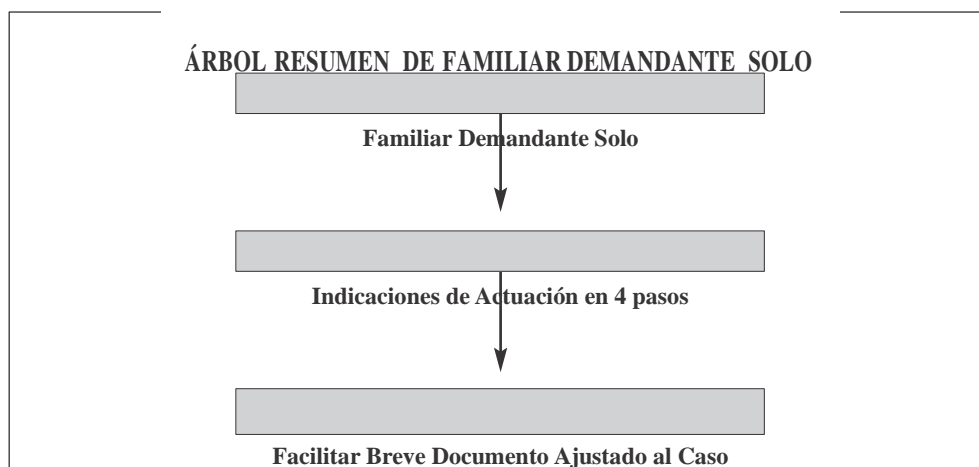
Hoja de entrega a la familia:

**SI ESTAMOS EN LOS MOMENTOS INICIALES DE CONSUMO
(Especialmente en adolescentes y jóvenes)**

EVITE	PROCURE
<ul style="list-style-type: none"> • Desesperarse, no tiene porque convertirse en consumidor habitual, puede ser que de momento sólo sea consumidor esporádico. • Criticarle continuamente por su comportamiento • Desentenderse de él, no prestándole atención. • Convertirse en perseguidor constante de sus pasos, de sus acciones. • Acosarle repetidamente con preguntas, acusaciones, reproches... 	<ul style="list-style-type: none"> • Dialogar con él/ella en actitud de acogida y nunca de rechazo, buscando en común los motivos que le llevaron a dicho consumo, sustancia o conducta adictiva, cantidad y frecuencia • Conocer el grado de conciencia de riesgo que asume o lo que puede llegar a producir dicho consumo así como la función que está cumpliendo para él esa conducta. • Aconsejarle que se informe sobre la sustancia o conducta adictiva que realiza • Hacerle ver que el familiar está a su lado, aunque subrayando la desaprobación por dicha conducta • Reflexionar el familiar sobre lo que puede hacer o seguir haciendo.

SI ES CONSUMIDOR ABUSIVO Y NO ESTÁ MOTIVADO A ABANDONAR

EVITE	PROCURE
<ul style="list-style-type: none"> • Ceder ante los chantajes, mediante amenazas de lesionarse, delinquir, o promesas de curación. • Discutir violentamente con él/ella, haciéndole cargar con sus desilusiones, impotencia y miedos. • Verse usted como el bueno que todo lo ha dado por él/ella y solo recibe disgustos en pago. • Echarse usted la culpa, exclusivamente, por lo que ha ocurrido y angustiarse por ello. • Amenazar, coaccionar, o chantajear para que se someta a tratamiento, sobre todo si no se va a cumplir lo que se dice. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hablar con él/ella con confianza y respeto. Plantearle la existencia de aspectos preocupantes en su modo de vida. • Reconocer y asumir que no consume drogas porque quiere; a usted desde su posición, así se lo parece; pero no es así realmente. Las drogas pueden estar ya controlando su conducta. • Aprovechar ocasiones para que inicie tratamiento. • Establecer unos límites de convivencia familiar. • Mostrarle informaciones claves que le ayuden a reflexionar



ANEXO 2**PREGUNTAS MÁS FRECUENTES
SOBRE TRATAMIENTOS DE DROGODEPENDENCIAS***(Documento de la FAD adaptado)*

1. ¿En qué consiste un tratamiento de drogodependencias?
2. ¿Cuándo es necesario realizar un tratamiento de drogodependencias?
3. ¿Se pueden abandonar las drogas sin ayuda?
4. ¿Qué se consigue con los tratamientos?
5. ¿Qué tipos de tratamientos existen?
6. ¿Cómo se accede a ellos?
7. ¿Cuánto suelen durar?
8. ¿Qué profesionales realizan los tratamientos?
9. ¿Existe algún programa o recurso de tratamiento con mayor garantía de éxito sobre los demás?
10. ¿Cuál es la posibilidad de éxito de los tratamientos?
11. ¿Todos los programas de tratamiento persiguen la abstinencia?
12. ¿La metadona es una droga? Entonces ¿qué ventajas tiene?
13. La desintoxicación, ¿supone una completa recuperación?
14. ¿Son frecuentes las recaídas?
15. ¿Qué puede hacer la familia?
16. ¿Qué alternativas existen cuando no hay motivación para el tratamiento?
17. ¿Dónde puedo obtener información sobre los recursos de tratamiento en mi provincia?

1. ¿En qué consiste un tratamiento de drogodependencias?

Un tratamiento de drogodependencias es un proceso que persigue la mejora de las condiciones en la situación del consumidor y un cambio en su estilo de vida. Este proceso, de duración variable, comienza por el paso previo e indispensable del reconocimiento del problema, del convencimiento de la necesidad de realizar un cambio en el estilo de vida y la aceptación de ayuda externa para mejorar su situación. Una vez iniciado el tratamiento existen diferentes metodologías, modalidades asistenciales, objetivos... todos ellos desarrollados a través de estrategias terapéuticas (psicológicas, médicas y de enfermería) educativas y sociales.

2. ¿Cuándo es necesario realizar un tratamiento de drogodependencias?

Cuando las drogas se integran en la vida de una persona, de tal manera que la organizan supeditando otras metas vitales como relaciones afectivas estables, mantenimiento de un trabajo, del nivel de estudios o acarreando problemas legales, y la persona por si misma no consigue solucionar su problema, se hace imprescindible solicitar un tratamiento. Sin embargo, no es necesario esperar a situaciones de gravedad para recurrir a un centro asistencial ya que en ellos, los consumidores y sus familias, van a encontrar información y orientación para analizar, valorar y abordar la situación de consumo planteada.

3. ¿Se pueden abandonar las drogas sin ayuda?

En teoría, de las drogas se puede salir sin ayuda externa ya que la opción del consumo es una decisión personal. Hay personas que consiguen abandonar y que nunca llegan a los centros de tratamiento. Pero, para muchas personas, esto no es sencillo de conseguir de forma individual, sobre todo cuando se ha llegado a la dependencia. La ayuda externa, los programas asistenciales y la familia, facilitan la consecución de un objetivo que presenta grandes dificultades de alcanzarse de otra forma, mediante estrategias diseñadas específicamente para ello y contrastadas a través de la experiencia.

4. ¿Qué se consigue con los tratamientos?

Un objetivo deseable y que se consigue a través de la intervención asistencial, es que la persona permanezca en la abstinencia a las drogas, es decir, que no necesite consumir, abordando su dependencia tanto a nivel físico como psicológico. También existen tratamientos en los que no se plantean estas metas, sino que se persigue una mejora en

la calidad de vida, o lo que es lo mismo, una reducción del daño producido por los consumos, sin pretender la abstinencia a la sustancia consumida.

5. ¿Qué tipos de tratamientos existen?

Según los objetivos marcados por los programas, existen:

- Programas Libres de Drogas: Su objetivo es la abstinencia y el cambio en el estilo de vida del drogodependiente. Tienen tres fases; desintoxicación (se trata la dependencia física), rehabilitación (se reestructura la vida del individuo recuperando las relaciones familiares, sociales...) y la reinserción (se facilita su adaptación al medio social).
- Programas de Objetivos Intermedios. Pretenden ayudar a conseguir objetivos parciales planteados por el consumidor o la familia. (Ej. abandono de una sustancia pero no de otras; consumo moderado de alcohol, etc.)
- Programas de Reducción de Daños: su objetivo es la mejora de la calidad de vida del consumidor sin pretender su abstinencia (programas de metadona, centros de emergencia social, dispositivos móviles...).

6. ¿Cómo se accede a ellos?

La oferta asistencial se caracteriza por la existencia de Equipos de Conductas Adictivas (Antiguos CEDEX), que son la puerta de entrada a la red asistencial pública. A ellos se puede acudir de forma directa y gratuita. En estos centros se valora cada caso, las distintas situaciones y formas de consumo (edad, tiempo de consumo, sustancias consumidas, vía utilizada, estado de salud...) y se diseña, de acuerdo con estas características, el programa de intervención más adecuado. Estos centros realizan las derivaciones a otros recursos: Comunidad Terapéutica, Unidad de Desintoxicación, Centro de Día, que pueden ser públicos o convenidos. Además existe también la posibilidad de realizar tratamientos a través de recursos privados.

7. ¿Cuánto suelen durar?

La duración de los tratamientos es bastante variable, ya que depende mucho de la evolución de cada persona, de su situación personal y social, de los objetivos a alcanzar... Pero, por lo general, los tratamientos libres de drogas tienen una duración que suele oscilar entre uno y dos años, no contando con una duración definida los programas de reducción del daño o los de objetivos intermedios.

8. ¿Qué profesionales realizan los tratamientos?

Los tratamientos son llevados a cabo por equipos multidisciplinares de distintos ámbitos de actuación, así se incluyen médicos, psicólogos, trabajadores sociales, educadores, monitores, personal de enfermería, etc. Es importante informarse acerca de la

cualificación profesional del personal encargado de estos programas ya que existen centros que no cuentan con esta condición.

9. ¿Existe algún programa o recurso de tratamiento con mayor garantía de éxito sobre los demás?

No hay ningún recurso mejor o peor que otro. Lo que ocurre es que no todos los tratamientos son los adecuados para todos los casos. Por lo tanto, es muy importante adaptar las necesidades que presenta el consumidor con respecto a los objetivos que se van a plantear para su recuperación y por lo tanto, al recurso que se seleccione.

10. ¿Cuál es la posibilidad de éxito de los tratamientos?

Esto es algo que depende de muchos factores, entre ellos la motivación del afectado por salir del problema, su implicación en el programa, el apoyo familiar con el que cuente, el equipo de profesionales y el programa terapéutico elegido.... La actuación coordinada entre todos los factores que componen el proceso asistencial, favorece el avance del proceso y, por lo tanto, el éxito terapéutico.

11. ¿Todos los programas de tratamiento persiguen la abstinencia?

No. Existen programas cuyo objetivo es la mejora de la calidad de vida de los consumidores. En este tipo de tratamientos se persigue que el consumo (difícil de eliminar debido al deterioro físico, personal y social que ha causado) conlleve los menos riesgos posibles. Para ello, se ofrecen sustancias controladas (metadona), instrumental en buenas condiciones sanitarias, servicios básicos sanitarios, de comida e higiene. En otros casos los programas de objetivos intermedios se persigue que el consumo sea menor en una sustancia (consumo no problemático) y abstinencia en otras.

12. ¿La metadona es una droga? Entonces ¿qué ventajas tiene?

La metadona es un opiáceo sintético, con efectos similares a los de la morfina y la heroína. Se administra a los adictos a los opiáceos (heroína) como substitutivo. Es una sustancia sanitariamente controlada y su uso está regulado por ley. Las ventajas de la metadona frente a la heroína son: gran control sanitario, se puede administrar oralmente, sus efectos duran 24 horas (frente a las 4 horas de vida media activa de la heroína).

13. La desintoxicación, ¿supone una completa recuperación?

No. Con la desintoxicación lo único que se consigue es que la persona quede "limpia" físicamente, es decir, que el organismo no necesite la sustancia para funcionar con normalidad. Pero, sólo con este tipo de intervención, no se suprime la dependencia psicológica, por lo que las posibilidades de recaer son bastante elevadas. La

desintoxicación es únicamente una etapa tras la cual se debe continuar el proceso terapéutico cuyo fin último será la rehabilitación y la reinserción social.

14. ¿Son frecuentes las recaídas?

Como recaída se entiende la vuelta al consumo de una sustancia después de haberse mantenido abstinentemente durante un tiempo o haber reducido muy significativamente el consumo, aproximando el estilo de vida de ese individuo al que presentaba con anterioridad. No todo consumo se puede considerar una recaída, puede ser una situación puntual que no amenace la continuidad en el tratamiento, ni suponga un riesgo en la evolución del sujeto. Además, hay que tener en cuenta que una recaída no significa que el tratamiento realizado haya sido un fracaso, ya que esto suele ser bastante habitual, formando parte de los procesos asistenciales. Lo importante es la capacidad del afectado para remontar esta situación y realizar un aprendizaje sobre ella.

15. ¿Qué puede hacer la familia?

La familia desempeña un papel importante en el proceso asistencial de un drogodependiente, además de facilitar que el consumidor tome la decisión de hacer algo para remediar su situación, de motivarle para el tratamiento, puede ofrecer un apoyo paralelo al mismo, decisivo en la rehabilitación. Paralelamente al proceso que se realiza con los afectados, existen programas en los que se orienta y se facilitan pautas de actuación para los familiares, capacitándoles para abordar mejor estas situaciones en beneficio del drogodependiente y en beneficio propio.

16. ¿Qué alternativas existen cuando no hay motivación para el tratamiento?

Cuando el afectado no muestra ningún interés en hacer un tratamiento, ni cambiar su situación de consumo, la actuación de la familia es determinante. Es necesario que la familia marque unas pautas de respuesta claras ante este problema, ya que de ello dependerá, en muchas ocasiones, la toma de decisión final del afectado. Para ello, es de gran ayuda acudir a un centro de tratamiento en el que los profesionales informen sobre el establecimiento de dichas pautas, con el fin de lograr esa motivación para el tratamiento.

17. ¿Dónde puedo obtener información sobre los recursos de tratamiento en Extremadura?

Este tipo de información se puede obtener en los recursos básicos de atención a los ciudadanos, en los Centros de Atención Primaria de Salud, en los Equipos de Conductas Adictivas (antiguos CEDEX), o bien, en la Secretaría Técnica de Drogodependencias del Servicio Extremeño de Salud, a través del tf. gratuito de información sobre drogodependencias y otras conductas adictivas 900 210 994

ANEXO 3

CUESTIONARIOS, INVENTARIOS, TEST.

ANEXO 3.1

APGAR FAMILIAR

APGAR FAMILIAR				
Nº	Preguntas	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre
1	¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia?	0	1	2
2	¿Discuten entre ustedes los problemas que tienen en casa?	0	1	2
3	¿Las decisiones importantes se toman en conjunto?	0	1	2
4	¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted permanecen juntos?	0	1	2
5	¿Siente que su familia le quiere?	0	1	2

INTERPRETACIÓN					
	Adaptabilidad	Cooperación o participación	Desarrollo	Afectividad	Capacidad resolutive
Preguntas	1	3	2	4 y 5	4
Tipo de familia	Normofuncional		Levemente disfuncional		Disfuncional
Puntos	8-10		4-7		0-3

ANEXO 3.2

CUESTIONARIO DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FF-SIL)

A continuación les presentamos una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Necesitamos que Ud. Clasifique, PUNTÚE su respuesta según la frecuencia en que ocurre la situación.

Casi nunca (1)	Pocas veces (2)	A veces (3)	Muchas veces (4)	Casi siempre (5)

1. Se toman decisiones entre todos para cosas importantes de la familia. _____
2. En mi casa predomina la armonía. _____
3. En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades. _____
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana. _____
5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa. _____
6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos. _____
7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes. _____
8. Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan. _____
9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado. _____
10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones. _____
11. Podemos conversar diversos temas sin temor. _____
12. Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas. _____
13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar. _____
14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos. _____

PUNTUACIÓN TOTAL:

BAREMO

De 70 a 57 puntos. Familias funcional

De 56 a 43 puntos. Familia moderadamente funcional

De 42 a 28 puntos. Familia disfuncional

De 27 a 14 puntos. Familia severamente disfuncional

NÚMERO DE PREGUNTA Y LAS SITUACIONES VARIABLES QUE MIDE

1 y 8 Cohesión

2 y 13 Armonía

5 y 11 Comunicación

7 y 12 Permeabilidad

4 y 14 Afectividad

3 y 9 Roles

6 y 10 Adaptabilidad

Cohesión: unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas.

Armonía: correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.

Comunicación: los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias de forma clara y directa.

Permeabilidad: capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones.

Afectividad: capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.

Roles: cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.

Adaptabilidad: habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera

ANEXO 3.3.

**CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN CONYUGAL DE LAZARUS
Lazarus, A (1985)**

Responder con una puntuación de 0 A 10. El mayor grado de acuerdo se puntúa con la puntuación cercana al 10 y un desacuerdo mayor con una puntuación cercana a 0.

1. Estoy satisfecho/a con la cantidad de tiempo que hablamos.	
2. Estoy contento/a con los amigos que compartimos.	
3. Estoy satisfecho/a con nuestras relaciones sexuales.	
4. Estoy de acuerdo con la cantidad de tiempo que pasamos en el trabajo y en casa.	
5. Estoy de acuerdo con la manera en que gastamos el dinero.	
6. Estoy satisfecho/a con la forma de actuar como padre/madre (si no tiene hijos, póngase un supuesto).	
7. Opino que “estás de mi lado”.	
8. Estoy satisfecho con nuestros tipo de diversiones (ej. Deportes, vacaciones, salidas...).	
9. Estoy básicamente de acuerdo con tus puntos de vista sobre la vida en general (valores, actitudes, religión, creencias...).	
10. Estoy básicamente contento/a con la forma en que te vinculas con tú familia.	
11. Estoy generalmente contento/a con la forma en que te vinculas con los miembros de mi familia.	
12. Estoy satisfecho/a con tus hábitos en general, tus aficiones y tu aspecto global.	
Total:	

- 84 o más: relación de pareja muy satisfactoria.
- 72 a 83: refleja sentimientos e interacciones buenas.

- 61 a 71: se necesita hacer algunos cambios básicos.
- 60 o menos: bajo nivel de satisfacción en la pareja.

ANEXO 3.4.

CUESTIONARIO DE CODEPENDENCIA (CDC) ROEHLING Y GAUMOND (1996)

(Adaptación experimental al castellano de Sirvent y Martínez (2000)
para uso exclusivamente de investigación)

INSTRUCCIONES:

A continuación se te presentan una serie de afirmaciones sobre actitudes y comportamientos referidos a **las relaciones de pareja actuales** o **pasadas**.

Recuerda por favor la siguientes indicaciones:

- Contesta con la mayor sinceridad posible
- No repases las contestaciones
- No dejes ninguna cuestión sin contestar
- Marca tu contestación rodeando con un círculo la opción que más se ajuste a ti de las siguiente opciones
 - a) Nunca me siento de este modo
 - b) Raramente me siento de este modo
 - c) A veces me siento de este modo
 - d) A menudo me siento de este modo
 - e) Siempre me siento de este modo

(Sólo puede responder con una opción en cada pregunta)

a (nunca) **b** (raramente) **c** (a veces) **d** (a menudo) **e** (siempre)

1	A menudo, crecen en mi sentimientos que no puedo expresar.	
2	Cuando soy incapaz de ayudar a alguien me siento incómodo/a.	
3	Tiendo a localizar las necesidades de los otros en cabeza de mis prioridades.	
4	Me enfado cuando las cosas no salen a mi manera.	
5	Pienso que los demás se aprovechan de mi.	
6	No soy consciente de lo que quiero para los demás.	
7	Siento que sin mi esfuerzo y atención todo se puede venir abajo.	
8	Siento como si fuera fallo mío cuando la gente se enfada o se entristece.	
9	Es fácil para mi decir “no” a los demás.	
10	Me hace sentirme molesto el compartir mis sentimientos con los demás.	
11	Trato de agradar a la gente.	

12	Cuando no estoy implicado en una relación me siento infravalorado.	
----	--	--

13	Me siento muy satisfecho de ayudar a los demás.	
14	No le gustaré a la gente si le hablo de mis problemas.	
15	Incluso con buenos amigos temo que un día me rechacen.	
16	A menudo me siento deprimido aunque las cosas vayan bien.	
17	Tiendo a gustar realmente a las personas o a disgustarles.	
18	Habitualmente no me importa lo que los otros piensen de mi.	
19	Me siento a gusto dejando a otros entrar en mi vida y relevarles mi propio yo.	
20	Me parece estar implicado en los problemas de los demás.	
21	Me preocupa mucho lo que los otros piensen de mi.	
22	Me molesta que los amigos traten de cerrarse.	
23	Muchos de mis amigos tienen muchos problemas.	
24	Estoy muy sensibilizado con los sentimientos de aquellos que son importantes para mi.	
25	Soy altamente crítico/a con las cosas que hago y digo.	
26	Si trabajo duro conseguiré resolver la mayoría de los problemas y conseguir cosas mejores para la gente.	
27	Mi estado de ánimo es bastante estable y no me siento demasiado afectado por los problemas o estados de ánimo de los demás.	
28	Tiendo a evitar las relaciones íntimas.	
29	Para que las cosas se hagan correctamente, debería hacerlas yo mismo.	
30	Soy muy abierto a los demás con respecto a mis sentimientos, no me importa lo que ellos sean.	
32	Cuando me implico demasiado con alguien empiezo por adoptar sus valores y sus gustos.	
33	A menudo capto los argumentos de otras personas a la mitad.	
34	De niño, parece como si todo lo que hubiera hecho no fuera suficiente.	
35	Algunas veces, no sé como me siento realmente.	
36	Muchos de mis amigos dependen de mi guía y consejo.	

Corrección del cuestionario CdQ

INTIMIDAD: 1, 10, 12, 17, 21, 22, 24, 30, 32

CONTRO: 2, 4, 7, 16, 18, 25, 26, 27, 29, 34, 35

RESPONSABILIDAD: 3, 5, 6, 8, 11, 14, 15, 19, 28

ENGANCHE: 9, 13, 20, 23, 31, 33, 36

ANEXO 3.5.**AUTO DIAGNÓSTICO PARA LA CODEPENDENCIA DE WWW.ADICCIONES.ORG**

Este es un test para calcular la severidad del problema de codependencia.

