

Efectividad a Largo Plazo de la Terapia de Grupo Cognitivo-conductual del Alcoholismo: Impacto de la Patología Dual en el Resultado del Tratamiento

José M. Martínez-González^a, Raquel Vilar-López^b y Antonio Verdejo-García^c

^aCentro Provincial de Drogodependencias de Granada, España; ^bUniversidad de Granada, España; ^cUniversidad de Monash, Melbourne, Australia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 6 de febrero de 2017

Aceptado el 17 de octubre de 2017

Online el 8 de febrero de 2018

Palabras clave:

Tratamiento
Grupo
Cognitivo-conductual
Trastornos de la personalidad
Alta terapéutica

Keywords:

Treatment
Group
Cognitive-behavioral
Personality disorder
Discharge

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue analizar el resultado del tratamiento cognitivo-conductual grupal llevado a cabo en un centro ambulatorio para el tratamiento de las adicciones. La muestra estuvo compuesta por 130 hombres con trastorno por dependencia al alcohol. Se evaluaron los casos que reinician tratamiento tras el alta terapéutica en un rango de tiempo desde los dos años como mínimo hasta los 18. El 56.2% de la muestra finalizó el tratamiento con alta terapéutica, de los cuales el 75.3% no volvieron a iniciar tratamiento tras el alta, aumentando a 77.7% cuando el paciente completaba el periodo de revisión tras el alta. El 58% de los pacientes con trastornos de la personalidad finalizaron el tratamiento con alta terapéutica. El tratamiento cognitivo-conductual, cuyos componentes esenciales se detallan en este trabajo, es efectivo para el tratamiento grupal de los trastornos por dependencia del alcohol con comorbilidad de trastornos de la personalidad.

Long-term effectiveness of group cognitive-behavioral therapy for alcoholism: Impact of dual diagnosis on treatment outcome

ABSTRACT

The aim of the present study was to analyze the results of a cognitive-behavioral group therapy applied in an outpatient unit to treat drug addiction. The sample consisted of 130 males with an alcohol dependence disorder. Around 56% of the sample completed treatment – they were given therapeutic discharge. From those, 75.3% never resumed treatment, increasing to 77.7% when patients completed the check-up period after discharge. Follow-up from therapeutic discharge varies from 2 to 18 years; 58% of patients with personality disorders completed treatment with therapeutic discharge. Cognitive-behavioral treatment, whose essential components are detailed in the present study, is effective for the group treatment of patients with alcohol dependence and a comorbid personality disorder.

El tratamiento grupal de los problemas de alcoholismo goza de una larga trayectoria a la que se han incorporado diferentes modelos. El modelo de terapia cognitivo-conductual dirigida a la prevención de recaídas en pacientes alcohólicos es uno de los que cuenta con mayor apoyo empírico a la luz de los resultados obtenidos (Becoña y Cortés, 2008; Fernández y Secades, 2003; McCarter et al., 2016).

No todos los pacientes con problemas de alcoholismo pueden beneficiarse de la dinámica grupal, por lo que deberían evitarse las intervenciones grupales y seguir en todos los casos los criterios de idoneidad terapéutica para la asignación de los pacientes a esta modalidad de intervención. Numerosas investigaciones han puesto de manifiesto la efectividad de la terapia grupal, con frecuencia mayor que en la intervención individual (Calvo, Pérez, Sacristán y

Paricio, 2009; Golden, Halliday, Khantzian y McAuliffe, 1995; Graña, 1994; Martínez-González, Graña y Trujillo, 2009; Monrás et al., 2000; Verinis, 1996).

El tratamiento en grupo es útil porque reduce la tendencia al abandono, permite el *insight* mediante un proceso de identificación, se centra en la situación de aquí y ahora, muestra la universalidad vivida de sentimientos y reacciones, se demuestra que son posibles otros tipos de conducta, es un lugar adecuado para experimentar nuevas conductas, ayuda a contrarrestar la influencia social, permite optimizar el tiempo del terapeuta, proporciona la universalidad de la pérdida de control respecto del alcohol y la coexistencia de pacientes en diferentes fases del tratamiento ofrece modelado así como generalización de experiencias y el grupo puede ejercer control externo

Para citar este artículo: Martínez-González, J. M., Vilar-López, R. y Verdejo-García, A. (2018). Efectividad a largo plazo de la terapia de grupo cognitivo-conductual del alcoholismo: impacto de la patología dual en el resultado del tratamiento. *Clínica y Salud*, 29, 1-8. <https://doi.org/10.5093/clysa2018a1>

Financiación: Este estudio ha sido financiado por la Red de Trastornos Adictivos (Convocatoria RETICS 2012, Instituto de Salud Carlos III), Grupo Universidad de Granada. Correspondencia: jmmgonz@dipgra.es (J. M. Martínez-González).