Puede completarse a través de Internet y obtener la corrección automática en:
[http:// www.adicciones.org/diagnostico/formularios/dx-codependencia.html](http://www.adicciones.org/diagnostico/formularios/dx-codependencia.html)

Principio del formulario

1. Usted cree y siente que es responsable por otras personas; por sus sentimientos, pensamientos, acciones, decisiones, deseos, necesidades, bienestar o malestar, incluso por lo que les ocurra en el futuro?
 0 = No se aplica o rara vez
 1 = Ocasionalmente
 2 = Frecuentemente

2. Se siente usted instintivamente impulsado a ayudar a otras personas a resolver sus problemas, aún cuando ellos no le hayan pedido ayuda?
 0 = No se aplica o rara vez
 1 = Ocasionalmente
 2 = Frecuentemente

3. Se encuentra a usted mismo diciendo sí, cuando en realidad querías decir no, haciendo cosas que realmente no desea hacer, haciendo mas que lo que se consideraría una repartición justa del trabajo, o haciendo cosas para otras personas que ellos pueden hacer por ellos mismos y entonces sintiéndote resentido y victimizado?
 0 = No se aplica o rara vez
 1 = Ocasionalmente
 2 = Frecuentemente

4. Se siente aburrido, vacío y sin valor, si no existe una crisis en su vida, un problema que resolver, o alguien a quien ayudar?

0 = No se aplica o rara vez

1 = Ocasionalmente

2 = Frecuentemente

5. Usted cree que alguien es responsable de cuidarlo y de hacerlo feliz?

0 = No se aplica o rara vez

1 = Ocasionalmente

2 = Frecuentemente

6. Usted cree y siente que alguien, o el problema de alguien está controlando su vida?

0 = No se aplica o rara vez

1 = Ocasionalmente

2 = Frecuentemente

7. Es el sentimiento de culpa quien determina sus prioridades? (Por ejemplo, hace usted lo que quiere hacer y piensa que es bueno para usted, o usted hace lo que piensa que debe hacer para minimizar la culpa y crear autoestima?)

0 = No se aplica o rara vez

1 = Ocasionalmente

2 = Frecuentemente

8. Se siente usted culpable por lo que piensa y siente y lo niega?

0 = No se aplica o rara vez

1 = Ocasionalmente

2 = Frecuentemente

9. Se preocupa usted por una persona hasta el punto donde pierde sueño y no puede relajarse y disfrutar de la vida?
- 0 = No se aplica o rara vez
- 1 = Ocasionalmente
- 2 = Frecuentemente
10. Piensa usted acerca de otra persona y acerca de sus problemas más de tres veces por día?
- 0 = No se aplica o rara vez
- 1 = Ocasionalmente
- 2 = Frecuentemente
11. Está usted tan preocupado por alguien que se ha deprimido y enfermado físicamente?
- 0 = No se aplica o rara vez
- 1 = Ocasionalmente
- 2 = Frecuentemente
12. Está usted muy tan preocupado por alguien que esta tomando sedantes, o esta ingiriendo alcohol para poder manejar la ansiedad resultante?
- 0 = No se aplica o rara vez
- 1 = Ocasionalmente
- 2 = Frecuentemente
13. Cree usted que no puede ser feliz hasta que otra persona - padre, hijo, amigo, amante o pareja - cambie su conducta? Esta usted esperando que otra persona cambien para poder ser usted feliz?
- 0 = No se aplica o rara vez
- 1 = Ocasionalmente

2 = Frecuentemente

14. Usted abandona su rutina abruptamente y dejas de vivir su vida, porque está muy molesto con alguien?
- 0 = No se aplica o rara vez
 - 1 = Ocasionalmente
 - 2 = Frecuentemente
15. Usted trata de controlar los eventos y a las personas, a través de retirar el afecto, producir sentimientos de culpa, coercionar, amenazar, dar consejos no solicitados, ejercer manipulación, o dominación?
- 0 = No se aplica o rara vez
 - 1 = Ocasionalmente
 - 2 = Frecuentemente
16. Se siente confundido, desamparado, algunas veces piensa que se volverá loco, a causa de la forma que se ha involucrado en la vida de otra persona?
- 0 = No se aplica o rara vez
 - 1 = Ocasionalmente
 - 2 = Frecuentemente
17. Le permite usted a alguien que lo abuse física o emocionalmente?
- 0 = No se aplica o rara vez
 - 1 = Ocasionalmente
 - 2 = Frecuentemente
18. Está usted abusando emocional y físicamente a alguien?
- 0 = No se aplica o rara vez
 - 1 = Ocasionalmente

2 = Frecuentemente

19. Se siente atacado y defensivo cuando otras personas hablan de usted?

- 0 = No se aplica o rara vez
- 1 = Ocasionalmente
- 2 = Frecuentemente

20. Se siente que tiene que ponerse furioso y gritar para que lo oigan?

- 0 = No se aplica o rara vez
- 1 = Ocasionalmente
- 2 = Frecuentemente

21. Busca usted la aprobación de otras personas por su conducta o decisiones?

- 0 = No se aplica o rara vez
- 1 = Ocasionalmente
- 2 = Frecuentemente

22. Trata de probar que usted es suficientemente bueno para otras personas, pero se olvida de preguntarse si esas personas son suficientemente buenas para usted?

- 0 = No se aplica o rara vez
- 1 = Ocasionalmente
- 2 = Frecuentemente

23. Se siente usted atrapado en las relaciones?

- 0 = No se aplica o rara vez
- 1 = Ocasionalmente
- 2 = Frecuentemente

24. Culpa a otras personas de las circunstancias de su vida?

- 0 = No se aplica o rara vez
- 1 = Ocasionalmente
- 2 = Frecuentemente

25. Usualmente usted no dice lo que siente?

- 0 = No se aplica o rara vez
- 1 = Ocasionalmente
- 2 = Frecuentemente

26. Usted pide lo que necesita de manera indirecta o muchas veces no habla de eso?

- 0 = No se aplica o rara vez
- 1 = Ocasionalmente
- 2 = Frecuentemente

27. Miente para proteger y cubrir a las personas que quiere?

- 0 = No se aplica o rara vez
- 1 = Ocasionalmente
- 2 = Frecuentemente

28. Está tolerando conductas que usted ha dicho que nunca toleraría?

- 0 = No se aplica o rara vez
- 1 = Ocasionalmente
- 2 = Frecuentemente

29. Lo ha herido alguien tan profundamente que usted ha perdido su fe espiritual?

0 = No se aplica o rara vez

1 = Ocasionalmente

2 = Frecuentemente

30. Alguien lo ha herido tan profundamente que ha estado usted pensando en hacer, y haciendo cosas para castigar y vengarse de esa persona?

0 = No se aplica o rara vez

1 = Ocasionalmente

2 = Frecuentemente

31. Esta la ira de alguien controlando sus acciones? Por ejemplo, que inviertes mucho tiempo y energía pensando y escogiendo la conducta que será la que menos provocará la ira de esa persona?

0 = No se aplica o rara vez

1 = Ocasionalmente

2 = Frecuentemente

32. Tienes sexo con alguien aunque no lo quieras tener?

0 = No se aplica o rara vez

1 = Ocasionalmente

2 = Frecuentemente

33. Tiene usted dificultades para relajarse y divertirse?

0 = No se aplica o rara vez

1 = Ocasionalmente

2 = Frecuentemente

34. Se siente estancado, atrapado y desesperanzado, pero te dices a ti mismo que tu problema no es tan serio como para necesitar ayuda?

0 = No se aplica o rara vez

1 = Ocasionalmente

2 = Frecuentemente

35. Ha hecho el problema de otra persona que usted se separe y se aisle de las cosas y las personas que usted disfruta?

0 = No se aplica o rara vez

1 = Ocasionalmente

2 = Frecuentemente

36. A pensado en el suicidio o ha deseado la muerte como un escape a una relación intolerable?

0 = No se aplica o rara vez

1 = Ocasionalmente

2 = Frecuentemente

Final del formulario

Resultado de 0-10: La conducta está dentro del área segura

Resultado de 11-25: La conducta está en zona amarilla o de precaución

Resultado superior a 25: Problemas relativos a la codependencia

ANEXO 3.6.**CUESTIONARIO BREVE DE DEPENDENCIA EMOCIONAL
DE JORGE CASTELLÓ BLASCO**

Conteste Verdadero o Falso

1. La relación con mi familia ha sido poco afectuosa, me han dado escasas muestras de cariño y no se han preocupado suficientemente por mí cuando era pequeño.
2. En la relaciones de pareja más importante he asumido intencionalmente un papel sumiso, viviendo exclusivamente para la otra persona.
3. Mi vida se puede concebir sin las relaciones de pareja, porque no son un elemento absolutamente imprescindible para mí.
4. Las personas que me gustan como pareja han resultado ser despectivas, frías y arrogantes.
5. Mis relaciones más importantes han sido generalmente desequilibradas, siempre he aportado mucho más que mi pareja.
6. Me hace falta saber siempre algo de mi pareja, necesito tener contacto con ella continuamente porque si no me desespero.
7. Si detectara de manera prolongada falta de cariño, desprecios y humillaciones rompería mi relación.
8. Mientras he estado en pareja he tenido el tiempo y las ganas suficientes como para no descuidar mis amistades o mis responsabilidades.
9. Me ilusiono en exceso al principio de una relación, muchas veces sin apenas conocer a la otra persona.
10. He aceptado o aceptaría cualquier cosa, incluso infidelidades repetidas, con tal de no romper mi relación.
11. He suplicado a mis antiguas parejas reanudar la relación, aunque éstas ya tuvieran una nueva o me hubiera manifestado rotundamente su negativa a hacerlo.
12. He padecido en ocasiones problemas muy serios de ansiedad o depresión, relacionados con el miedo a la ruptura o con ciertas actitudes de mi pareja en el transcurso de la relación, teniendo síntomas como gran nerviosismo, tristeza

profunda, llanto, pérdida generalizada de ilusión, disminución de peso, insomnio, etc.

13. Prefiero estar solo antes que mal acompañado, en lo que a relaciones de pareja se refiere.
14. No he sufrido nunca problema alguno con la comida (atracones, vómitos provocados, restricción drástica y desproporcionada de la alimentación).
15. Necesito gustar a toda costa a cualquier persona, caerles bien, de lo contrario me preocupo y me entristezco mucho.
16. Tengo una autoestima mínimamente adecuada, creo que tengo un concepto aceptable de mí mismo y me valoro correctamente como persona. Soy digno de ser querido por otras personas.

Corrección:

V=1 F=2

Con una puntuación mayor o igual a 8, posible dependencia emocional.

ANEXO 4**ENTREVISTA CLÍNICA PARA LA DEPENDENCIA EMOCIONAL**

(Castelló J.)

Se relacionan una serie de preguntas que pueden ser incorporadas en la evaluación al familiar con sospechas de codependencia.

1. ¿Cómo ha sido la relación con tu familia y entorno cuando eras pequeño?
¿Definirías tu infancia como feliz?. Opcional: Describe a tu familia y tu relación con cada uno de sus miembros, aunque sea muy brevemente.
2. ¿Cuántas relaciones de pareja has tenido incluyendo la actual?
3. ¿Qué tipo de personas te gustan como pareja?
4. ¿Qué papel has asumido en tus relaciones?. Por ej: Dominante, sumiso, admirador de la pareja, necesitado de cariño, aprobación, auto-suficiente, etc.
5. ¿Tus relaciones han sido equilibradas, ambos aportabais emocionalmente lo mismo?
6. ¿Qué tipo de cosas has aguantado por amor o para no romper la relación?
7. ¿Necesitas estar siempre en compañía de tu pareja o estar en contacto con ella, hasta el punto de resultar una molestia en ocasiones?
8. ¿Has desatendido a tus amistades o tus responsabilidades laborales y familiares mientras estabas en pareja, o bien las has descuidado porque solo vivías para ellas?
9. ¿Te ilusionas o te entregas demasiado al principio de una relación?
10. ¿Quién ha roto las relaciones y como te has sentido tras la/s ruptura/s?
11. ¿Has mantenido contacto con tus exparejas para impedirles reanudar la relación?
¿Has buscado inmediatamente otra?
12. ¿Cuánto tiempo has estado sin pareja después de una relación y por qué?
13. ¿Has tenido que recibir tratamiento por problemas de ansiedad o depresión, o has sentido necesidad de ello?
14. ¿Has padecido o padeces actualmente problemas con la comida o dolores en tu cuerpo sin explicación aparente?
15. ¿Estás siempre pendiente de ser aceptado por la gente, de causar buena impresión?

16. ¿Te quieres a ti mismo?

ANEXO 5

SESIONES DE TRATAMIENTO

Se indican las sesiones y qué tipo de familiares se pueden beneficiar de cada una.

En cuanto al familiar B “no colaborador” no se incluye en ninguna, dado que en la mayor parte de los casos no asiste. Si comienza a asistir se incorporará al grupo en el que se incluya tras la valoración.

SESIONES	Tipo de Familiar*
Sesión 1: Concepto de adicción/dependencia	A C D
Sesión 2: Colaboración terapéutica vs “anti-terapéutica”	A C D
Sesión 3: Procesos de facilitación	A C D
Sesión 4: ¿Qué es Codependencia?	A C D
Sesión 5: Ficha de definiciones recíprocas	D
Sesión 6: ¿Qué hago yo aquí?	C D
Sesión 7: Técnica retrospectiva	D
Sesión 8: Formación de la auto-estima y la forma de relacionarse	C D
Sesión 9: El puzzle	C D
Sesión 10: El cuento de la cebolla	D
Sesión 11: Isla desierta	D
Sesión 12: Frases auto-definitorias	C D
Sesión 13: Dinámica del bazar mágico	C D
Sesión 14: Mi entorno interpersonal	D
Sesión 15: El Desapego	D
Sesión 16: Los límites interpersonales	D

Sesión 17: Asertividad I	A? C D
--------------------------	---------------

Sesión 18: Asertividad II	A? C D
Sesión 19: Asertividad III. Aprendo a comunicarme	A? C D
Sesión 20: Mis responsabilidades conmigo misma, mis responsabilidades con los demás	D
Sesión 21: Auto-estima y auto-concepto	C D
Sesión 22: Auto-estima * Ficha de “Cosas que puedes hacer para mejorar tu auto-estima” * Dinámica de la Caja Cariñosa * Dinámica de la mirada positiva	C D
Sesión 23: Las emociones	C D
Sesión 24: Ficha del Amor	D
Sesión 25: Ficha de la Soledad	D
Sesión 26: Auto-control	C D
Sesión 27: Mecanismos de defensa	D
Sesión 28: Solución de problemas	C D
Sesión 29: Pensamientos distorsionados	C D
Sesión 30: Parada de Pensamiento (Pensamientos Obsesivos)	C D
Sesión 31: Técnicas de Relajación y respiración	C D
Sesión 32: Auto-cuidado	D

- * **A.** Familiar Colaborador Asintomático
- B.** Familiar No Colaborador
- C.** Familiar Colaborador con Síntomas de Malestar
- D.** Familiar Codependiente

Sesión 1

CONCEPTO DE ADICCIÓN/DEPENDENCIA

Introducción

Existen numerosos tópicos relacionados con este concepto: como vicio, como comportamiento voluntario o totalmente controlado por la persona (“eso se hace porque quiere”). Se considera absolutamente necesario para su tratamiento el comprender que se trata de un problema de salud (trastorno, síndrome, enfermedad...)

Objetivos

- Entender la adicción como un trastorno, no un vicio.
- Diferenciar entre el uso moderado/responsable de las sustancias o el juego y el uso patológico o problemático.
- Comprender que la persona con problemas adictivos requiere asistencia terapéutica (Médica, psicológica y social).

Actividad

Se efectúa una exposición sobre la conducta adictiva y el proceso de adicción o dependencia, definiendo con sencillez:

- USO/ABUSO/DEPENDENCIA.
- TOLERANCIA.
- SÍNDROME DE ABSTINENCIA.
- RECAÍDA.

A continuación se exponen cuestiones sobre todo ello:

- ¿Consideráis que se trata de un trastorno?
- ¿En qué momento encendisteis que no se trata de una conducta voluntaria?

Sesión 2

COLABORACIÓN TERAPÉUTICA VS. ANTI-TERAPÉUTICA

Introducción

Como refiere M. Beattie, RESCATAR consiste en hacer cosas por los demás que son perfectamente capaces de hacer por sí mismos y que probablemente deberían estar haciendo.

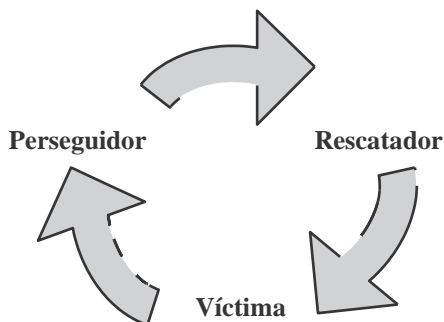
Y S. Egleston: “rescatamos cada vez que nos hacemos cargo de las responsabilidades de otro ser humano, de los pensamientos, los sentimientos, las decisiones, la conducta, el crecimiento, el bienestar, los problemas o el destino de otra persona”.

Objetivos

- Romper el Patrón de conductas reiterativo de los codependientes y eliminar el Proceso triangular de Rescatador-perseguidor-víctima.
- Modificar la Dinámica interactiva entre adicto y codependiente.

Actividad

1. Explicación del proceso triangular. Triángulo dramático de Stephen B. Karpman. Este es el proceso en que se ve inmerso el codependiente en su intención de “curar” al adicto: En período de consumo/juego activo, se dedicará a perseguirle/controlarle, después intentará rescatarle, para terminar en actitud de victimización, con una queja continua por la “vida que lleva a su lado”.



2. Se exponen algunas formas de rescate que suelen usar:
 - Hacer algo que no quiere hacer.
 - Decir que si cuando quiere decir no.
 - Hacer algo por alguien aunque esa persona pueda hacerlo por sí misma y debería estar haciéndolo.
 - Satisfacer las necesidades de otro, aun sin que lo hayan pedido.
 - Dar siempre más de lo que se recibe.
 - Pensar por los demás.
 - Hablar en nombre de otra persona.
 - Solucionar los problemas de los demás.

- No pedir lo que necesita, o desea.

3. Cuestiones para la dinámica grupal o para trabajar en individual:
 - Ejemplos personales de rescate.
 - ¿Alguien se ha visto atrapad@ en este triangulo?
 - Desearía modificar esta pauta. ¿cómo?

Sesión 3

PROCESOS DE FACILITACIÓN

Introducción

El familiar con su actitud y comportamiento puede facilitar que se mantenga la conducta adictiva. Se exponen distintas formas con las que el familiar puede facilitar la adicción, consciente o inconscientemente.

Objetivos

- Proporcionar el insight para que el familiar detecte si su comportamiento puede facilitar la adicción
- Dotar de herramientas para que el familiar inicie su cambio actitudinal

Actividad

- Exposición verbal de contenidos relacionados con la facilitación del mantenimiento de la adicción:
 - Sobreprotección: Cualquier intento de cubrir, salvar y proteger al adicto para que no experimente el impacto completo de las consecuencias negativas que el uso de drogas produce en la vida del adicto
 - Intentos de control: Se refiere a la compulsión por controlar la vida del adicto (la conducta adictiva, y sus conductas, pensamientos y sentimientos), auto-imponiéndose a sí mismo metas irrazonables que terminan produciendo más ira, confusión y desesperanza.
 - Asumir las responsabilidades del adicto: con la justificación de evitar una crisis o un incremento del malestar, suelen asumir las responsabilidades que el adicto deja de cumplir (en cuanto a su tto, a su familia, su trabajo...)
 - Racionalización y Adaptación: Al racionalizar en el sentido de justificar su adicción, el familiar refuerza el sistema de negación propio del adicto, con lo que dificulta su toma de conciencia de la gravedad de su problema adictivo. Lo

cual llega a producir un ambiente familiar donde se “normaliza” los comportamientos de la adicción y la familia se adapta a la enfermedad.

- Cooperación y colaboración: En su afán de tomar el control de la conducta del adicto, el familiar a veces acompaña al adicto en su conducta adictiva o consumo o le ayuda en el proceso de usar, lo cual envía un mensaje de aprobación de la conducta adictiva.
- Rescate y sumisión. Círculo vicioso de persecución—rescate— victimización
- Cuestiones para promover un análisis del propio comportamiento y toma de conciencia de la necesidad de modificar aquello que no ha servido:
 - ¿Qué opináis acerca de las formas de facilitación?
 - En vuestros intentos de ayudar al familiar adicto: ¿Habéis podido usar o estar usando, en estos momentos, estas estrategias?
- Recomendaciones finales.
 - Aceptar que se trata de una Conducta Adictiva
 - Ayudar, apoyar, acompañar
 - No amenazar, ni dar ultimátum que no se vayan a cumplir
 - No discutir cuando se encuentra intoxicado en plena conducta adictiva
 - No sobreprotegerle, no ocultar
 - No modificar los hábitos del entorno
 - No intentar vigilarle, controlarle, espiarle...
 - Que el familiar aumente el tiempo que piensa en él mismo y en hacer las actividades que a él le apetezcan.

Sesión 4

¿QUE ES CODEPENDENCIA?

Introducción

Se pretende explicar que es la codependencia. Para ello se describen una serie de síntomas, comportamientos, cogniciones, etc, que comúnmente presentan los codependientes y se dan orientaciones para la reflexión.

Objetivos

- Comprensión del término.

- Reconocimiento síntomas y reflexión sobre el propio comportamiento, actitud y forma de relacionarse (auto-identificación).

Actividad

- Se describe el típico comportamiento codependiente, así como sus actitudes y sentimientos característicos:
 - Conducta regida por el locus de control externo, creen que sus acciones y pensamientos derivan de lo que hace su familiar adicto, exclusivamente.
 - Hipe responsabilidad, considera que nadie hará las cosas como ell@s mismas y asumen compromisos que van más allá de sus límites. Asumen las responsabilidades del adicto y de otras personas.
 - Sentimientos de culpabilidad, hasta llegar a sentirse causantes del problema adictivo.
 - Ubicación del adicto y su problema en el eje central de su vida personal, llegando a renunciar a la misma. Ésta depende de él y su adicción.
 - Búsqueda de aceptación de los demás, necesidad de aprobación.
 - Sobreprotección, en su afán de protección y cuidado del adicto, llegan a justificar sus acciones, culpabilizar a otras personas o circunstancias, tratarle como una persona incapaz.
 - Manipulación, a veces es la única forma de conseguir que se haga algo por el adicto: mienten, ocultan información o la tergiversan, para lograr sus propósitos.
 - Victimización: se consideran l@s únicas perjudicadas por los problemas que le ha acarreado la relación con el adicto, consideran que son l@s que más sufren y a l@s que se les ha hecho más daño. Unido a la sensación de inestabilidad de la situación y falta de responsabilidad en la dinámica de relación interpersonal establecida entre ambos.
 - Alta tolerancia al abuso recibido, muchas personas han sido humilladas, maltratadas, engañadas... (“todo lo perdonan”).
 - Preocupación y dependencia excesiva del adicto, solamente se sienten bien si creen tener al adicto bajo control.
 - Temor excesivo al abandono y al rechazo, y por evitar estos sentimientos están dispuest@s a hacer cosas más allá de sus límites.
 - Inseguridad y falta de confianza en sí mismas.
 - Rigidez, dificultad para aceptar cambios, cualquier modificación en su rutina psicológica crea en esta personas un conflicto generándole sentimientos de intranquilidad y depresión.
 - Déficit de asertividad, incapacidad para defender los propios derechos y expresar sus opiniones y deseos.

- Comportamiento salvador-rescatador, se consideran que son l@s únicas que pueden sacar al adicto del problema en que se halla.

- **Cuestiones para promover la reflexión:**

- ¿Qué opináis sobre estas formas de comportamiento y características actitudinales?
- ¿Os veis reflejad@s en algunas de ellas?
- ¿En ciertos momentos, o con ciertas personas habéis llevado a cabo algunas de ellas?
- ¿Creéis que os beneficia en algo actuar de este modo, como evitar centrarte en ti mism@: tus dudas, tus errores, tus necesidades... tu vida o evitar asumir la responsabilidad del propio malestar y atribuírselas a otra persona?

Sesión 5

FICHA DE DEFINICIONES RECÍPROCAS (ADICTO-CODEPENDIENTE)

Introducción

En la presente sesión se intenta profundizar en el concepto de codependencia, como forma de dar una explicación del malestar que la mayoría de las participantes en el grupo de terapia manifiestan. Dado que con frecuencia resulta incomprensible su estilo de conducta habitual para las personas que la rodean y llegan a sentirse perdidas en la búsqueda de una explicación “coherente” sobre su estado y su acción.

Objetivo

- Facilitar la visión de la Codependencia desde distintos prismas

Actividad

- **Se leen las características definitorias que expresan habitualmente las codependientes de los adictos, tanto en entrevista individual con el terapeuta como en el grupo:**
 1. Se comporta irresponsablemente. No se ocupa de sus responsabilidades familiares, sociales, laborales...
 2. Sin mí se perdería. Si yo no estuviera a su lado su situación empeoraría, porque no sabe cuidar de sí mismo.
 3. Es muy buena persona, pero cuando bebe/ consume/juega se convierte en lo peor.

4. Tengo que cuidarle como si fuera mi hijo. Debo estar permanentemente pendiente de él.
5. Miente muchísimo, no puedes fiarte de él.

- **Y, por otro lado, se leen como definen los adictos a los codependientes:**
 1. Se creen responsables de todos los problemas de los demás.
 2. Dan consejos que nadie les pide.
 3. Se creen saber hacer las cosas mejor que nadie.
 4. Quieren adivinar las necesidades y los sentimientos de los demás.
 5. Se hacen las víctimas cuando no se les hace caso.
 6. No actúan con sinceridad (hipocresía): En muchas ocasiones dicen no, cuando desearían decir no.
 7. Se comportan como “sombras”, controlando, presionando y manipulando.
 8. Cuando todo está tranquilo ellas se ponen nerviosas.
 9. No dicen nunca lo que necesitan, quieren que se les adivine el pensamiento, si no lo haces se entristecen o enfadan.
 10. Me hace responsable de su propio bienestar.
 11. Se exige mucho y me exige a mi.

- **Cuestiones para la reflexión.**
 - ¿Qué opináis sobre estas definiciones?
 - ¿Consideráis acertadas algunas de estas afirmaciones?
 - Las que respectan a vosotr@s, las creéis acertadas? ¿os sentís identificad@s con algunas de ellas?

Sesión 6

¿QUE HAGO YO AQUÍ?

¿Necesito yo ayuda o solamente el adicto que me preocupa?

Introducción

La mayoría de personas que se encuentran en el grupo de terapia han llegado allí sin proponérselo; es decir, asistieron al centro demandando ayuda/tratamiento para el familiar con problemas adictivos, no para sí

Objetivos

- Promover la auto-evaluación del estado personal y sustituir la sobre-atención hacia el paciente, por una “auto-atención”

Actividad

Puestas en pie a un lado de la sala de terapia, se pide que se desplacen hacia el lado opuesto aquellas personas que consideren que están ahí por sí mismas (para sí) y que se queden en donde están aquellas que crean que están por el adicto (para intentar ayudarle).

Además se pide que cualquiera de las que se ha movido exprese en voz alta, al tiempo que camina, por qué ha cambiado al otro lado, y como se ha producido esa modificación. También referir las consecuencias que ello ha producido en sí misma y en el entorno familiar.

A partir de ahí, se produce una discusión sobre el tema y sugerencias sobre lo que sirve para centrarse en sí mismas.

Sesión 7

TÉCNICA RETROSPECTIVA

Introducción

En la persona codependiente es característico el vivir por y para los demás, toda su vida gira en torno al adicto y su problema, (hipe responsabilidad, locus de control externo, sobreprotección...), en un continuo esfuerzo por adaptarse a los demás (en busca de su aprobación) y especialmente al adicto. De este modo, no le resta tiempo (ni energías) para “pensarse”, concretar cómo es, cuales son sus rasgos de carácter, en que momento empezó este tipo de actitud codependiente....

Objetivos

Conocerse, auto-definirse, valorar sus rasgos y actos positivos e ir planteándose el cambio de lo que no le agrada, la definición de sus propias necesidades, sus propios límites personales

Actividad

Se plantean una serie de cuestiones sobre su pasado y su propia biografía y se da un amplio espacio para el recuerdo y la rememoración de acontecimientos.

- ¿Como eras de niñ@, y de adolescente?
- ¿Qué conservas y que has cambiado?
- ¿Qué te gustaría conservar/recuperar?

Sesión 8

FORMACIÓN DE LA AUTO-ESTIMA Y LA FORMA DE RELACIONARSE

Introducción

La auto-estima (amor hacia uno mismo) se crea, sintiéndose amado especialmente en las etapas iniciales de la vida. A partir del vínculo de apego que se establece con los adultos de apego (o cuidadores principales), así como la forma de relacionarse entre ellos, aprende a relacionarse consigo mismo e interpersonalmente

Objetivos

Analizar y entender por qué tienen baja auto-estima y de donde proviene su estilo de relación interpersonal

Actividades

Se inicia la sesión con una explicación sencilla sobre la forma en que las relaciones con los adultos de apego determinan el comportamiento interpersonal adulto, así como la influencia del aprendizaje observacional de la dinámica interactiva de los adultos.

Si el niño o adolescente siente.	Muy probablemente de adulto.
Que le refieren o le hacen sentir culpable de hacer sufrir a sus adultos de apego.	Mantenga relaciones afectivas cargadas de ansiedad y ambivalencia (Apego ansioso).
Que le han hecho responsable de la enfermedad de alguno de ellos, induciéndole la obligación de cuidarle.	Mantenga relaciones afectivas basadas en el cuidado de otro/s, compulsivamente.
Que le critican o sancionan por mostrar sus emociones, necesidades afectivas...	Afirman auto-suficiencia e independencia y falta de necesidad de vínculos afectivos.

- Se facilitan cuestiones que les haga reflexionar sobre ellas mismas y su biografía personal:
 - ¿Como te relacionabas con tus adultos de apego? ¿cómo te hacían sentir?
 - ¿Crees que tenias satisfechas sus necesidades básicas emocionales?
 - ¿Qué haces con tus hijos que no hacían contigo?

- ¿Crees que te ponían “etiquetas”?

Sesión 9
EL PUZZLE

Introducción

La idea, es que la vida personal de cualquier individuo está compuesta por numerosas facetas, que equivalen a las piezas de un puzzle y que, como consecuencia de un proceso adictivo, se hallan alteradas (no solo del adicto sino también de quien se encuentra en estrecha relación con él).

(Adaptación de sesión de grupo de Villarino, A, no publicada.)

Objetivos

- Auto-valoración personal, dedicando el tiempo necesario para la reflexión.
- Establecimiento de metas para reestructuración del puzzle.

Actividad

Se dibuja un puzzle como el siguiente y se plantean cuestiones sencillas sobre una, o varias piezas que han podido ser alteradas por el proceso adictivo, para ayudar a la reflexión y a los comentarios en grupo.

<p style="font-size: 2em; font-weight: bold;">O</p> <p>Orgánico</p>	<p style="font-size: 2em; font-weight: bold;">F</p> <p>Familiar</p>	<p style="font-size: 2em; font-weight: bold;">Sc</p> <p>Social</p>
<p style="font-size: 2em; font-weight: bold;">E</p> <p>Económico</p>	<p style="font-size: 1.5em; font-weight: bold;">Conducta adictiva</p>	<p style="font-size: 2em; font-weight: bold;">Sx</p> <p>Sexual</p>

<p style="text-align: center;">Se Sentimiento de culpa</p>	<p style="text-align: center;">A-C Auto-control</p>	<p style="text-align: center;">L Laboral</p>
---	--	---

Sesión 10

EL CUENTO DE LA CEBOLLA

Introducción

Habitualmente la persona que convive con un adicto, aprende a ocultar situaciones, disimular e incluso mentir, en un intento de proyectar una buena imagen de él, de sí misma, de la relación... Normalmente les cuesta definirse y concretar cómo son en esencia

Objetivos

- Auto-observación, auto-análisis sobre quién es y cómo se comporta.
- Centrarse en sí mismo, eliminando la sobre-atención del adicto

Actividad

- Se inicia la sesión con la narración del cuento.

“Había una vez un huerto lleno de hortalizas y árboles frutales. Daba gusto sentarse a la sombra de los árboles a contemplar aquel paisaje y escuchar el canto de los pájaros. Pero un buen día, empezaron a nacer unas cebollas especiales. Cada una tenía un color diferente: rojo, amarillo, naranja, morado...

Los colores eran deslumbrantes. Después de falsas investigaciones, resultó que cada cebolla tenía dentro, en el mismísimo corazón (porque también las cebollas tienen su corazón) una piedra preciosa. Esa tenía un topacio, la otra un rubí, la de más allá una esmeralda...

Pero por alguna incomprensible razón se empezó a decir que aquello era peligroso, inadecuado y hasta vergonzoso. Total, que las bellísimas cebollas tuvieron que empezar a esconder su piedra preciosa con capas, cada vez más oscuras y feas, para disimular como eran por dentro. Hasta que empezaron a convertirse en cebollas de lo más vulgar.

Pasó entonces por allí un sabio, que gustaba de sentarse a la sombra del huerto y que sabía tanto que entendía hasta el lenguaje de las cebollas y empezó a preguntarles:

— ¿Por qué no eres como eres por dentro?

Y ellas le iban respondiendo:

— Me obligaron a ser así

— Me fueron poniendo capas... incluso yo me las puse para que no dijeran...

Algunas cebollas tenían hasta diez capas y ya casi ni se acordaban por qué se pusieron las primeras. Y al final el sabio se echó a llorar.

Quando la gente lo vio llorando, pensó que llorar antes las cebollas era propio de las personas inteligentes. Por eso todo el mundo sigue llorando cuando una cebolla nos abre su corazón. Y así será hasta el fin del mundo”.

- Se plantean preguntas que promuevan la reflexión y la expresión de sus conclusiones
 - ¿Cuáles son las capas que llevas puestas (miedo, desconfianza, vergüenza)?
 - ¿Quién te las ha puesto o te las pone?
 - ¿Por qué las llevas?
 - ¿Qué dificultades encuentras para quitarlas?

Sesión 11

ISLA DESIERTA

Introducción

Se trata de centrarse en sí misma, tomarse un tiempo para pensar en sí misma, auto-explorarse y aprender a auto-definirse: las propias necesidades y deseos.

Objetivo

Aprender a desplazar el centro de atención puesto en los demás hacia uno mismo.

Actividad

Se plantean una serie de cuestiones para debatirlas:

- ¿Con quien te irías a un isla desierta?
- ¿Qué objetos te llevarías? ¿Por qué?
- ¿Con quien no irías jamás?
- ¿Cuánto tiempo te quedarías?
- ¿Qué te gustaría encontrar allí?
- ¿Qué motivos te harían irte?
- ¿Por qué, o en que momentos te irías?
- ¿Qué echarías de menos?

Sesión 12
FRASES AUTO-DEFINITORIAS

Introducción

Se facilitan una serie de frases incompletas para que las completen, con brevedad y con la mayor espontaneidad posible. Posteriormente, se realiza una puesta en común para promover una mayor profundización y cuestionamiento de lo respondido.

Objetivo

- Ayudar a definirse como persona.

Actividad

- Completar la siguientes frases:

Mi mayor felicidad es.....

Lo que más me gusta de mi es.....

Nunca lo paso tan mal como cuando.....

Mi mayor defecto es.....

La cualidad de la que me siento más orgullosa es.....

Mi mayor defecto es.....

Cuando miro al futuro.....

Cuando las cosas me salen bien.....

Sé que es una tontería pero tengo miedo a.....

Lo que más me gusta en el trabajo es.....

Me gusta la gente que.....

Lo que no quisiera ser es

.....

La persona que más admiro en mi vida.....

 Me gustaría que en casa.....

 Mi mayor ideal es.....

 Cuando veo las injusticias y la miseria que padecen tantas personas

 Si fuera el alcalde de mi pueblo, trataría de.....

 Yo creo que soy.....

- Se utilizan las respuestas del familiar para hacerle preguntas que ayuden a profundizar.

<h2 style="margin: 0;">Sesión 13</h2> <h3 style="margin: 0;">DINÁMICA DEL BAZAR MÁGICO</h3>

Introducción

Habitualmente en su vida cotidiana no disponen de tiempo y/o condiciones para centrarse en sí misma. Se trata, con esta sesión, de promover la reflexión sobre sí mismas, analizar y concretar cómo son y que hacen para definir qué le impide encontrarse mejor (lo que les falta o lo que les sobra).

Objetivos

- Profundizar en su auto-conocimiento.
- Introducir la idea de modificación actitudinal y comportamental.

Actividad

Se relata la siguiente situación: Vais a imaginar que habéis llegado a un bazar mágico en el que no se puede comprar ni vender nada, pero si pueden efectuarse trueques.

Podéis dejar tres “cosas” (características personales, circunstancias, ideas..) que queráis dejar atrás, deshaceros de ellas.

Y podéis coger otras tres que necesitéis para lograr vuestros objetivos y deseos, para haceros sentir bien.

* Se trata de que compartan en voz alta lo que cada una coge y deja, sus motivaciones, intereses

Sesión 14

MI ENTORNO INTERPERSONAL

Introducción

La forma de relacionarse con el entorno del codependiente es peculiar: se siente responsable de los demás, no solo con el adicto; se siente atraído/a por personas con problemas, que hace suyos (de su responsabilidad) con una necesidad imperiosa de agradar (necesidad de aprobación). Ello no favorece ni la favorable evolución del adicto ni la suya propia.

Objetivos

- Tomar conciencia del estilo de interacción interpersonal y del mantenimiento de relaciones interpersonales desequilibradas.
- Reestructuración de las pautas de interacción.

Actividad

Se trata de explicar en que consiste una relación “equilibrada”, en la que no se trasgreden los límites y el espacio personal. Que comporta un equilibrio entre el dar y el recibir, con posiciones más igualitarias entre los miembros de la misma. Que, a la larga, no son satisfactorias aquellas relaciones que se basan en resolver los problemas y necesidades de los demás.

- Cuestiones para reflexionar sobre el propio entorno interpersonal:
 - Personas con las que más me relaciono
 - ¿Cómo me relaciono? Pautas reiterativas de interacción
 - ¿Son mis relaciones equilibradas? ¿Doy igual que recibo?

Sesión 15

EL DESAPEGO

Introducción

La actitud de APEGO se basa en el exceso de preocupación por los problemas de otra persona, por su recuperación, obsesión por el control de su vida y la necesidad de acceso continuo.

El DESAPEGO no se refiere a un alejamiento frío y hostil de la persona, ni a una aceptación resignada de sus problemas, ni tampoco a cortar de forma tajante la relación que se mantiene con la misma.

Objetivos

- Que el familiar sea consciente y ponga en práctica estrategias para conseguir cierto grado de desapego del adicto.

Actividad

- Exposición Teórica.

El Desapego significa apartarse de la persona (adicto) y de sus problemas, dejándole libre para:

- Afrontar sus responsabilidades
 - Que sea como quiere ser
 - Que crezca como persona
 - Ello se basa en 3 ideas claves:
 - Cada uno es responsable de sí mismo
 - No podemos resolver los problemas que no nos corresponden
 - Es necesario aprender a amar sin “volverse loco”
- Cuestiones para debatir:
 - ¿Qué piensas acerca de la actitud de apego?
 - ¿Te sientes identificada con algo de lo explicado?
 - ¿Qué piensas del desapego? ¿Creéis que sería adecuado para ti?

Sesión 16

LOS LÍMITES INTERPERSONALES

Introducción

Los límites se refieren a la distancia emocional interpersonal, al respeto del espacio personal del otro y la defensa del propio. Algo muy costoso en las personas codependientes que suelen relacionarse inmiscuyéndose en la vida de los otros en su afán y deseo de ayuda, y permitiendo la invasión del propio espacio personal.

Objetivos

- Aprender a no invadir los límites personales ni permitir que invadan los propios.

Actividad

Explicación sobre los límites personales: físicos (decidir en cada momento, sobre el uso de mi cuerpo, espacio, objetos...), mentales y emocionales (no permitir me impongan las ideas, como debo actuar, que yo cambie de opinión, que los demás cambien mi estado de ánimo...), sexuales (mantener relaciones sexuales cuando me apetezca y con quien me apetezca, basadas en el afecto y el respeto..)

Cuestiones para promover la reflexión y el cambio de actitud:

- ¿En qué momentos has sentido que no tenías límites?
- ¿Qué tipo de límites te resulta más fácil y más difícil de establecer y mantener?
- ¿Cuales de ellos te gustaría aprender a mantener?

Sesión 17

ASERTIVIDAD I

Introducción

La necesidad de adquirir una conducta asertiva es evidente en cualquier persona, pero en la codependiente, cuyo hábito es el no defender su posición, por agradar al otro, o silenciar sus emociones, para “explotar” cuando se encuentra desbordada, se hace imprescindible.

Objetivos

- Aprendizaje de qué es Asertividad.

Actividad

Explicación sobre la conducta asertiva, los tres típicos estilos de conducta y los derechos asertivos: Básicamente conducta asertiva consiste en expresar los pensamientos y emociones, así como la defensa de los propios derechos (no permitir que invadan tus derechos, sin invadir los ajenos).

Los tres estilos básicos de conducta interpersonal son:

- **Estilo agresivo:** caracterizado por actitudes que pueden no respetar los derechos ajenos (pelea, acusación, amenaza...), no se tienen en cuenta sus sentimientos. La

ventaja de éste es que nadie pisa los derechos de esta persona pero tampoco desean tenerla cerca.

- **Estilo pasivo:** Es el de las personas que permite que los demás las pisen, cuando no defiende sus intereses y cuando hace todo lo que dicen sin importar lo que piense o sienta al respecto. La ventaja es que raramente recibe un rechazo directo por parte de los demás, la desventaja es que los demás se aprovechan de uno y se acaba por acumular una pesada carga de resentimiento e irritación.
- **Estilo Asertivo:** Las personas con este estilo defienden sus propios intereses, expresan sus opiniones libremente y no permite que los demás se aprovechen de ellas. Al mismo tiempo, son consideradas con la forma de pensar y de sentir de los demás.
- Cuestiones para la reflexión y motivación para el cambio:
 - Que pensáis sobre esto.
 - ¿Consideráis que es sencillo llevar a cabo la conducta asertiva?
 - ¿Con cual de los estilos os sentís más identificadas?
 - Práctica: Cada una expondrá un ejemplo de su vida cotidiana, en la que se hace uso de una conducta no asertiva y la compañera (o entre todas) la transforma en asertiva.

Sesión 18

ASERTIVIDAD II

Introducción

Se continúa con la psicoeducación sobre el concepto.

Objetivos

- Conocer y reflexionar sobre los derechos Asertivos.

Actividad

Explicación sobre la **persona asertiva:**

- a) Sabe decir no, o mostrar su postura ante algo.
 - Manifiesta su propia postura ante un tema, petición demanda.
 - Expresa un razonamiento para explicar/justificar su postura, sentimientos o petición.
 - Expresa comprensión hacia las posturas, sentimientos o demandas del otro.

- b) Sabe pedir favores y reaccionar ante un ataque.
- Expresa la presencia de un problema que le parezca debe ser modificado (cuando lo haya).
 - Sabe pedir cuando es necesario
 - Pide clarificaciones si hay algo que no tiene claro
- c) Sabe expresar sentimientos
- Expresa gratitud, afecto, admiración ...
 - Expresa insatisfacción, dolor, desconcierto...

¿Defiende sus derechos básicos?

(Se entrega una copia a cada uno de los componentes del grupo)

- **Tabla de derechos asertivos**

- El derecho a ser tratado con respeto y dignidad
- El derecho a ser escuchado y tomado en serio
- El derecho a juzgar mis necesidades, establecer mis prioridades y tomar mis propias decisiones
- El derecho a decir NO sin sentir culpa
- El derecho a pedir lo que quiero, dándome cuenta de que también mi interlocutor tiene derecho a decir NO
- El derecho a cambiar
- El derecho a cometer errores
- El derecho a pedir información y ser informado
- El derecho a obtener aquello por lo que pagué
- El derecho a decidir no ser asertivo
- El derecho a ser independiente
- El derecho a decidir qué hacer con mis propiedades, cuerpo, tiempo, etc., mientras no se violen los derechos de otras personas
- El derecho a tener éxito
- El derecho a gozar y disfrutar
- El derecho a mi descanso, aislamiento, siendo asertivo
- El derecho a superarme, aun superando a los demás
- JAKUBWSKI: “Si sacrificamos nuestros derechos con frecuencia, estamos enseñando a los demás a aprovecharse de nosotros”

- Cuestiones:
 - ¿Cuál considerarías más complicado de defender?
 - ¿Cómo se os ocurre que podría defender y mantener?
 - ¿Qué tendríais que hacer, cambiar... para poder efectuar esta defensa?

Sesión 19

ASERTIVIDAD III. APRENDO A COMUNICARME

Introducción

Continuación con el tema de la conducta asertiva.

Objetivo

- Aprendizaje de la actuación asertiva.

Actividad

Instrucciones/recomendaciones para llevar a cabo un comportamiento asertivo:

- 1º) Concretar que es lo que te hace sentir mal. Cual es la situación a cambiar.
- 2º) Elegir el momento adecuado para llevar a cabo la conversación. También el lugar y el ambiente.
- 3º) Utilizar “mensajes-yo”:
 - a) Describir el comportamiento o situación objetivamente
 - b) Expresar el sentimiento/emociones que ello te provoca
 - c) Describir las consecuencias o efectos que eso tiene sobre ti, de forma concreta.
 - d) A veces, además se puede añadir una petición de cambio de conducta o de ejecución de una nueva

Además se exponen otras técnicas, seguidas de ejemplos

a. Disco roto

Consiste en repetir el propio punto de vista con tranquilidad, sin dejarse ganar por aspectos irrelevantes.

b. Banco de niebla

Se trata de hacer ver que se está “claudicando” (cediendo el terreno) sin hacerlo realmente, mostrándose de acuerdo con el argumento de la otra persona, sin cambiar de postura.

c. Aplazamiento asertivo

Aplace la respuesta a la afirmación que intenta desafiarle hasta que se sienta tranquilo y capaz de responder a ella apropiadamente.

d. Ironía asertiva

Se trata de responder positivamente a la crítica hostil (con una sonrisa o un “gracias”).

e. Procesar el cambio

Desplazar el foco de la discusión hacia el análisis de lo que ocurre entre su interlocutor y usted, dejando aparte el tema de la misma (Ej: Nos estamos saliendo de la cuestión. Me parece que estás enfadado).

f. Ignorar

Obviar la razón por la que su interlocutor parece estar enfadado y aplace la discusión hasta que éste se haya calmado.

g. Acuerdo asertivo

Responder a la crítica admitiendo que ha cometido un error, pero separándolo del hecho de ser una buena o mala persona.

h. Pregunta asertiva

Consiste en incitar a la crítica para obtener información que podrá usar en su argumentación (Ej: Entiendo que te molestases en la reunión, pero ¿qué te sentó realmente mal?

Animar a poner ejemplos personales de su vida cotidiana, para intentar darles “forma asertiva” en la sesión.

Sesión 20

MIS RESPONSABILIDADES CONMIGO MISMO, MIS RESPONSABILIDADES CON LOS DEMAS

Introducción

A pesar de que, en apariencia, la mayoría de personas codependientes aparentan ser excesivamente responsables, en realidad no es así, puesto que la mayor responsabilidad de la persona que cuidar de sí misma, algo que suele olvidar con excesiva frecuencia,

por ocuparse de las responsabilidades de otros (especialmente del “irresponsable” del que se hace cargo).

Objetivos

- Eliminar el hábito de responsabilizarse de los demás para volcarse en sí misma.

Actividad

Explicación sobre la necesidad de que cada persona se responsabilice de sí misma, de cubrir sus propias necesidades, de cambiar aquello que desee cambiar. Basado en la idea de que no puede ayudar a quien no quiere y que el responsabilizarse de los otros resta energías para dedicárselas a sí misma.

- Cuestiones:
 - ¿Te consideras responsable?
 - ¿Crees que te responsabilizas igual de los demás que de ti?
 - ¿Crees que asumes responsabilidades que en realidad no te corresponden?
 - ¿Qué ventajas obtienes?
 - ¿Qué sucedería si dejas de responsabilizarte de lo que no te compete?

Sesión 21

AUTO-ESTIMA Y AUTO-CONCEPTO

Introducción

Puesto que la afectación a nivel de auto-estima en la codependencia es evidente, será necesario dedicar algunas sesiones monográficas o, incluso, entenderlo como un tema a tratar de forma “transversal” a lo largo de diferentes sesiones; es decir, introducir alguna dinámica breve para el refuerzo de la auto-estima en sesiones en que se abordan otros aspectos.

Objetivos

- Conocer que es auto-estima y auto-concepto
- Consecución de un nivel adecuado de respeto y aprecio a sí mismas

Actividad

Iniciar la sesión con preguntas acerca de qué entienden por auto-estima a modo de brainstorming. Si creen que es algo que puede aprenderse o por el contrario es

innato e inmodificable, si consideran que depende de circunstancias externas o de la propia persona.

- Explicación sobre:
 - Auto-concepto: Conocimiento sobre nosotros mismos, sobre quien soy yo. Cuales son mis cualidades y defectos, mis habilidades, mis rasgos de carácter y mis esquemas básicos. Es la idea racional que tenemos de nosotros mismos.
 - Auto-estima: Valoración que nos hacemos de nosotros mismos y se basa en los pensamientos, sentimientos, sensaciones y experiencias que hemos ido recopilando a lo largo de la vida, así como en la medida en que vamos logrando nuestras metas, nuestros ideales.
- Se caracteriza por ser autónoma, si depende de los demás, será baja, también si depende de logros materiales, del aspecto...

* No tienen por qué estar alterados ambos a la vez.

Además es la capacidad de amarse a sí mismo sin condiciones, por encima de características, circunstancias y logros. El camino más recto para llegar al desamor es pretender acercarse a la perfección, ya que es un concepto subjetivo y exterior.

- Cuestiones para la reflexión y discusión grupal:
 - Enumerar facultades, habilidades, características y cualidades peculiares vuestras.
 - Qué concepto tenéis de vosotr@s mism@s?
 - Tenéis igual auto-concepto que auto-estima?

Sesión 22

AUTO-ESTIMA

Introducción

Continúa el trabajo con la auto-valoración

Objetivos

- Consecución de un nivel adecuado de respeto y aprecio a sí mismas
- Adquisición de habilidades para incrementar la A-E

Actividad

Distinción entre:

- Persona con buena auto-estima:
 - a) Se respeta a sí misma.
 - b) Acepta sus cualidades y defectos como parte de su unicidad como ser humano.
 - c) No cae en comparaciones vejatorias.
 - d) Se siente segura.
 - e) Es tolerante consigo misma y con los demás.

- La persona con baja auto-estima, presenta:
 - Una relación negativa consigo mismo. No reconoce sus cualidades.
 - Desatención de sus intereses.
 - Falta de cariño hacia sí mismo.
 - Auto-desprecio manifiesto. Suele recurrir a la auto-crítica.
 - Estado de ánimo básico. Tristeza, insatisfacción, ansia de la pareja por sensación de desvalimiento emocional personal, nerviosismo continuo...
 - Insiste en buscar fuera de sí la fuente de sentimientos positivos, sin embargo, no obtiene lo que desea porque realmente no sabe lo que significa ser querido.
 - Suele responder a los halagos con mecanismos de autodefensa: Susplicacia, Desviación, Justificación, Incredulidad, Desvirtualización.

- Recomendaciones:
 - A. Acabar con la auto-crítica:**
 1. Detectar los pensamientos auto-degradantes que, por ser automáticos, son difíciles de identificar, por lo que se puede seguir el proceso de pensamiento-emoción. Cuando tenga un sentimiento negativo: Puede preguntarse: ¿Cuándo empecé a sentirme así? Y ¿Qué estaba pensando en ese momento?
 2. Asociar cada auto-crítica con su correspondiente pensamiento distorsionado, así puede comprobarse que son irracionales, producto de una interpretación distorsionada
 3. Racionalizar los pensamientos de auto-crítica, reemplazándolos por otros objetivos y realistas

Ello puede hacerse mediante la técnica de la triple columna.

B. Intentar mejorarla, procurando:

1. **Quererse:** Hacer las cosas que te gustan (practicar alguna afición, darse un capricho, salir con personas queridas, dedicarse tiempo..), hablarse en positivo y librándose de la crítica injusta.
2. **Defender los propios derechos:** Fijándose en las propias reacciones y sentimientos, ya que ello permite saber qué nos hacer sentir mal y, en consecuencia, trabajar para ponerle fin.
3. **Cuidarse:** Comiendo de manera sana y equilibrada, practicando ejercicio, poniéndose la ropa que le gusta, una buena higiene, descansando el número suficiente de horas...
4. **Perdonarse los errores:** Cuando tenemos sentimientos de culpa, recordar que somos seres humanos, por lo que es normal equivocarse.
5. **Conocerse:** Dedicar tiempo para pensar en cómo somos (los aspectos positivos y los mejorables), en lo que nos gusta y lo que no, en mis puntos fuertes y en los débiles.
6. **Aceptarse y potenciar los propios valores:** Trabajar consigo mismo, liberándose de la auto-crítica que no conduce a nada.
7. **Valorarse:** Se trata de fijarse y confiar más en las propias virtudes, haciendo que no pasen desapercibidas.

*** Entrega de la ficha “Cosas que puedes hacer para mejorar tu auto-estima:**

- ☛ Perdonarse cuando se comete un error. Mirar el lado bueno de los errores y de las situaciones malas.
- ☛ Centrar la atención en tus aspectos positivos.
- ☛ Aprender a decir NO.
- ☛ No hacer caso de las críticas destructivas. Recibe las críticas con una sonrisa.
- ☛ Pensar que los demás son iguales que tú.
- ☛ Reservar un tiempo exclusivo para ti a diario.
- ☛ Ser comprensiva cuando los demás actúen de forma diferente.
- ☛ No te compares con nadie.
- ☛ No cambiar por agradar a la gente.
- ☛ Mirar por tu salud.
- ☛ Aceptar bien los elogios.
- ☛ Pensar que cubrir tus necesidades es lo principal.

☛ Perdonar, olvidar.

- ☛ Defender tus derechos.
 - ☛ Pensar y hablar solamente bien de los demás.
- * Promover la discusión grupal sobre la opinión que tienen cada una y compartir objetivos y metas (como tareas para casa) para procurar la elevación de la A-E.
- * A continuación se exponen dos dinámicas de grupo con el mismo objetivo de favorecer el desarrollo de una sana auto-estima. No se concretan en sesiones porque pueden usarse en combinación con otros aspectos o constituyendo una sesión cada una por separado.

EJERCICIOS PARA GRUPO (Del libro “*Mujeres maltratadas por su pareja*”):

1. Dinámica de la Caja Cariñosa: Se le pide a cada una que escriba su nombre en un papel que después doblan e introducen en una caja. Posteriormente, se remueve y se ofrece la caja a cada una de las participantes para que escriban debajo del nombre cualidades positivas (físicas, psíquicas, conductuales...) que hayan observado en su compañera.

Se puede repetir el proceso de volver a introducir, coger y escribir en el papel lo que considere cada una.

Al final cada una lee el suyo, comentando lo que piensan y sienten.

Se pretende una doble finalidad:

- Fomentar la cohesión del grupo.
- Facilitar la expresión de sentimientos y pensamientos positivos.
- Contribuir a la obtención de una buena auto-imagen.

2. Dinámica de la mirada positiva: Consiste en escribir en una pizarra diversas etiquetas con cualidades positivas. A las integrantes del grupo se les indica lo siguiente:

Se trata de que se imaginen poniéndose unas “gafas” para ver con optimismo, con las que elegir varias de las etiquetas siguientes que crean que las definen. Además puede añadir alguna que no esté porque en la vida real no se llevan estas gafas.

CARIÑOSA	AMABLE	COMPETENTE	CONSTANTE
TRABAJADORA	ACTIVA	DIVERTIDA	SE ESCUCHAR
BUENA MADRE	BUENA HIJA	BUENA AMIGA	B. COMPAÑERA
LUCHADORA	SINCERA	FUERTE	INTELIGENTE

Se discute en grupo las dificultades que han podido encontrar para auto-definirse, relacionado con el auto-concepto y, más indirectamente, con la AE.

Sesión 23

LAS EMOCIONES

Introducción

Habitualmente se aprecia una fuerte tendencia a ocultar/inhibir las emociones, especialmente las negativas (por problemas de asertividad, por la necesidad de aprobación, por pensar más en los demás...) y más aún las que emergen en el seno de una relación con una persona adicta. Ello conlleva un profundo malestar y hasta un déficit en la definición/concreción del sentimiento que tal situación, conducta o experiencia provoca.

Por todo, es necesario abordar su mundo emocional.

Objetivos

- Conocer que son las emociones.
- Iniciar la detección y definición de las propias.
- Concienciación sobre la necesidad de su expresión como medio de auto-regulación emocional y bienestar personal.

Actividad

Explicación del concepto con introducción de ejemplos y cuestiones que promuevan la reflexión, expresión de dudas y dificultades para la identificación y expresión de los propios sentimientos.

Explicación:

Las emociones son respuestas que tienen relación con los pensamientos, sentimientos y experiencias. Hay aspectos de las emociones que son fácilmente observables: Acciones (postura corporal, expresión facial...), Reacciones fisiológicas (sudar, ruborizarse...) y los comentarios de los demás (te quiero, te odio...). Otras reacciones no son tan observables (latidos del corazón). Todos estos aspectos pueden orientar a los demás y a nosotros mismos sobre lo que estamos sintiendo.

Todo lo anterior repercute en el propio comportamiento y en las relaciones interpersonales que se mantienen.

En cuanto a la expresión emocional hay que recordar que existen momentos en los que es importante decir a los demás lo que se siente. Si te sientes mal y no lo expresas, el dolor se va acumulando y puedes terminar diciéndolo de una forma brusca y/o dañina.

- ¿Qué pensáis de todo esto?

- ¿Creéis sencillo detectar y definir las emociones que sentís?

A continuación se establece la distinción entre emociones primarias y secundarias:

- **Primarias:** Son respuestas simples, no aprendidas, fundamentales para el funcionamiento humano (relacionadas con la supervivencia). Ej: Cuando oímos una explosión, nos agachamos o escapamos (es una reacción primaria para protegernos de la amenaza percibida).

Básicamente son 6 las reacciones primarias: alegría, tristeza, miedo, sorpresa, asco y enfado.

- **Secundarias:** Son respuestas complejas, aprendidas que se aprenden del entorno más próximo. No están relacionadas con una respuesta adaptativa, sino que surgen a partir de pensamientos automáticos. Juicios o suposiciones.

Algunos ejemplos:

- Estar enfadados por estar tristes.
- Estar avergonzado por haber sentido miedo.
- Sentirse culpable por disfrutar.

Estas son las que nos descontrolan normalmente y suelen durar mucho más debido a que están asociadas a pensamientos negativos.

Muchas personas intentan hacer frente a las emociones secundarias con conductas impulsivas. Pueden gritar o pegar a aquellos con quien están enfadados o hacerse daño a sí mismo (tomando drogas, comiendo compulsivamente...), lo que supone una “solución”, a corto plazo, pero después generan un sentimiento aún peor.

El problema de las emociones secundarias es que no ayudan a adaptarse a la situación, sino que la empeoran.

- ¿Qué piensas sobre todo esto? ¿Crees que has tenido alguna vez emociones secundarias?
- ¿Qué emociones son más difíciles de expresar?
- ¿Cómo expresas tu enfado, tu ira?

La transitoriedad de las emociones

Las emociones varían en duración e intensidad (entre personas y entre situaciones).

Lo que sucede a muchas personas que son especialmente sensibles, es que sienten las emociones de forma más intensa y tardan más en desaparecer.

En estas situaciones favorece recordar que las emociones son transitorias, si en el momento de mayor intensidad de la emoción eres capaz de pensar: “esto pasará”,

seguramente te des tiempo a reflexionar e impedir actuar “arrastrado” por tus impulsos, obteniendo mayor margen de actuación, observando la situación desde otra perspectiva.

Sesión 24

FICHA DEL AMOR

(Del libro “Mujeres maltratadas por su pareja”)

Introducción

Una de las definiciones de amor abarca el conjunto de sentimientos positivos hacia otra persona. Pero puede darse el caso de que esos sentimientos no sean compartidos por los dos miembros de la pareja, encontrándose la persona ante un amor no correspondido. Se presenta lo que sería una relación de amor equilibrada y constructiva para los dos miembros.

Objetivo

- Facilitar al familiar estrategias para que pueda evaluar la relación amorosa.

Actividad

- Exposición teórica. Para que una relación de pareja funcione es aconsejable que existan, al menos los siguientes componentes:
 - LEALTAD.
 - COMPROMISO.
 - INTIMIDAD.
 - ESPACIO COMUN y ESPACIO INDIVIDUAL (respetado por el otro, fomentando así su crecimiento personal).
 - APOYO MUTUO.
 - COMUNICACIÓN.
 - RELACIONES AFECTIVO-SEXUALES.

La persona involucrada en una relación de pareja debe percibir que son muchos y mejores los buenos momentos que se producen en su relación que los malos. Que su relación le hace crecer como persona, no limitarla, reducirla.

Por tanto, si deseamos tener una buena relación de pareja es aconsejable que:

- Que no exista una relación de poder sino de igualdad.

- Que la otra persona no nos invada nuestro espacio personal, respetando aquellas cosas que me gustan y favoreciendo mi “crecimiento”.
 - Que los beneficios son más y mayores que los inconvenientes.
 - Que exista escucha activa.
 - Que no sea un amor enfermizo (celos, sumisión, necesidad, dependencia...) sino correspondido.
 - Que se comparta tanto lo bueno como lo malo.
- **Cuestiones para debatir:**
- ¿Qué opinión tienes sobre esto?
 - ¿Qué elementos consideras más importantes/necesarios?
 - ¿Cómo es tu relación?

Sesión 25

FICHA DE LA SOLEDAD

(Del libro “Mujeres maltratadas por su pareja”)

Introducción

Se introduce el tema de la Soledad. Se plantea el tema en cuanto a sus aspectos positivos y negativos. Se pretende promover que lleguen a las conclusiones que se plantean al final de la sesión (o se lee para todas) de forma inductiva.

Objetivo

- Promover reflexión sobre la soledad y destacar los aspectos positivos de la misma.

Actividad

- Se plantean una serie de preguntas:
 - ¿Qué es la soledad?
 - ¿Significa lo mismo estar que sentirse sol@?
 - ¿Qué ventajas creen que tiene el estar sol@?
 - ¿Puedes enumerar varias actividades que puedes realizar sol@ y que no has hecho hasta ahora?
- Exposición Teórica: Hay dos tipos de soledad: la emocional y la social.

- ¿Es lo mismo estar que sentirse sol@? No; estar sola significa no tener a nadie con quien hacer las cosas, con quien comunicarse o, simplemente, con quien

pasar el tiempo. Sin embargo, podemos estar rodeados de muchas personas pero sentirnos solas; esto puede ser por falta de cercanía, confianza e intimidad.

- La experiencia de la soledad es desagradable y puede generar sentimientos de tristeza, de abandono e inutilidad. Pero la soledad no se caracteriza solo por la ausencia de relaciones sociales sino por su calidad y las necesidades que satisfacen.
- Durante nuestra vida podemos experimentar soledades transitorias, por ejemplo, al terminar una relación amorosa, tras una pelea con un ser querido, etc. Y debido a la socialización recibida experimentamos un gran malestar porque a las mujeres se nos ha enseñado a ser “para los/as otros/as”, para cuidarlos, quererlos, protegerlos... anteponiendo sus necesidades a las propias. Muchas veces, en el caso de las mujeres, se habla de “estar sola” porque no tienen pareja, hijos.. Pero no tenerlos o no contar con su apoyo no tiene por qué generarnos soledad, ya que podemos relacionarnos con otras personas, tanto para compartir con ellas nuestras emociones, problemas, inquietudes.. como para realizar actividades que preferimos no hacer solas.
- Aspectos positivos de la soledad
Por lo tanto, es fundamental que comprendamos que el estar sin pareja, sin hijos, sin determinados familiares con los que no tenemos buenas relaciones puede ser algo positivo, es decir, una circunstancia que nos permite.
 - Dedicar todo el tiempo que queramos a hacer todas las cosas que nos gustan.
 - Pensar más en nosotr@s mism@s.
 - Ser más independientes.
 - Librarnos de hacer muchas cosas “por obligación”.

Sesión 26

EL AUTO-CONTROL

Introducción

En muchas ocasiones, sobre todo en aquellas generadoras de tensión emocional y estrés, las personas perdemos la capacidad de controlar nuestras propias conductas y, movidos por las emociones, reaccionamos de forma poco racional o tan rápida o mecánicamente, por el hábito adquirido de una dinámica interactiva disfuncional, que nos sentimos sin auto-control.

Las personas tienen la capacidad de auto-controlar sus conductas y pensamientos aunque ésta está mediatizada por la situación personal y las experiencias que emergen en su vida cotidiana.

Objetivo

- Mejorar el autocontrol personal

Actividad

Se define el Auto-control como la capacidad de controlar y modular los propios comportamientos, actitudes y conductas. A lo largo del proceso de adicción, suele producirse un deterioro en ésta, por ello es necesario analizarse y emprender las acciones necesarias para recobrarla.

- Cuestiones para promover la discusión grupal:
 - En vuestras vidas cotidianas existen situaciones que os hagan sentir sin el suficiente auto-control?
 - Existen personas que facilitan la pérdida de vuestro auto-control emocional?
 - Os resulta sencillo recuperarlo, mantenerlo?
- Recomendaciones que pueden servir:
 - Intenta no reaccionar, es decir, actuar de forma impulsiva, sin reflexión.
 - Dáte un tiempo para responder.
 - Intenta no “engancharte” en los juegos de poder.
 - No es necesario tomar todos los hechos y personas como parte de tu propia responsabilidad.
 - No intentes controlar algo que no puedes. La vida misma.
 - Intenta no adoptar el rol de víctima: sé consciente de que eres libre y sabes tomar decisiones.

- Pon límites interpersonales y mantenlos.

Sesión 27

MECANISMOS DE DEFENSA

Introducción

La intervención por el mundo cognitivo de la persona codependiente debe incluir la comprensión de los mecanismos de defensa y su comprensión sobre el escaso beneficio emocional que, a largo plazo, su uso reporta.

Objetivos

- Explorar la existencia de mecanismos de defensa.
- Eliminación de los M.D. mediante el control activo y consciente de los M.D.

Actividad

Primero se expone una breve exposición sobre lo que son los M.D.: “como procesos inconscientes que lleva a la persona a actuar de forma que se huya o evite el sufrimiento (minimizar las consecuencias de un evento tan intensamente negativo que le impide su funcionamiento vital “normal”).

Algunos de ellos es frecuente encontrarlos en personas que conviven con un adicto:

- Negación: Ignorar aspectos evidentes de la realidad, puesto que reconocerlo conlleva malestar y sufrimiento (Ej: Que realmente exista un problema adictivo, que me responsabilizo más de lo que corresponde, que me entrego demasiado negándome a mi misma..)
- Proyección: Atribuir la causa de los problemas a los demás (Ej: la culpa de que yo no me sienta bien es del alcohol, de los problemas del adicto..)
- Evitación: Intentar comportarse de forma que no se aborde el problema o situación que provoca malestar (Ej: El no hablar de los comportamientos que perjudican el propio bienestar, el no pararse a observar la situación de pareja y familiar y sus conflictos...)
- Racionalización: Sustituir una razón real no aceptable, por otra que resulte aceptable (Ej: No romper una relación de pareja “dañina”/patológica, por los niños, mantener actitud de sumisión y entrega excesiva porque así el adicto no se altera y evoluciona mejor..)
- Cuestiones para la reflexión:
 - ¿Qué pensáis a cerca de los M.D.?
 - ¿Consideráis que algún momento habéis hecho uso de ellos?

- ¿Qué podría suceder si dejáis de usarlos?

Sesión 28

SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Introducción

Se inicia la sesión con la explicación de que en ocasiones, y especialmente en momentos complicados emocionalmente, las personas pueden quedarse “estancadas” ante problemas cotidianos sin lograr una solución, convirtiéndose en una fuente de estrés y malestar emocional.

El entrenamiento en S.P., consiste en el aprendizaje de un método sistemático para analizar y evaluar las posibles opciones, ofreciendo un modo de entender la situación problemática que excluya la ansiedad y el estrés innecesarios y previniendo el “estancamiento”

Objetivo

- Aprender a actuar de forma más eficaz ante los problemas y dificultades de la vida, ya sea en relación con otras personas o con circunstancias y/o situaciones.

Actividad

- Cómo no se resuelve un problema:
 - Negando su existencia
 - Haciéndose la víctima y no haciendo nada para resolverlo. Hablar de él, sin hacer nada más
 - Buscando culpables, desplazando así la responsabilidad
 - Actuando impulsivamente sin pensar en las consecuencias
 - Adoptando una actitud negativa, pesimista
 - Dejarse llevar por el nerviosismo y la ansiedad
 - Centrarse exclusivamente en él, olvidándose de que en la vida existen otras cosas aparte del problema
- Cómo SÍ se resuelve un problema. Técnica de resolución de Problemas.
 1. Ante la aparición de un problema, que se convierte en fuente de estrés, es necesario contar con una buena disposición personal, que se consigue, mediante:
 2. La realización de actividades placenteras

3. Analizar si se están teniendo pensamientos inadecuados sobre los problemas o uno mismo (perfeccionismo, necesidad de aprobación...)

4. Definir el problema

- a) ¿Quién tiene el problema?
- b) ¿En qué consiste?
- c) ¿Por qué es un problema para mi?
- d) ¿A qué áreas de mi vida afecta?
- e) ¿A qué otras personas?
- f) ¿Desde cuando tengo este problema?

5. Buscar opciones. Se trata de realizar un largo listado de posibles soluciones, sin razonar. Si no se ocurren muchas, se pueden combinar las diferentes opciones dadas, recordar cómo lo solucionó en el pasado o imaginar cómo lo resolvería otra persona.

6. Valorar y Decidir: Para cada una de las alternativas, se crea una tabla de dos columnas con VENTAJAS/ DESVENTAJAS.

Finalmente se define una decisión.

7. Aplicar y revisar. Debe especificarse un plan de acción práctico, definiendo:

- Qué hacer
- Cómo
- Cuándo
- Intervención de otra/s persona/s
- Práctica

Si se atiende a un posible auto-diálogo interno, podrían definirse varias etapas:

- 1. ¿Qué me preocupa?..... Identificación del problema
- 2. ¿Qué quiero lograr?..... Selección de objetivos
- 3. ¿Qué puedo hacer?..... Búsqueda y elaboración de alternativas
- 4. ¿Qué podría ocurrir?..... Consideración de las consecuencias
- 5. ¿Qué debo decidir?..... Toma de decisiones
- 6. Voy a llevarlo a la práctica..... Puesta en práctica
- 7. ¿Cuáles son resultados?..... Evaluación

• Ejercicio Práctico: Soluciona el siguiente problema completando los pasos:

“Carmen ha comprado un coche de segunda mano y desde que lo adquirió no ha

dejado de estropearse. Está muy indignada porque la propietaria anterior le había dicho

que estaba en perfecto estado. Carmen ha tratado de ponerse en contacto con ella, pero ésta nunca responde a las llamadas.

1. Identificación del problema.
2. Selección de objetivos.
3. Alternativas o soluciones posibles.
4. Consideración de las consecuencias.
5. Toma de decisión.
6. Planificación para la puesta en marcha de la/s decisión/es tomada/s.
7. Evaluación.

Sesión 29

PENSAMIENTOS DISTORSIONADOS

(Adaptado del libro: “Mujeres maltratadas por su pareja”)

Introducción

Dada la influencia sobre el comportamiento, así como sobre el estado emocional y la auto-estima, de los pensamientos y creencias, se considera necesario reflexionar sobre todo sobre aquellos considerados distorsionados para intentar aprender a evitarlos o eliminarlos.

Objetivos

- Asimilación del concepto de Pensamiento distorsionado.
- Detectar pensamientos distorsionados y aprender a refutarlos y sustituirlos por otros alternativos racionales.

Actividad

Explicar de forma sencilla qué son y los diferentes pensamientos distorsionados (fichas informativas), con ejemplos, invitando a las participantes del grupo a proponer los que consideren.

Posteriormente se expone como debatir los pensamientos distorsionados, a través de alguno de los siguientes análisis (Este apartado puede desarrollarse en esta sesión o, de lo contrario, usarlo para la siguiente, como continuación del trabajo cognitivo. Se

pide que traigan ejemplos de casa de diferentes pensamientos distorsionados para debatirlos):

- Análisis racional: identificar los errores de pensamiento y cambiarlo por otro más racional.
- Análisis de utilidad: Preguntarse qué ventajas e inconvenientes conlleva el mantener ese pensamiento
- Análisis de validez: Plantearse si es realista o razonable, buscando pruebas de la propia experiencia.
- Análisis de otros puntos de referencia: Se trata de usar a los demás como punto de referencia, situándonos en puntos de vista diferentes, para ver mayor objetividad la coherencia o incoherencia del propio punto de vista.

Ficha de los Pensamientos Distorsionados

(Extraído del libro “Mujeres maltratadas por su pareja”)

¿QUÉ ES?

Se trata de hábitos inadecuados de pensamiento de que utilizamos para interpretar la realidad y que generan sentimientos negativos e intensos tales como culpabilidad, nerviosismo, tristeza...

¿CÓMO SON?

- Son mensajes específicos, es decir, se suelen referir a algo concreto y cada persona tiene los suyos propios
- Pueden aparecer en forma de mensajes cortos (“Soy un desastre”, “No valgo nada...”), imágenes o de palabras como deberías, tendría ...
- No nos damos cuenta de lo negativos que son y los asumimos como normales
- Nos los creemos por muy irracionales que sean
- Nos convierten en todo aquello que tenemos
- Generan culpabilidad
- Nos resultan difíciles de detener una vez que están presentes
- Son muy negativos y destruyen los pensamientos positivos hacia nosotras
- Pueden aparecer en cualquier momento
- Son aprendidos
- Atentan contra la auto-estima

¿CUALES SON?

1. HIPERGENERALIZACIÓN: A partir de un hecho aislado haces una regla general y universal. Utilizas términos como: nunca, siempre, todo, nada...
2. DESIGNACION GLOBAL: Utilizas denominaciones peyorativas para describirte, en lugar de describir con exactitud tus cualidades. Tus mensajes suelen ser peyorativos sobre tu aspecto, rendimiento, inteligencia, etc., utilizando por ejemplo, los siguientes términos: “Soy un fracaso”, “Soy estúpida”, “Mi casa es un desastre”.
3. FILTRADO: Prestas atención a lo negativo, sin considerar lo positivo.
4. PENSAMIENTO POLARIZADO: Llevas las cosas a los extremos, no existiendo el término medio. Te expresas en categorías de “blanco/negro” y/o utilizas las siguientes expresiones: “O.o..”, “Si no hago..., soy...”
5. AUTOACUSACIÓN: Te acusas de cosas que pueden no ser culpa tuya. Sueles disculparte constantemente por las cosas
6. PERSONALIZACION: Crees que todo tiene algo que ver contigo y te comparas negativamente con los/as demás. Podrías estar personalizando si alguien hace un comentario y piensas que lo ha dicho por ti. También personalizas cuando piensas que eres peor, menos atractiva, lista, competente, etc., que los demás.
7. LECTURA DE LA MENTE: Supones que no le gustas a los demás, que no se interesan por ti, etc, sin pruebas de ello.
8. FALACIA DE CONTROL: Sientes que tienes una responsabilidad total de todo o todos/as, o que no tienes control sobre nada (víctima desamparada)
9. RAZONAMIENTO EMOCIONAL: Piensas que las cosas son de la manera que sientes
10. USO FRECUENTE DE “DEBERÍA”: Te vas marcando las pautas que consideras que son imprescindibles para tener valor en la vida y triunfar. Si no actúas como crees que deberías hacerlo piensas que careces de valor como persona.
11. MAGNIFICACION/MINIMIZACION: Exageras tus errores y le quitas importancia a tus éxitos, justo lo contrario de lo que haces con los demás, mostrándote más indulgente.

Sesión 30

PARADA DE PENSAMIENTO (PENSAMIENTOS OBSESIVOS)

Introducción

La existencia de pensamientos ansiógenos y obsesivos, especialmente relacionados con el adicto, su adicción, su conducta, su evolución y tratamiento es habitual en la personas que conviven con un adicto, no solo en personas codependientes. De ahí la necesidad de aprender a erradicarlos o atenuarlos

Objetivos

- Detección de pensamientos ansiógenos y rumiativos.
- Detección de conductas rituales y su eliminación.

Actividad

Explicación del esquema cognitivo-conductual de la interacción entre Eventos/Pensamientos/Emociones.

También se expone que el malestar emocional y la sensación de estrés y/o angustia se produce por la “rumiación de pensamientos” sobre sucesos pasados o futuros.

La detención del pensamiento es una estrategia para reducir y evitar ese malestar, consistente en:

- 1º) Detectar la aparición de estos pensamientos lo más rápido posible.
- 2º) A continuación se elige un estímulo que se usará para detener el pensamiento y distraiga la atención (Ej: Grito de PARA!).
- 3ª) Generar seguidamente otro pensamiento que sea agradable.

Se pone en práctica en la sesión, haciéndolas cerrar los ojos y pensar en algo....

Por otro lado, se explica que son las conductas rituales para reducir al ansiedad, con ejemplos, expresando la inutilidad de las mismas para la eliminación de la ansiedad a largo plazo. Se proponen ejemplos (llamadas reiterativas al móvil del adicto cuando se ausenta, espíarle...) y se piden ejemplos personales.

Sesión 31

TÉCNICAS DE RELAJACIÓN Y RESPIRACIÓN

Introducción

Consiste en enseñar técnicas de relajación y respiración que rebaje el nivel de ansiedad, activación. Se puede iniciar la sesión con un ejercicio de Imaginación temática y pasar posteriormente a la explicación y puesta en práctica de los ejercicios de respiración y relajación que se recomienda practique en casa.

Objetivo

- Facilitar que el familiar baje el nivel de activación, consiguiendo momentos de relajación.

Actividad

- **Ejercicio de Imaginación Temática.**

Vamos a intentar relajarnos a través de un procedimiento consistente en concentrarnos mentalmente en una escena o situación placentera.

PAUSA

Ponte lo más cómodo posible

PAUSA

¿Estás sentado a gusto?

PAUSA

¿Tienes los brazos reposados cómodamente en tu regazo?

PAUSA

Cierra lentamente los ojos y acomódate en tu asiento

PAUSA

Durante el próximo minuto, tu cuerpo se encontrará más y más tranquilo

PAUSA DE UN MINUTO

Nota cómo vas relajándote cada vez más

PAUSA

Concéntrate en tu cuerpo

PAUSA

Respira lenta y suavemente

PAUSA

Libera la tensión que sientas. Cada vez que expulses el aire, nota como vas liberándote de la tensión.

PAUSA

Siéntete cada vez más relajado y cómodo.

PAUSA

En este momento, me gustaría que pensarás en una situación que sea para ti muy, muy relajante.

PAUSA DE 15 SEGUNDOS

Esta situación puede ser una playa solitaria, o una montaña nevada, o un verde prado, o un pantano sereno de agua cristalina. Cualquier escena o situación que te resulte relajante, imagínatela tal y como te gustaría verla

PAUSA DE 15 SEGUNDOS

Intenta que la escena sea lo más realista posible

PAUSA DE 10 SEGUNDOS

¿Cómo es?

PAUSA

¿Puedes ver el cielo? ¿De qué color es?

PAUSA

¿Puedes sentir la brisa en contacto con tu piel?

PAUSA

¿Puedes percibir el aroma en el aire? ¿A qué huele?

PAUSA

¿Puedes sentir la calidez de los rayos de sol en tu piel? ¿O el aire fresco de la noche?

PAUSA

Concéntrate en cada uno de tus sentidos

PAUSA

¿Qué ves?

PAUSA

¿Qué sientes en tu piel?

PAUSA

¿Notas algún sabor? ¿Hueles algún aroma?

PAUSA

Deja que la escena vaya desarrollándose del modo que te resulte relajante

PAUSA

Quizás te vengan a la mente palabras que describan la escena

PAUSA

Si es así, deja simplemente que se vayan repitiendo como un eco, tranquila y plácidamente

PAUSA

No debes hacer nada aparte de concentrarte en tu escena relajante

PAUSA

Permite que se vaya desarrollando de manera natural

PAUSA DE 15 SEGUNDOS

Si piensas en alguna otra cosa o te imaginas algo distinto, no te preocupes

PAUSA

Vuelve a tu escena relajante tranquilamente.

PAUSA

Sumérgete cada vez más en un estado de profunda relajación.

PAUSA

Puedes repetir mentalmente frases como: “Me estoy sumergiendo en un estado de profunda relajación”

PAUSA

“Me dejo llevar cada vez más hasta una completa relajación”

PAUSA

“No pienso en nada que no sea la relajación”

PAUSA

“Me siento tranquilo, sereno, relajado”

PAUSA

Imagínate la escena del modo más relajante y placentero

PAUSA DE 10 SEGUNDOS

Una y otra vez regresa a tus imágenes relajantes cada vez que te distraigas

PAUSA

Sigue concentrándote en tus imágenes de relajación durante los próximos minutos. Fíjate como va incrementándose la relajación. Siente cómo estás cada vez más relajado

PAUSA DE 2 MINUTOS

Ahora muy suavemente deja de concentrarte en las escenas.

PAUSA DE 5 SEGUNDOS

Haz movimientos ligeros con los dedos de las manos..., con las manos..., ligeros movimientos con los pies... y las piernas

PAUSA DE 5 SEGUNDOS

Comienza a mover ligeramente la cabeza

PAUSA DE 5 SEGUNDOS

Cuando estés preparado abre los ojos con suavidad

PAUSA DE 5 SEGUNDOS

Haz una respiración profunda

PAUSA DE 5 SEGUNDOS

Así acaba el ejercicio

• **Respiración abdominal o diafragmática.**

1. Afloja cualquier prenda que te apriete, sobre todo alrededor del abdomen.

2. Coloca los pies ligeramente separados. Apoya una mano sobre el abdomen y la otra sobre el pecho. Toma el aire lentamente por la nariz y expúlsalo por la boca.

3. Concéntrate tranquilamente en tu respiración, lenta y suave, durante unos minutos, e intenta tomar conciencia de qué mano está subiendo y bajando en cada respiración
4. Expulsa suavemente el aire de tus pulmones
5. Toma aire mientras cuentas lentamente hasta tres. Al tomar el aire eleva ligeramente el abdomen. Siente el movimiento de tu mano. No debes mover los hombros ni el pecho.
6. Mientras inspiras, imagina que una bocanada de aire cálido y relajante entra en tu cuerpo y recorre cada parte de él.
7. Para un segundo después de haber inspirado.
8. Expulsa ahora el aire lentamente por la boca contando hasta tres. Mientras expulsas el aire, el abdomen descenderá
9. Mientras el aire sale de tus pulmones imagina que la tensión también está saliendo con él.
10. Para un segundo después de haber expulsado el aire.
11. Repite el mismo procedimiento entre 5 y 10 veces: toma el aire lentamente, para, expulsa el aire, para.

- **Relajación con ejercicio corto**

Se dan las siguientes instrucciones sirviendo de modelado el propio terapeuta:

- Siéntate en el borde del asiento, cruza las manos y colócalas en el vientre
- Apoya los talones en el suelo y levanta las puntas de los pies hacia arriba
- Cierra tus ojos y, en esta posición:
 - 1º Coge mucho aire por la nariz, lentamente
 - 2º Tensa: las manos, los brazos, la cara, el estómago, las piernas y los pies.
 - 3º Mantén la tensión durante 15 segundos
 - 4º Suelta el aire despacio por la boca a la vez que apoyas en el respaldo, relajando todos los músculos de tu cuerpo.

Sesión 32

AUTO-CUIDADO

Introducción

El estar permanentemente centrado en el cuidado de los demás, cubriendo sus necesidades, solucionando sus problemas, lleva a un importante descuido de uno mismo.

Este hábito tan arraigado en la persona codependiente es una conducta aprendida que debe “desaprenderse” para poder evolucionar adecuadamente en el logro del propio bienestar personal.

Objetivos

- Concienciarse del malestar que genera a largo plazo el mantener la actitud de cuidado continuo, con la desatención de las propias necesidades.
- Mejora del cuidado de uno mismo, como medio de favorecer una incremento en la auto-estima y el bienestar personal.

Actividad

Se explica la comparación entre el suministro continuo de atención de los demás con el suministro de dinero: “Imaginad que todos vuestros esfuerzos, energías, atenciones... se encuentran contenidos en un lugar, a modo de un bolsillo lleno de dinero (en este caso, es un bolsillo emocional). Si vosotras estáis continuamente regalando ese dinero a quien creéis que lo necesita, incluso sin pedirlo, llega un momento en que se gasta. Si en ciertas situaciones o momentos necesitáis para vosotras, de dónde lo sacaréis?”

El convivir con una persona adicta conlleva un gasto emocional continuo, que es necesario recobrar para poder encontrarse bien.

No se trata tanto de hacerles ver lo que pueden hacer, si no lo que pueden “dejar de hacer” (por los demás)

- Cuestiones para la reflexión:
 - ¿Cómo me ocupo de mi? ¿Cómo satisfago mis necesidades?
 - Escribe una lista con lo que quieres. Con lo que te gustaría hacer o has dejado de hacer por tu atención de los demás.

- Escribe una lista de cosas que puedes hacer en el día a día para sentirte bien.

ANEXO 6

RESULTADOS

de la

Encuesta a familiares/acompañantes

de personas que presentan abuso o dependencia de sustancias u otras conductas adictivas

Ficha Técnica

Encuesta Efectuada durante el segundo semestre de 2009 en 5 Centros Ambulatorios de Atención a Conductas Adictivas en Extremadura (CEDEX).

Nº de Encuestas respondidas: 44

La encuesta se le entregaba a los familiares y podía completarla en el mismo lugar o devolverla posteriormente completada.

Se pretendía que estuvieran representados distintos tipos de familiares:

- en relación al parentesco,
- al sexo,
- en relación a las distintas sustancias problema principal de solicitud de tratamiento del drogodependiente.

Por lo tanto la entrega de las encuestas no se efectuó de manera aleatoria.

La encuesta se plantea para ser respondida de forma anónima. Los profesionales que han invitado a completar la encuesta han sido T.S. o Enfermero/a en la mayor parte de los casos.

Objetivos

Conocer la relación de los familiares/acompañantes con la persona que presenta la conducta adictiva.

Detectar la expectativa que los familiares/acompañantes tienen sobre el recurso en relación a la ayuda que se le puede prestar al familiar.

Demandas que formulan al centro en relación a la atención a los familiares.

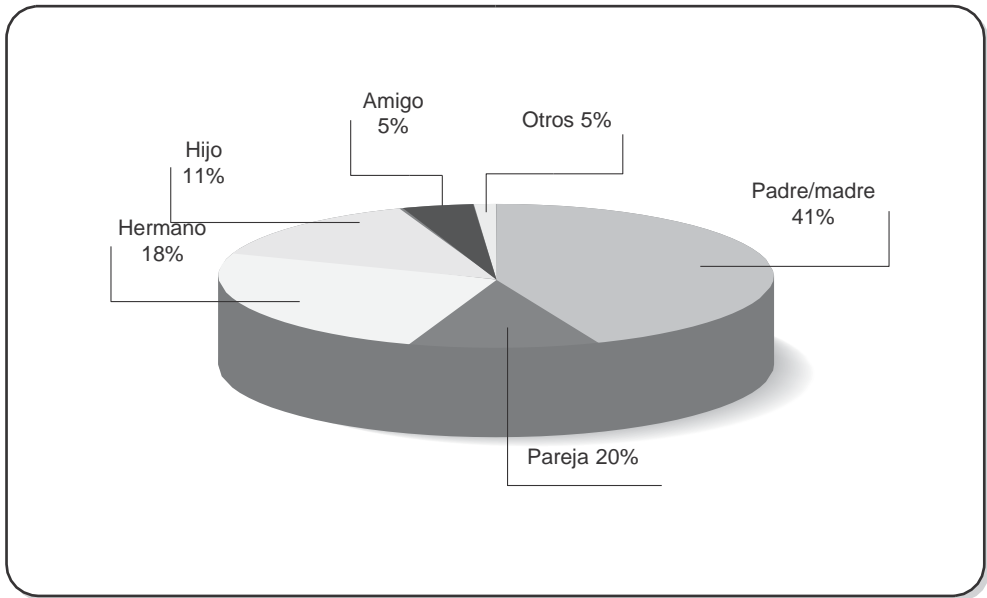
Encuestas recibidas por centro

Badajoz-Valdepasillas	9
Badajoz-Los Pinos	5
Miajadas	5
Don Benito	14

Coria	11
Total	44

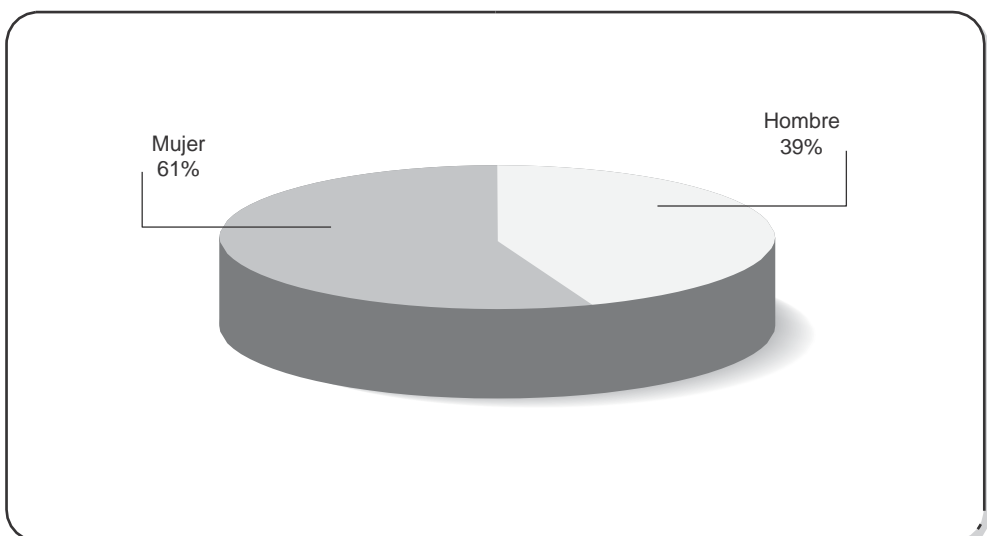
RESULTADOS

I. Relación de parentesco del familiar/acompañante:

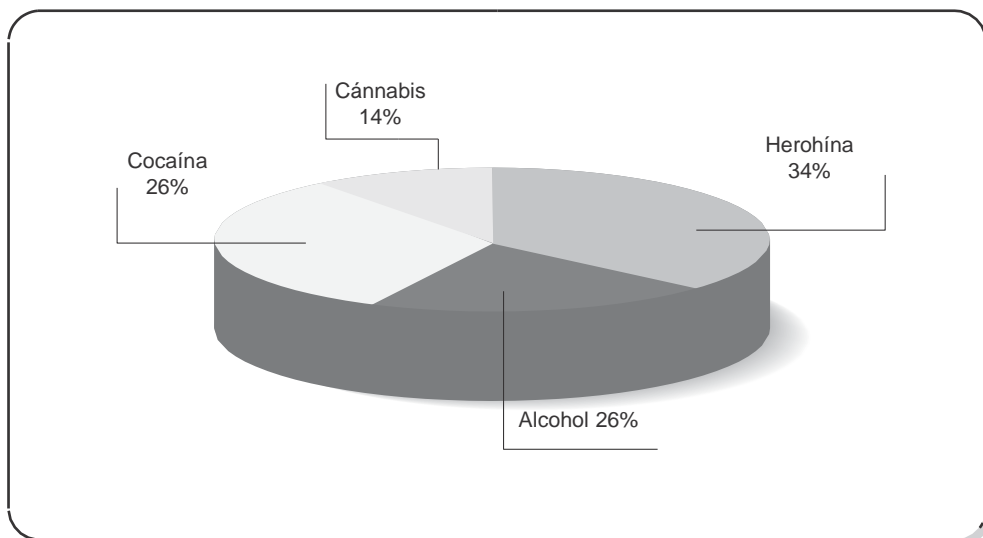


Podemos entender que están representados los familiares/acompañantes en diversos parentescos.

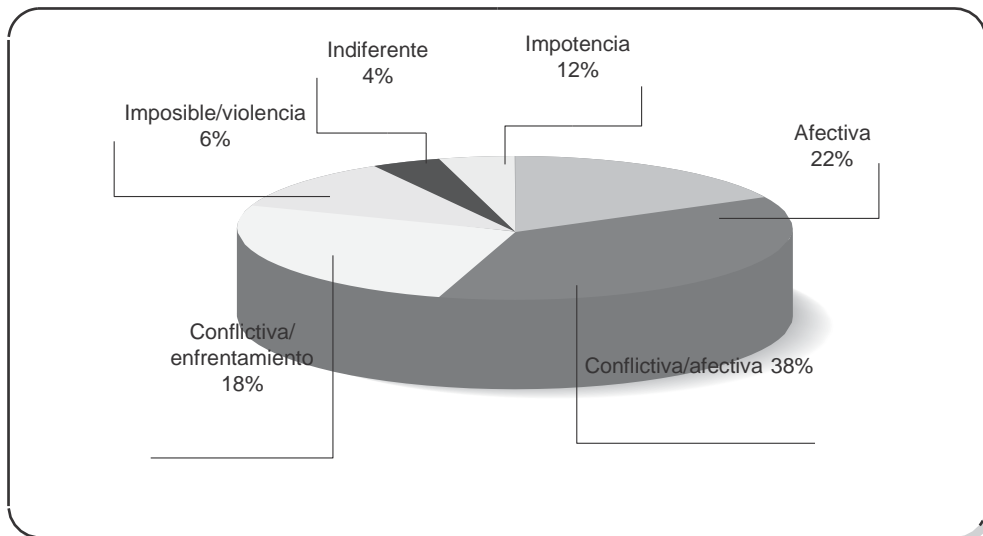
II. Sexo del familiar/acompañante



III. Adicción principal del usuario demandante que asiste al centro con familiar/acompañante



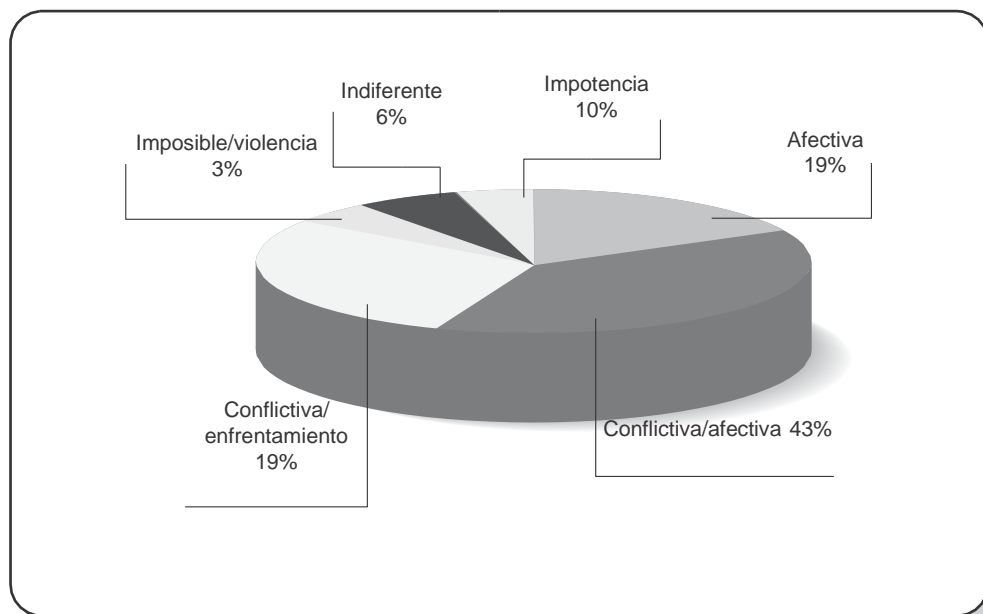
IV. ¿Cómo es la relación actual con la persona que presenta la conducta adictiva?



En el 60% de los casos refieren afectividad en la relación, si bien en un 38% se conjuga la afectividad con la conflictividad. Existe conflictividad y enfrentamiento en el 18% y relación de impotencia, de no saber qué hacer en el 12%. Son escasas las relaciones definidas como indiferentes, cada uno hace su vida 4% o imposibles con violencia 6%.

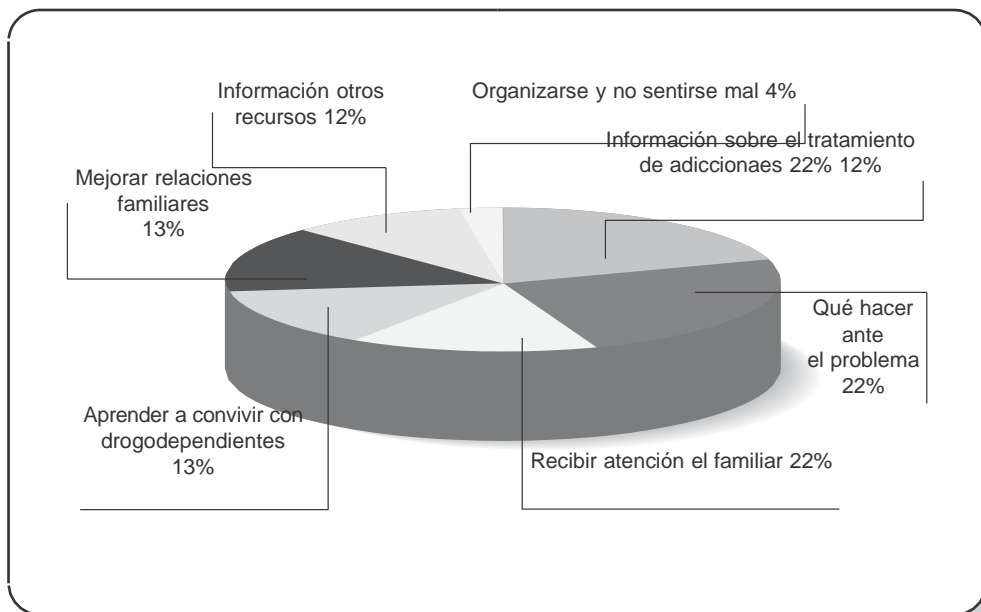
Analizados los datos por sexo:

Sexo Mujer. La relación actual con la persona que presenta la conducta adictiva



Refieren afectividad en la relación prácticamente en el mismo porcentaje que sin desagregar por sexo, solo destaca un mayor porcentaje 43% en la relación conflictiva / afectiva.

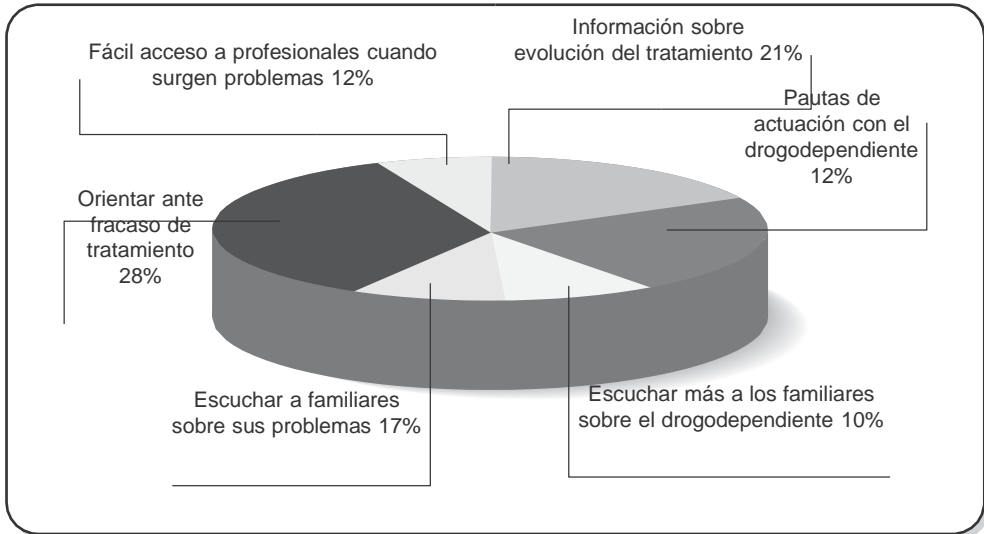
V. ¿En qué espera podamos ayudarle a usted?



Los familiares/acompañantes esperan que se les ofrezca **información sobre el tratamiento en adicciones en un 22%** de respuestas y **que pueda recibir el familiar/acompañante atención psicológica, médica y social también en un 22%**. Esperan se le indique qué debe hacer el familiar/acompañante ante el problema de drogodependencia un 14% de respuestas, mientras que casi el mismo porcentaje un 13% de respuestas apuntan a recibir indicaciones sobre cómo aprender a convivir con un drogodependiente y otro 13% desea ayuda para mejorar las relaciones familiares. Un 12% desea información sobre otros recursos y un 4% espera ayuda para poder organizarse y no sentirse tan mal.

No se aprecian cambios significativos analizando los datos por sexo.

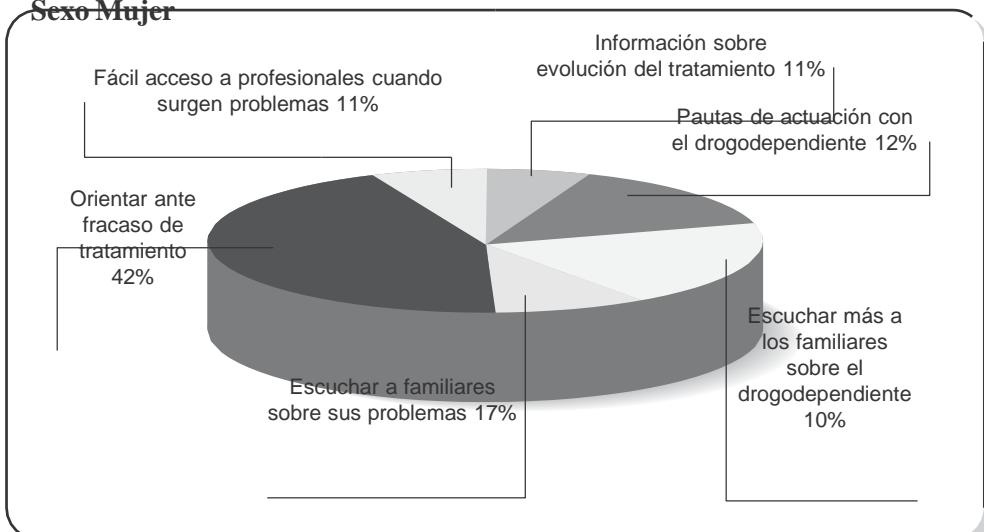
VI. Sobre la atención a los familiares en el centro de drogodependencias le gustaría que:



Destaca el interés en recibir orientaciones ante el fracaso de tratamiento 28%, seguido de la información sobre la evolución del tratamiento 21% y el escuchar a los familiares sobre sus problemas 17%. El resto de cuestiones obtienen respuestas similares.

Desagregado por Sexo, en el caso de las mujeres en relación a los datos conjuntos, están más preocupadas sensiblemente por recibir orientaciones en cuanto al fracaso de tratamiento.

Sexo Mujer



Comentarios escritos a la pregunta VI

- Verme psicóloga.
- Atenderme Psicólogo.
- He sido complacida en todos los aspectos.
- No existe necesidad de mayor atención.

Sugerencias escritas en el lugar reservado para ello al final de la encuesta

- Psicólogo para familia
 - Estamos muy contentos tanto en el trato como en información y ayuda. En una puntuación del 1 al 10, puntúo un 10.
 - No creo que la forma de plantear el apartado VI esté bien; la encuentro ofensivo para el personal del CEDEX.
 - La atención del psicólogo en la primera visita se agilice.
 - Que hubiese horarios flexibles por motivos de trabajo.
- Cree que el servicio es correcto.

Conclusiones

1. En la mayor parte de los casos existe una relación de afectividad entre la persona con conducta adictiva y el familiar/acompañante, si bien en un porcentaje importante de éstos coexiste esta afectividad con conflictividad, sobre todo si el sexo es mujer.
2. Las expectativas que tienen los familiares/acompañantes en cuanto a la ayuda que el centro puede prestarles a ellos se divide prácticamente en dos partes casi homogéneas en cuanto las respuestas:
 - Una centrada en relación a los contenidos de información sobre el tratamiento en adicciones y lo que pueden hacer ante este proceso de tratamiento.
 - La otra se centra en el propio familiar/acompañante, en el sentido de recibir atención por parte de los profesionales, ayudarle a vivir con una persona con conducta adictiva y mejorar las relaciones familiares.
3. Los familiares/acompañantes demandan principalmente recibir orientaciones ante el fracaso de tratamiento (muy especialmente las mujeres), información sobre la evolución del tratamiento y que se les escuche los problemas que ellos tienen.

4. No aleatorizar la entrega de cuestionarios y sobre todo el bajo número de encuestas completadas limitan el estudio.



JUNTA DE EXTREMADURA
 Consejería de Sanidad y Dependencia

Encuesta a familiares/acompañantes

Este cuestionario es anónimo. Todas las preguntas están dirigidas a los familiares/acompañantes.

Señale con un círculo la respuesta correspondiente, ej. ①

I. Usted es respecto a la persona que tiene problemas de drogas u otra conducta adictiva:

1. Padre/Madre 2. Pareja 3. Hermano/a 4. Hijo/a 5. Amigo/a 6. Otros

II. Sexo: 1. V 2. M

III. La adicción principal de su familiar o persona a la que acompaña es a:

1. Heroína (o mezcla con cocaína) 2. Alcohol 3. Cocaína 4. Cánnabis 5. Otras

IV. ¿Como es la relación actual con la persona que presenta la conducta adictiva?

8. Afectiva, hay respeto, aceptación, diálogo, etc
 9. A veces conflictiva, a veces afectiva.
 10. Conflictiva, reproches enfrentamientos discusiones
 11. Imposible, hay insultos, violencia
 12. Indiferente, no hablamos, cada uno hace su vida
 13. De impotencia, no se que hacer.

V. ¿En qué espera podamos ayudarle a usted?

1. Ofrecerme información sobre el tratamiento en adicciones
 2. Indicarme qué debo hacer yo ante el problema de drogodependencias
 3. Recibir yo atención psicológica, médica y social .
 4. Indicarme cómo aprender a convivir con un drogodependiente
 5. Ayudarme a mejorar las relaciones familiares
 6. Informarme sobre otros recursos
 7. Ayudarme para poder organizarme y no sentirme tan mal
 8. Otros _____

VI. Sobre la atención a los familiares en el centro de drogodependencias le gustaría que:

4. Presten más atención a informarme sobre la evolución del drogodependiente
 5. Presten más atención a indicar pautas de actuación con el drogodependiente
 6. Dedicen más tiempo a los familiares para escuchar todo lo que tienen que indicar sobre el drogodependiente
 7. Dedicen más tiempo a los familiares para escuchar sus problemas derivados de la convivencia con un adicto.
 8. Orienten al familiar ante el fracaso del tratamiento.
 9. Hubiera más disponibilidad y fácil acceso hacia los profesionales cuando surge algún problema puntual.
 10. Otros.....

En las preguntas IV, V y VI puede indicar varias opciones en cada una de ellas

Indique aquí las sugerencias que desee:.....

ANEXO 7

CASOS PRÁCTICOS

7.1. Familiar Colaborador con síntomas de malestar

7.2. Familiar Colaborador Asintomático

7.3. Familiar Demandante Sólo

7.4. Caso María

7.5. Caso Toni

7.1. FAMILIAR COLABORADOR CON SÍNTOMAS DE MALESTAR

(Evolución a colaborador asintomático)

Pepa madre de Lourdes acompaña a su hija de 26 años para iniciar tratamiento por problemas relacionados con el consumo de heroína -cocaína.

Desde el momento de la acogida la madre refiere llevar unos meses muy mal, desde que su hija le dijera que tenía problemas con las drogas. Ella venía sospechando que algo le ocurría pero le horrorizaba pensar que era por este motivo. La sintomatología que refiere es una preocupación constante, insomnio, pensamientos rumiantes, deterioro de las relaciones sociales, ansiedad. etc.

La familia desconoce todo lo relacionado con el tratamiento: cómo actuar, información sobre sustancias.

Esta valoración inicial nos permite ir planificando la intervención con la madre, solo acude ella el marido se mantiene al margen.

En la segunda cita con T.S se le proporciona información básica: preguntas más frecuentes sobre el tratamiento de las drogodependencias.

Se muestra desde el primer momento muy receptiva, dispuesta a aprender y a la vez muy colaboradora con el equipo, poniendo en práctica las recomendaciones y exponiendo las dificultades que se le plantean en decisiones difíciles.

Lourdes a pesar del tratamiento ambulatorio no logra la abstinencia, básicamente porque no está motivada ya que su pareja sentimental también consume y él no tiene ninguna intención de iniciar tratamiento: muy manipulador, dominante, e inteligente.

La hija se marcha de casa a vivir con su novio, ya lo había hecho antes, pero ahora la situación es diferente con relación a la actitud de Pepa. Otras veces les daba comida, la llamaba, la vigilaba dentro de lo posible. En este momento se inhibe de hacerlo y con

un mensaje muy claro para su hija, en casa hay sitio para ti si aceptas ayuda especializada y cumples con unas normas básicas de convivencia.

Pasan semanas e incluso meses duros, muy complicados pero la madre no pierde el contacto con el CEDEX, viendo reforzada su actitud. Deja de sentirse culpable e intenta llevar una vida normal retomando sus actividades, salidas de paseo, trabajo ...

Al cabo de un tiempo nos llama para pedir cita para su hija, ésta ha vuelto a casa y ha aceptado las condiciones: tratamiento, ruptura con la pareja.

7.2. FAMILIAR COLABORADOR ASINTOMÁTICO

(Evoluciona a familiar colaborador con síntomas de malestar)

María, casada con Manuel, desde hace un año aproximadamente, acude a tratamiento por recaída en los consumos, heroína-cocaína, del esposo.

Ella hace 15 días que se ha enterado del problema de Manuel, ni él ni su familia le habían informado de los antecedentes de drogadicción. En la primera entrevista con María, embarazada de 8 meses, se muestra decepcionada y traicionada, ahora entiende muchas cosas: porqué la familia de él le decía que se habían precipitado en tener un hijo.

Su demanda en la primera consulta es, qué hacer ante esta situación, cómo ayudarle. Se le facilita información sobre sustancias y pautas generales de actuación. Desde el inicio del tratamiento Manuel alcanza abstinencia por lo que el apoyo y la colaboración se ven compensados. (P.L.D)

Transcurridos un par de meses, se detecta un aumento del consumo agudo de alcohol. Episodios ocasionales que cada vez son más frecuentes. Se interviene con el paciente sobre este nuevo aspecto, cuesta motivarle para que inicie tratamiento por alcohol.

Durante varias semanas se adhiere bien al tratamiento farmacológico. En cuanto al psicológico lo inicia sin motivación, lo hace por complacer a su mujer y porque el resto del equipo se lo sugiere.

En este tiempo María no refiere síntomas de ansiedad, depresión, insomnio, etc., es más, manifiesta haber retomado, se encuentra de baja maternal, algunas tareas laborales – trabaja en empresa familiar- cuando el cuidado del hijo se lo permite.

También resalta la colaboración de Manuel en el cuidado del niño.

En las dos últimas semanas la evolución del marido ha empeorado pues actualmente se han detectado consumos de cocaína y una conducta muy esquiva, huidiza, mentiras, salidas nocturnas hasta altas horas, etc.

Todo esto está contribuyendo a la aparición de síntomas de nerviosismo, desgana, e incertidumbre en María

En este caso, enfermería, dado el vínculo terapéutico desde el inicio de tratamiento, está interviniendo en el ajuste de pautas de actuación según la fase del proceso y en el manejo de las emociones provocadas por evolución negativa del marido. El ánimo y la actitud de María han cambiado bastante en estos meses. En la primera entrevista manifiesta que desea apoyar y colaborar pero que si no hay resultados está decidida a seguir sola con su hijo.

Hoy ya no piensa lo mismo a pesar de haber vivido situaciones violentas en casa y de tomar conciencia de la gravedad del caso: se le informa de que su marido se encuentra todavía entre la fase contemplativa y de acción, con mucha ambivalencia, está acudiendo a tratamiento por ella. Ahora percibe la separación consentimiento de soledad y de fracaso.

7.3. FAMILIAR DEMANDANTE SOLO

Pedro acude derivado por la médico de atención primaria demandando información sobre recursos para tratamiento de alcohol.

En la entrevista con la T.S. nos cuenta que el problema lo tiene su hija (33 años) y que no saben qué hacer pues desde hace un año que se separara todo ha ido de mal en peor con varios ingresos en urgencias por intoxicaciones alcohólicas.

A través de una serie de preguntas intentamos recabar la información más relevante que nos permita orientar y apoyar a la familia.

Nos interesa saber si ha realizado algún tratamiento con anterioridad, cuánto tiempo hace que existe este problema, si ella tiene conciencia del mismo, si existen otras patologías, etc.

Pedro nos informa que hace más de 7 u 8 años la ingresaron en un centro, apenas permaneció en éste una semana: por las características expresadas parece ser un tipo remar o reto.

El motivo de la separación de Raquel han sido los malos tratos. La última paliza la llevó a la UCI. Cuando se recuperó de las lesiones denuncia a su pareja y empieza a vivir sola, rechaza venirse con la familia de origen.

Con 420 euros que recibe por ser víctima de violencia de género vive desde entonces. Ha cambiado de domicilio en varias ocasiones y ha tenido alguna relación sentimental con personas conflictivas.

Con respecto al problema con el alcohol ha sido atendida en varias ocasiones, ella misma llama a la familia para que acudan a recogerla. Cuando transcurren dos o tres días se marcha de casa argumentando que no soporta que la controlen, que ella lleva muchos años viviendo fuera y que el pueblo no le gusta.

Esta situación se hace cada vez más insoportable, es el motivo principal de la consulta, pues la familia no sabe cómo actuar y si lo que está haciendo es lo correcto.

A lo largo de la entrevista se aprecia en Pedro, por sus gestos, tono de voz, etc., bastante avergonzado, parece disculparse, también se observa culpabilidad.

Con información sobre las fases por las que pasa la persona afectada se le intenta hacer comprender y entender la negación de Raquel a recibir ayuda por este motivo.

Se le orienta, se le sugiere que enfoquen el problema desde el punto de vista de los malos tratos, es decir cuando su hija vuelva a pedirles ayuda tras una intoxicación, pues es cuando únicamente lo hace, se procure resaltar aspectos relacionados con los años de convivencia con su marido: posible depresión, ansiedad, baja autoestima. Haciéndole ver que los consumos de alcohol son el síntoma de todos estos problemas, una salida inadecuada y con consecuencias muy negativas para la salud.

Pedro parece respirar, le parece adecuado ese nuevo punto de vista.

Se le informa el funcionamiento del CEDEX y de que desde aquí se le puede ayudar, pero que si rechaza el recurso por ser de drogodependencias puede intentarlo a través de otros: atención primaria, promoción de la mujer, etc.

También se le deja claro que puede volver a venir si la respuesta no es la esperada. Al marcharse refiere irse mucho más desahogado y comprendido “esto no se lo puedes contar a cualquiera”.

Pasadas dos o tres semanas, acude una paciente nueva, es Raquel, viene acompañada de su padre, pero éste ahora no puede quedarse porque tiene que trabajar.

En la acogida nos informa que ha tenido otro ingreso el día antes.

Reconoce que tiene un problema con el alcohol, pero se aprecia ambivalencia. Trae tratamiento prescrito por urgencias del hospital psiquiátrico de Mérida, tiene dudas que son aclaradas por enfermería.

Se le explica qué es un CEDEX y en qué podemos ayudarla, se resalta mucho que el apoyo familiar es muy importante durante todo el proceso pero sobre todo al principio.

Manifiesta que no tiene ningún inconveniente con acudir ambulatoriamente pero que la convivencia con sus padres no la aguanta por el excesivo control.

Le hacemos comprender que aunque no es lo adecuado a veces las familias actúan así por miedo, porque creen que es lo mejor, o por desconocimiento.

Con la familia se interviene de la misma manera que con el paciente, los cambios es necesario que vengan dado por ambas partes.

Se le da cita para la psicóloga y médico. Se queda pendiente la cita con los padres, pues Raquel no sabe qué día podrán acudir, quedamos que en cuanto lo sepa llame.

A los tres o cuatro días se le llama para saber cómo lleva el tratamiento farmacológico y darle la cita pendiente. Ya se ha marchado, se ha ido a otra localidad donde vive desde diciembre y comparte piso con un chico.

Cuenta que se encuentra muy bien, que se está tomando la medicación y a pesar de haberse ido eso no le va a impedir venir a las citas concertadas.

Dos días antes de lo previsto se presentan sin cita Raquel y su padre, ayer por la noche volvió a beber y tuvo que ser atendida de nuevo.

Los dos juntos en la consulta con la T.S. expresan sus posiciones. Raquel quiere marcharse a vivir de nuevo al apartamento, sola. Le hablamos de los factores de riesgo que son muchos, para mantener abstinencia, no cambia de opinión. Se le da información de centros de tratamiento en la zona donde va a residir.

Su padre le deja claro que ellos ya no van a salir corriendo cuando los llame, que por favor no lo haga, y si lo hace no responderán. Su apoyo lo tendrá siempre y cuando acepte unas condiciones.

Antes de terminar con la intervención se les deja claro que estamos a disposición de ambos para cualquier duda, orientación, ...

7.4. CASO MARIA

1. DATOS BIOGRÁFICOS

MARIA es una chica de 27 años que acude por primera vez al CE.D.EX. por derivación del médico psiquiatra que le atiende en la Unidad de Salud mental, donde recibe asistencia por derivación del MAP. Es soltera, reside en el hogar de su familia de origen en un pequeño pueblo. Trabaja como dependiente en la tienda de alimentación de su tía, sin contrato. No posee graduado escolar.

2. MOTIVO DE CONSULTA. EXPLORACION INICIAL

Pidió atención médico-psicológica por encontrarse mal emocionalmente. Refería sentir tristeza y ansiedad, incomodidad consigo misma, auto-imagen negativa, encontrarse con escasa capacidad para afrontar todo, con una fuerte apatía para cuidarse (aparente dejadez en su aspecto).

3. EVALUACIÓN INICIAL DEL PROBLEMA

En la Unidad de Salud Mental, centran la primera hipótesis diagnóstica en un posible Trastorno de la conducta alimentaria (Anorexia) puesto que presentaba una bajo IMC (pesaba 45 Kg, medía 1,62), además de los siguientes síntomas: Debilidad, apatía, palpitaciones; y signos: humor depresivo, fragilidad...

Tras la evaluación se constata que no existe sintomatología coherente con Trastorno de la Conducta Alimentaria alguno, sin embargo, en la entrevista con su médico psiquiatra hace mención de algunos consumos de cocaína y cánnabis, y de su relación sentimental “tormentosa” con un chico consumidor de esas mismas sustancias. Refiriendo que su mayor preocupación es que “él se cure y la relación cambie”. Además le refiere numerosos cambios en su vida personal, todos ellos tendentes a conseguir este objetivo.

El médico instauro tto farmacológico (ansiolítico) y le aconseja que valore la posibilidad de acudir a nuestro CE.D.EX para evaluar/tratar su posible BIDEPENDENCIA.

4. HISTORIA DEL PROBLEMA

Casi al inicio de la primera entrevista, en el CE.D.EX., María explica que desde pequeña en su casa han existido problemas a causa del consumo abusivo de alcohol por parte del padre. Refiere, además, que en ese momento venía acompañada por sus padres y que podíamos intentar convencerle para que inicie tto en nuestro centro.

Explica que ella era una persona extrovertida, muy sociable (me gusta salir con mis amigas del pueblo, bailar, cantar, teníamos la costumbre de organizar una comparsa y

participar en los Carnavales), también le encantaba ir con gente al campo y pasar el día con amigos. Y no le gustaba consumir drogas ni que las consumieran sus amigos.

Era militar, vivía en Madrid, estaba estudiando para la obtención del carnet de conducir y el graduado escolar, pero al empezar a salir con su actual novio (hacía tres años), lo dejó todo y se trasladó al pueblo natal a vivir. Había regresado al hogar familiar, donde existen continuos conflictos por el alcoholismo del padre.

En cuanto a sus relaciones de pareja anteriores, menciona solamente una con un chico mucho mayor que ella, que era alcohólico y que, después de aguantarle durante años malos tratos verbales e incluso abuso sexual, rompió él mismo la relación.

Cree que ha experimentado un importante y paulatino deterioro físico y emocional, desde su llegada al pueblo. Otras autodescripciones suyas:

- Siente continuamente tristeza y apatía, además de una constante angustia que le impide comer bien.
- Continuamente intenta controlar y vigilar a su novio porque *“me preocupa que consuma mucho”* (drogas: alcohol, cánnabis y cocaína). Incluso para mantenerse cerca de él, a veces, fuma algún porro con él y ha tenido consumos esporádicos de cocaína, que no le sientan bien. También va a dormir a la casa donde él vive con sus padres. Habitualmente tienen peleas, porque él se siente controlado y es muy celoso, especialmente después de que consuma drogas incluso ha llegado a alguna agresión física y echarla de su casa alguna noche.
- Se encuentra en un estado de “indefensión” porque considera que haga lo que haga no le hace sentirse más tranquila: le controla, le cuida, le aconseja, le ayuda, y todo ello en una actitud de sumisión hacia él, porque teme que la deje, ahora que carece de relaciones, aficiones y todo su mundo gira en torno a él.
- No le cuenta a nadie lo que le sucede, como se comporta su novio y lo que siente, porque estaba cansada de que le dijeran sus amigas más íntimas que le dejara y a quien ha dejado ha sido a ellas.
- En muchas ocasiones, le hace sentir culpable, cuando él la pide disculpas y ella cree que le agobia demasiado.

5. DIAGNÓSTICO

Tras descartar la inexistencia de un Trastorno adictivo (se trata de consumos esporádicos que ha suspendido tras la primera consulta), se descarta la hipótesis de Bidependencia, concretándose en CODEPENDENCIA, cumpliendo los siguientes criterios:

- Toda su conducta (y su vida gira en torno a la satisfacción de las necesidades del adicto que es la persona con la que se halla involucrada afectivamente, en forma de sumisión, subordinación y entrega, en un intento de control de su vida.

- Considera que el cuidado y la entrega es fruto de su amor hacia él y la educación que ha recibido
- Necesidad obsesiva de control de los demás (hipervigilancia e hipercontrol): de su padre, su hermana pequeña, su novio...
- Auto-imagen negativa, auto-concepto basado en el éxito o fracaso del adicto
- Baja auto-estima, que intenta incrementar resolviendo los problemas de los demás (auto-estima basado en el logro y en la aprobación de los demás. Suministro externo)
- Necesidad de aprobación
- Miedo atroz a la ruptura (con aceptación de humillaciones, vejaciones, maltrato...) por intolerancia a la soledad
- Sensación de indefensión e incapacidad, mezclado con sentimientos de culpa
- Siente un fuerte malestar, que le impide “hacer una vida normal”: “No quiero trabajar en la tienda y atender a las clientas, no estoy a gusto en la calle ni en mi casa, me siento sin fuerzas para hacer mi vida y resolver todos los problemas que me rodean...”

TRATAMIENTO

6. OBJETIVOS TERAPEUTICOS

- Estabilización del estado de ánimo
- Recuperar la sensación de control sobre la propia vida personal, aumentando su seguridad personal y autonomía
- Modificación de su estilo interaccional.

7. PROGRAMA DE TRATAMIENTO

- Continuación del tto farmacológico iniciado con su Médico Psiquiatra, manteniendo su seguimiento. Su asistencia no se centra solamente en la prescripción farmacológica si no que constituye un importante apoyo terapéutico.
- A nivel individual:
 - a) Psicoeducación sobre su problema y situación
 - b) Información sobre cómo abordar su malestar
 - c) Biblioterapia

- A nivel grupal: Terapia de grupo para familiares de adictos

8. RESULTADOS

En estos momentos, María, tras realizar durante casi un año terapia grupal, ha modificado todos los aspectos de su vida personal:

Se han logrado los objetivos siguientes:

- Se están llevando a cabo una reducción para la retirada del tto farmacológico, dado que ha conseguido una importante mejora anímica
- Físicamente, ha incrementado en 10 kgs su peso inicial, cambiándole no solo el aspecto físico general si no también la cara. Se siente muy satisfecha con este cambio, porque cree que tiene más fuerza y vitalidad.
- Se propuso un último intento de colaboración a iniciar un programa de tto tanto con su padre (en nuestro CE.D.EX) como con su novio (en ATABAL, por horarios y proximidad), respetando la negativa de ambos de llevarlo a cabo. Ha logrado desentenderse de sus problemas, solamente de vez en cuando le preocupan sus padres (considera que su madre también es codependiente e incluso la ha acompañado a alguna sesión de grupo).
- Ha reanudado sus relaciones de amistad: Todas las chicas de su edad, de su pueblo tienen formado una especie de club, tienen alquilada una casa de campo, donde pasan los fines de semana y donde organizan sus actividades: coro para cantar en bodas y comparsas, excursiones y entradas a conciertos. Ella se ha integrado perfectamente en el grupo, para lo cual deja de ir con su novio.
- Ha decidido volver a presentarse a las pruebas para entrar en el ejército (que llevará a cabo en la próxima convocatoria), está centrada en sus estudios del carnet de conducir y secundaria.
- Ha practicado habilidades de auto-cuidado: alimentación, ocio, auto-refuerzo, gratificaciones.
- Ha mejorado su asertividad y aprendido a establecer y mantener límites.
- Ha equilibrado su relación de pareja, haciéndola más igualitaria, pero en estos momentos no sabe sin continuar con esta relación, porque ya no le aporta mucho. Ha roto con él, pero le pide volver. Ya no entra en los juegos dramáticos y estresantes de discusiones sin fin. Él fuma menos porros, pero le importa poco, porque ha eliminado su idealización.

7.5. CASO TONI

1. DATOS BIOGRÁFICOS

Toni es una mujer de 38 años, conocida en el centro, por ser la mujer de un paciente, en tratamiento durante varios años por su adicción al alcohol y a la cocaína. Tiene dos hijos con él. Su nivel educativo es de bachiller y los trabajos que ha desempeñado siempre han sido en los negocios de hostelería que él ha tenido (iniciaron su relación en la adolescencia).

Es la segunda de tres hermanos, habiéndose quedado huérfana de padre, en la infancia. Mantiene buena relación con toda su familia de origen y con la política.

2. MOTIVO DE CONSULTA. EXPLORACION INICIAL

Después de varios años intentando ayudar a su marido a tratar su problema con las drogas, llega un momento (después de casi 20 años de relación, siempre en esta lucha) en que refiere ser ella la que se encuentra mal y requiere asistencia. Continuando con las sesiones de psicoterapia a las que había dejado de asistir su marido, se mantiene ella expresando a la psicóloga del CE.D.EX. su malestar emocional. Tras varias sesiones de terapia individual esta profesional le aconseja su participación en el grupo de Terapia, con el objetivo de centrar la intervención terapéutica en sí misma. Se muestra de acuerdo porque recientemente se ha incorporado al grupo una amiga íntima suya cuyo marido ha iniciado programa terapéutico para el tto de su alcoholismo y le ha hablado bien de ello.

3. EVALUACIÓN INICIAL DEL PROBLEMA

Realizada por la psicóloga del centro, quien inicia su intervención ante su sintomatología ansioso-depresiva.

Refiere encontrarse mal anímica y físicamente y hallarse en un momento “encrucijada” con respecto a la relación, puesto que su marido no evoluciona y ella siente: agotamiento, diversas somatizaciones (contracturas musculares, dolores de cabeza...), cierta anorexia por malestar estomacal..., síntomas depresivos (diagnosticado y tratado farmacológicamente por el MAP) y de ansiedad (irritabilidad, tensión continua, impaciencia con los hijos), así como un importante aislamiento de familiares y amigos, de quienes se ha ido distanciando a medida que crecía su preocupación por su marido y su problema adictivo.

En estos momentos su mayor preocupación y lo que más desasosiego le produce es que es consciente de que no puede hacer más por él, pero por más que le han aconsejado

que ponga fin a esta relación no sabe que hacer. Cree que se le podía orientar para llevar a cabo una adecuada toma de decisiones y salir de la paralización que actualmente tiene.

4. HISTORIA DEL PROBLEMA

Toni empezó a salir con Emilio cuando contaba con 16 años, tras varios años de noviazgo deciden casarse. Ella intuía que el consumo que él tenía de alcohol era algo excesivo pero pensaba que al casarse cambiaría y él se haría responsable (“era bastante alocado e irresponsable”).

A lo largo de los años, él aumenta su ingesta de alcohol. Además se dedica a regentar negocios de hostelería, que termina por cerrar porque empiezan a ir mal. Ella siempre trabaja con él “porque así controlaba los ingresos de mi casa y a él para que no se perdiera”. “Muchas ocasiones, cuando cerrábamos el bar, me iba a casa con mis hijos y como pasaban las horas y no llegaba, íbamos los tres, en pijama a buscarle por los bares”. Ello no hacía más que empeorar la situación porque él decía sentirse agobiado y perseguido, y lo hacía más.

Empezó a consumir cocaína “para aguantar la marcha, la del trabajo y la de después” y también jugaba de forma patológica. Fue diagnosticado de TLP

Según ella misma refiere, su estado de ánimo a lo largo de los años de relación ha oscilado dependiendo del estado de él. Cuando iniciaba un nuevo tto (le llevó a varios centros ambulatorios de distintos lugares: públicos y privados) y creía que mantenía la abstinencia mejoraba ostensiblemente, pero el mantenimiento en el consumo o las recaídas de él le hacían enfermar.

Siempre ha estado a su lado, sin recibir nada a cambio: ha trabajado para él sin remuneración alguna, le ha justificado y disculpado ante su familia, clientes y proveedores; ha cuidado y educado a sus hijos, le ha forzado a realizar ttos. Pero esta actitud de ayuda y entrega incondicional la reconoce no solo con él, también con su madre que empieza a padecer Alzheimer y con su hermano menor que tuvo problemas con el consumo de la cocaína, y a quien ayudó a salir de ellos.

Desde pequeña, ha tenido que esforzarse por salir a delante de forma autónoma y asumiendo excesivas responsabilidades, por la carencia del suministro afectivo incondicional de las figuras adultas de apego. Su padre falleció y su madre (quedó sin ingresos económicos) pasaba el día fuera de casa trabajando para poder criar a sus hijos.

5. DIAGNÓSTICO

Se concreta en Codependencia, dado que el origen de todo su malestar se halla totalmente condicionado a la adicción de su marido y al tto de la misma. A lo largo de la historia de su relación se aprecia, por lo que ella misma refiere y por su aspecto (desmejorado, ojerosa, importante delgadez, actitud corporal de decaimiento, cansancio...)

Presenta abundantes criterios de los definidos para el diagnóstico referido:

- Entrega absoluta a su pareja, para intentar resolver sus problemas (no solo adictivos, sino también económicos, familiares...).
- Hipercontrol de la conducta de quienes la rodean, especialmente de su pareja: hipervigilancia.
- Auto-valía basada en los éxitos y fracasos de los demás (su marido y su hermano).
- Búsqueda de aprobación (especialmente de él, su familia...).
- Miedo atroz a la ruptura de la relación y a la soledad.
- Sensación de victimismo, inescapabilidad y culpabilidad.
- Con alta independencia funcional (un YO fuerte).
- El malestar que presenta le afecta a todas las facetas de su vida personal. Se encuentra físicamente mal, ha dejado de trabajar en el bar de él, y carece de actividades de ocio.

TRATAMIENTO

6. OBJETIVOS TERAPEUTICOS

- Estabilización del estado de ánimo y reducción/eliminación/evitación de las somatizaciones.
- Recuperar las diferentes facetas de su vida, abandonadas por la exclusiva dedicación al cuidado y asistencia de los demás. Aprendizaje del auto-cuidado personal.
- Elevación de la auto-estima y asertividad.
- Modificación de su estilo interaccional.
- Aprendizaje de la toma de decisiones y solución de problemas.
- Reestructuración cognitiva de las ideas erróneas sobre el amor, las relaciones interpersonales y la soledad.

7. PROGRAMA DE TRATAMIENTO

- Continuación del tto farmacológico iniciado con su MAP
- A nivel individual:
 - a) Sesiones de psicoterapia de seguimiento y refuerzo.
 - b) Biblioterapia.

- A nivel grupal: Terapia de grupo para familiares de adictos.

8. RESULTADOS

Durante varios meses asistía puntualmente cada semana a su terapia, sin lograr su participación activa, en forma de participación verbal en la sesión. Ésta se materializaba en un llanto continuo y expresiones de asentimiento. Durante todo ese tiempo refería estar llevando un proceso de concienciación y mentalización de su problema, por identificación con varias de las asistentes al grupo y la lectura de los libros aconsejados como biblioterapia.

Posteriormente empezó a tomar partido y a expresar sus emociones, pensamientos y dudas: surgió intensa rabia y enfado, impotencia y culpabilidad, así como tristeza.

Antes de cumplir un año en terapia, ya más recuperado física y emocionalmente, tomó la decisión de separarse: Durante varios meses, el grupo le sirvió de apoyo y refuerzo, que le sirvió en el mantenimiento de su decisión. Época difícil y dura porque la pareja no deseaba separarse ni salir del hogar familiar.

En estos momentos, Toni, tras realizar durante casi un año terapia grupal, ha modificado todos los aspectos de su vida personal.

Se han logrado los objetivos:

- Ha concluido su tto farmacológico y rehabilitador de fisioterapia. También la psicoterapia que inició con el hijo menor por problemas de conducta a raíz de la separación conyugal
- Se ha desapegado de la responsabilidad excesiva para con su familia de origen, atendiendo a su madre, cuando le corresponde, no más
- Se preparó las oposiciones al SES, como ordenanza, aunque no consiguió plaza, continuamente trabaja para este organismo de forma eventual. Ha logrado deshacerse de las deudas que le había dejado su pareja y está pagando su piso (creyó que se lo embargarían)
- Ahora ha aprendido a cuidarse, a decir no y otras habilidades sociales y de asertividad. También a establecer y mantener límites interpersonales
- Mantiene una relación “normal” sin conflictos con su exmarido, siempre contactos centrados en los hijos.
- Hoy en día, han pasado casi dos años, su ex ha llevado a cabo Programa Terapéutico en Proyecto Vida, encontrándose, según cree, abstinente.
- Acude de vez en cuando a la sesión de los viernes, especialmente cuando no trabaja para el SES, porque dice que “le carga las pilas para continuar su vida”. Ha iniciado una relación con una persona, no problemático/conflictivo, pero ahora

no tiene prisas, ni desea convivir con él. Refiere hacer un esfuerzo para no dejarse llevar por su tendencia de ayuda y responsabilidad de las vidas ajenas.

ANEXO 8

CASOS ESPECIALES

- 8.1. Familiar Amenazado**
- 8.2. Familiar Drogodependiente**
- 8.3. Familiar Celoso**

8.1. FAMILIAR AMENAZADO

En casos puntuales el familiar sufre amenazas por parte del drogodependiente o persona que presenta conducta adictiva. Es imprescindible una evaluación del caso. Proponemos indicaciones generales y finalmente se aplicaran las indicaciones particulares del caso.

EVALUACIÓN

Valorar la amenaza: ¿Es la primera?, ¿han existido amenazas anteriores?. Existe riesgo de sufrir daños físicos, problemas para su integridad. ¿Han existido agresiones físicas previas?

En situaciones anteriores: ¿Qué ha hecho?, ¿qué ha resultado para vencer la amenaza?, Determinar las soluciones intentadas que no han funcionado.

Valorar la Asertividad: ¿Defiende sus derechos como persona?. ¿Defiende sus derechos a nivel judicial?, ¿Ha denunciado?

Apoyos: ¿Que personas tiene de apoyo? En caso de ser los padres los amenazados, ¿hacen un frente común?, si la amenazada es la mujer, ¿tiene apoyo por parte de los padres de él o de ella?, ¿Tiene apoyo de otras personas?

En relación con el centro:

¿Asistir al centro de tratamiento para este familiar puede ser foco de mayores problemas de amenaza?

¿Conviene hablar con el adicto si acude al centro?. En qué casos

¿Conviene hacer pactos con el adicto para posibilitar el acercamiento del familiar?

INDICACIONES GENERALES

Indicar acciones de protección si peligrara la integridad física. Huir, Pedir auxilio, Llamar al 112.

Informar de los derechos personales y de la posibilidad de denuncia, así como sus consecuencias.

Alternativas para protegerse en situaciones puntuales. Cuando no existe un peligro para la integridad física. Ej. Si está bajo los efectos de sustancias, no entrar en discusión, si ésta se producen procurar abandonarla... Si se encuentra especialmente alterado procurar no quedarse solo/a con esa persona. Etc.

Conseguir aliados (en la familia, en el entorno) para hacer un frente común, o al menos para que no hagan alianza con el agresor.

INDICACIONES PARTICULARES

Una vez efectuada la valoración se recomienda llevar a cabo una puesta en común en el equipo para tomar las decisiones particulares del caso.

8.2. FAMILIAR DROGODEPENDIENTE

EVALUACIÓN O VALORACIÓN

En la primera entrevista, acogida, se recoge información sobre drogodependencias en la unidad familiar, por lo que a partir de aquí ya podemos saber de qué familiar se trata, si va a ser el responsable del tratamiento, si convive en la unidad familiar, cómo es la relación con P.I (paciente identificado).

Es necesario conocer si está en remisión parcial o total o sin conciencia del problema.

A) REMISIÓN

- ¿Qué sustancia? ¿cuánto tiempo en abstinencia? ¿programa realizado? ¿qué apoyo familiar recibió y si cree que es necesario?

¿Qué actitud tiene ante el problema del P.I.?: comprensión, tolerancia, rigidez etc

Todos estos datos nos van perfilando al familiar y saber si nos encontramos ante un colaborador terapéutico o sin embargo estamos ante alguien que cree que sólo existe un camino para la rehabilitación y que obviamente es el camino que él eligió.

Si el familiar es TERAPÉUTICO:

- Facilitarle información general sobre la droga problema de P.I., si no la tuviera.
- Pautas psicoeducativas apropiadas a las distintas fase del tratamiento.

- Valorar posibles síntomas: ansiedad, irritabilidad, depresión etc.

Según los resultados de la evaluación ya tendríamos al familiar clasificado como asintomático o sintomático.

La evaluación y la intervención a nivel de información y pautas psicoeducativas podría llevarse a cabo tanto por enfermería como T.S

Si el familiar es NO TERAPÉUTICO pero desea colaborar:

- Intervención psicoterapéutica, enfocada a conocer y modificar aspectos disfuncionales de la dinámica familiar.
- Proporcionar información sobre las fases del cambio y sobre las diferencias individuales y personales que hacen que cada caso sea único. Es preciso también hacer resaltar la importancia del entorno y la propia sustancia (padres alcohólicos, principalmente, de hijos con problemas de heroína o cocaína).
- Intervención socioeducativa dirigida a fomentar la información, formación y desarrollo de habilidades para afrontar las problemáticas relacionadas con las drogodependencias.

B) FAMILIAR SIN CONCIENCIA DE PROBLEMA

Esta información nos suele llegar a través de P.I. o a través de otro familiar.

EVALUACIÓN:

Recabar datos sobre:

¿Hábitos saludables? alimentación, consumos de alcohol u otras sustancias, ejercicio etc. (entrevista camuflada).

Si los datos obtenidos nos indican que puede haber un problema y que se corresponde con la información aportada sería conveniente:

- Valorar consecuencias negativas del consumo.
- Si existe una posible dependencia, consumo de riesgo o problemático.
- Dependiendo del caso habría que dar información para prevenir y si hubiera dependencia, recomendar iniciar tratamiento.

Determinados casos de hijos adolescentes en tratamiento (problemas de conducta derivados de dependencia a cánnabis) con padres que consumen cánnabis (uso no problemático) se plantea un modelo difícil de trabajar. No obstante hay padres que comprenden la situación e intentan llevar a cabo las recomendaciones. Otros lo ocultan y por tanto obstaculizan el proceso de rehabilitación.

8.3. FAMILIAR CELOSO

En algunos casos, aparecen interferencias, dificultades y conflictos en la atención al paciente adicto como son aquellas situaciones en las que emerge una actitud celosa por parte del familiar acompañante que pueden llegar a constituir un verdadero obstáculo para el proceso terapéutico del paciente en cuestión.

Cuando esto sucede, el terapeuta que se encuentre atendiéndole en esos momentos (máxime si es el móvil de los celos), deberá esforzarse en efectuar una valoración del problema, con el fin de intervenir de forma que no se aparte de la consecución de los objetivos terapéuticos programados para ambos (paciente y familiar).

EVALUACION:

En primer lugar, tener en cuenta cómo se hace evidente el problema:

- a) El terapeuta percibe algún signo a nivel conductual o comportamental en la consulta, a partir del cual promover una nueva consulta en la que sea posible abordar el tema a solas para corroborar la existencia de celos y sus consecuencias.
- b) El paciente expresa abiertamente sus dificultades personales y de relación de pareja debido a la existencia de celos en su pareja, cuando habrá que dedicar un espacio de atención al problema (dejando aparte por un momento el resto de asuntos que atañen al proceso terapéutico del trastorno adictivo).
- c) El paciente refiere dificultades en su proceso terapéutico y su asistencia a consulta debido a celos de su pareja hacia el terapeuta en concreto.

En cualquier caso, será necesario plantear cuestiones directamente relacionadas con los celos, puesto que interesa conocer, de cara a plantear ciertas estrategias de intervención, los siguientes aspectos:

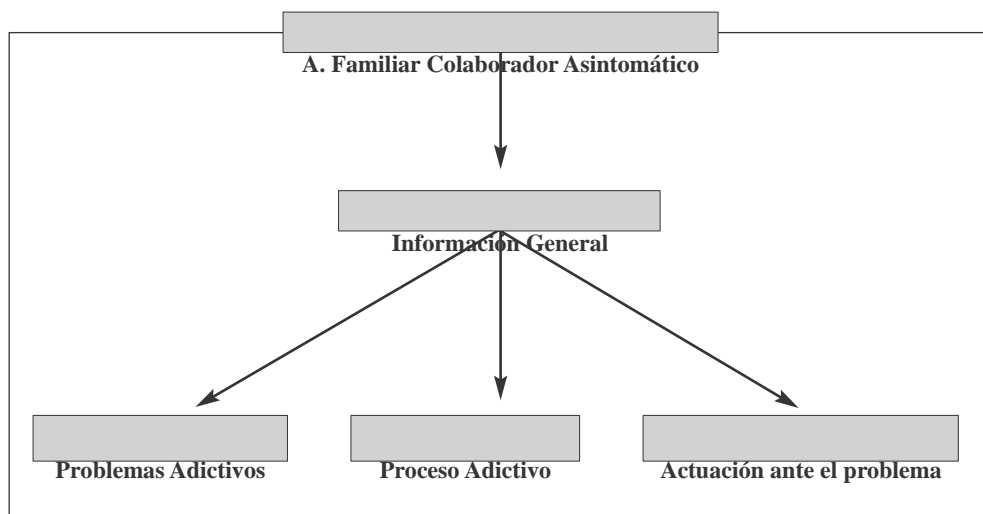
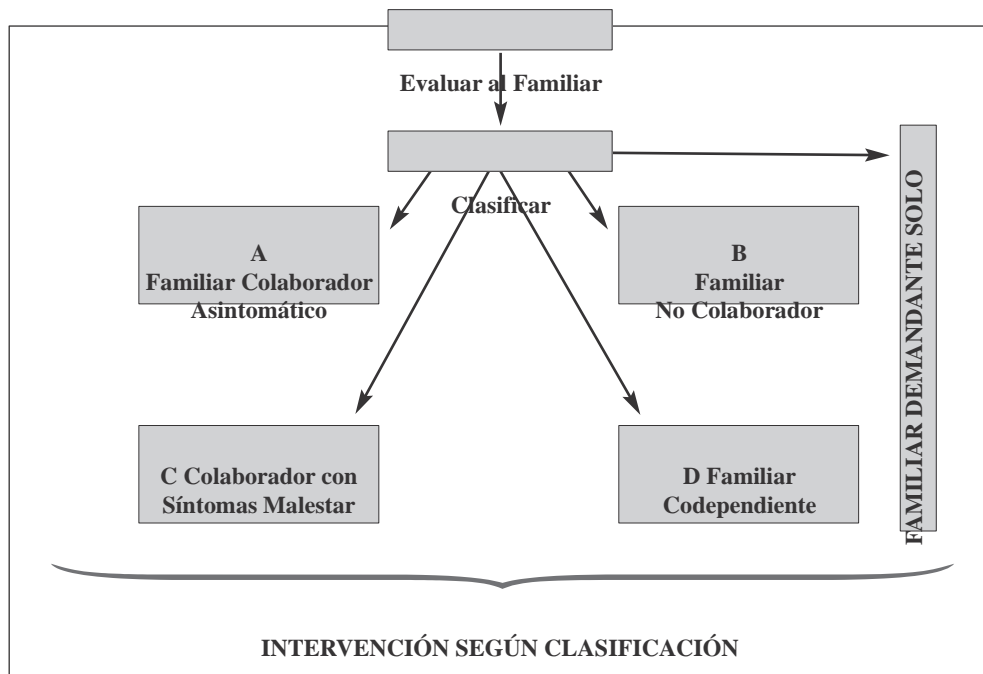
- Magnitud de los celos, evolución en la relación de pareja,
- Nivel de influencia en la vida personal del paciente, en la relación de pareja y en el tratamiento.
- Cómo se produce en esta pareja en concreto. La dinámica de interacción que mantiene la actitud celosa (como acción-reacción).

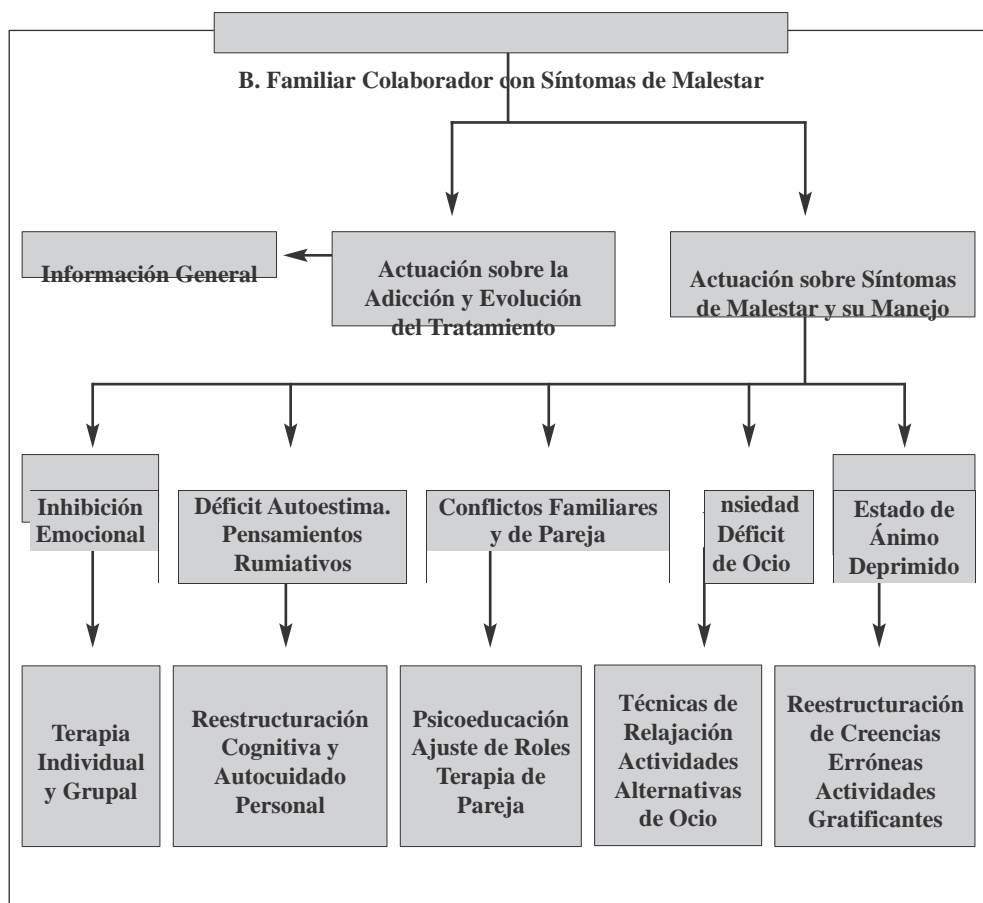
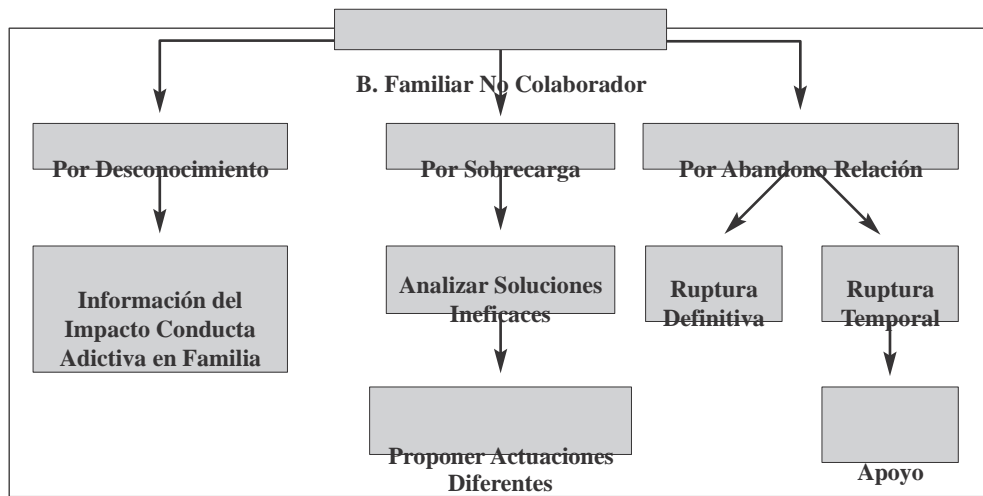
INTERVENCIÓN:

- Si los celos son simplemente sentimiento ambivalentes expresados, centrarse en el tratamiento del paciente y dejar de lado al celoso, como forma de intervención indirecta ya que se le enseña a actuar de forma que no se refuercen la conducta celosa.
- Si conllevan conductas obsesivas y compulsivas de comprobación, reaseguración... constituyendo una celotipia, habrá que intervenir con ambos, paciente y familiar (celoso y víctima de los celos) para llegar a acuerdos sobre conductas que interrumpen la dinámica celosa: Qué debe y puede hacer uno y otro, que se elimine el reforzamiento.
- Si llega a constituir un Tr. Delirante celotípico, será conveniente plantearse la posibilidad de tto psicoterapéutico en el CEDEX o su derivación al Equipo de Salud Mental.

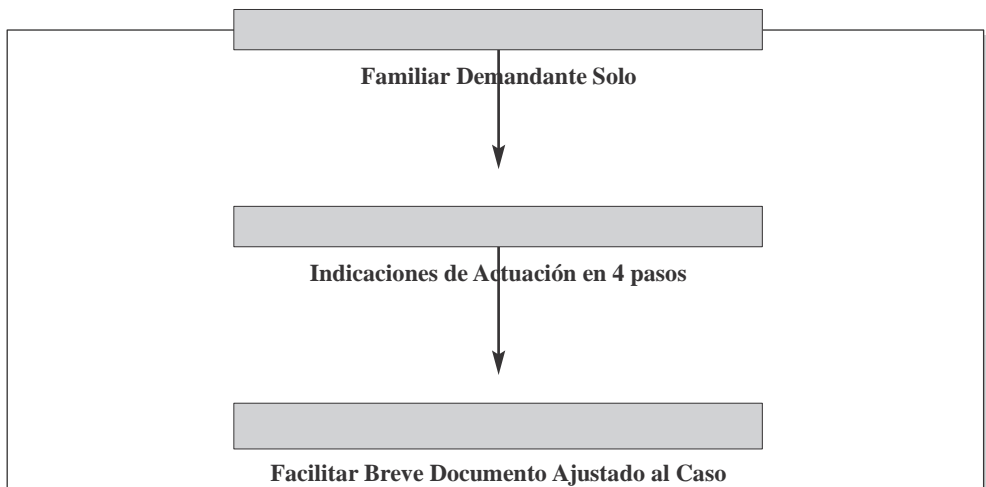
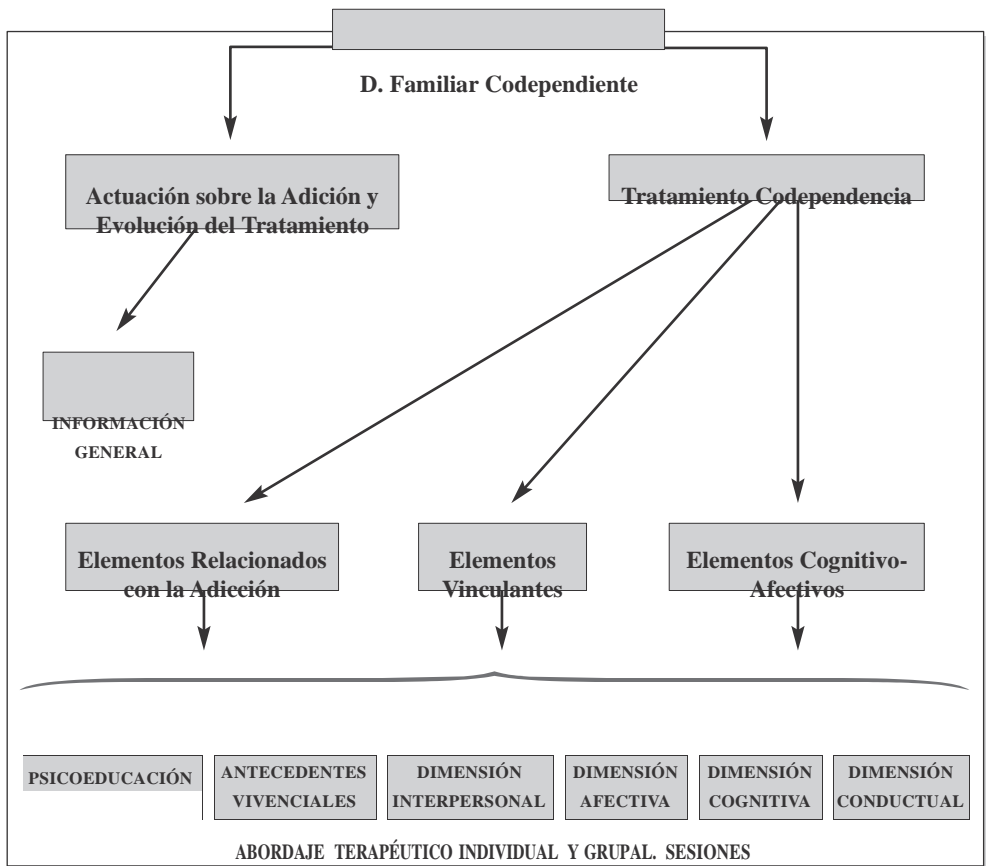
9. ÁRBOL-RESUMEN DEL DOCUMENTO

PROTOCOLO DE ATENCIÓN A FAMILIARES DE ABUSADORES O DEPENDIENTES DE DROGAS U OTRAS CONDUCTAS ADICTIVAS





VALORAR TTO. PSICOFARMACOLÓGICO SINTOMÁTICO





JUNTA DE EXTREMADURA
Consejería de Sanidad y Dependencia