ISSN: 1130-5274/© 2018 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

(McCrary, Rodríguez-Villarino y Otero-López, 1998; Pascual, Freixa, Rodríguez-Martos y Torres, 2014; Guardia, 2008).

En el estudio de Vaillant (1983), que revisa el mantenimiento de la abstinencia después del tratamiento, se muestra que el 63% había recaído a los 2 años y el 95% a los 8. Se desconocen los pormenores de la intervención llevada a cabo, pero se evidencia la alta tasa de recaídas en el tratamiento de la adicción al alcohol. Trabajos más recientes, sin embargo, obtienen mejores resultados (Calvo et al., 2009). No se dispone de trabajos que analicen esta cuestión en profundidad.

Alrededor de la mitad de los pacientes alcohólicos que acuden a tratamiento presenta a su vez un trastorno de la personalidad (TP) (Martínez-González, 2011; Ross, Glaser y Germanson, 1988), de los que el 21.8% también son diagnosticados de psicopatología en el eje I (Gunderson y Gabbard, 2002). La complejidad de la clínica que muestran los pacientes drogodependientes con TP es tal que en el pasado se llegó a desaconsejar la terapia de grupo para su tratamiento (Wendell, 1993). Si bien algunos trabajos asociaron la presencia de TP con mayores tasas de abandono o peores resultados (Lorenzo, Arnaiz y Varela, 1998), estudios más recientes son bastante más esperanzadores con el éxito terapéutico (Martínez-González et al., 2009).

Por otro lado, parece suficientemente demostrada la importancia de la adherencia en el éxito del tratamiento y en particular cuando coexisten los problemas de alcoholismo con los TP (Beck, Wright, Newman y Liese, 1999; Martínez-González y Trujillo, 2005; Martínez-González y Verdejo-García, 2014). En este sentido la terapia de grupo puede ejercer un efecto muy favorable que incrementa el compromiso terapéutico a lo largo del tiempo (Tonigan, Connors y Miller, 1998).

Los objetivos de este estudio fueron dos. En primer lugar se quiere examinar la efectividad de una intervención cognitivo-conductual en su modalidad grupal para el tratamiento del alcoholismo en un centro ambulatorio e indagar si en el resultado del tratamiento influye de forma significativa la presencia de psicopatología comórbida, más específicamente de TP, la propia duración de la intervención en grupo, el tiempo máximo de abstinencia conseguido por el paciente antes de iniciar este tratamiento como experiencia previa en el abandono del consumo de alcohol o el uso de medicación aversiva específica para el tratamiento del alcoholismo en los primeros meses. El segundo objetivo persigue analizar qué pacientes reinician tratamiento tras el alta terapéutica en un plazo de 2 a 17 años después de recibir el alta y profundizar en la relación que pueda existir con la duración del tratamiento, presencia de TP y finalización del periodo de revisión tras el alta.

Las variables dependientes del estudio fueron el tipo de finalización del tratamiento y los reinicios de tratamiento tras la finalización del tratamiento con alta terapéutica. Las variables independientes fueron los años de evolución del trastorno por dependencia al alcohol, la duración del tratamiento, finalizar el periodo de revisión tras el alta, la comorbilidad psicopatológica, en especial los trastornos de la personalidad, y el uso de medicación junto a la psicoterapia.

Método

Participantes

La muestra estuvo compuesta por 130 hombres con trastorno por dependencia al alcohol (DSM-IV-TR, 2002) que habían seguido tratamiento ambulatorio grupal para el tratamiento de las adicciones entre 1997 y 2014. En todos los casos los pacientes siguen por primera vez tratamiento en este grupo. La edad media de los pacientes fue de 43.59 años, siendo el rango inferior 21 años y el superior 69. Desde que comenzaron a tener problemas con el consumo de alcohol hasta el comienzo del tratamiento transcurren de media 14.05 años, siendo el rango inferior 1 año y el superior 41. La media del tiempo máximo

de abstinencia logrado por el paciente hasta comenzar el tratamiento fue de 8.97 meses.

Los pacientes tienen una media de 1.6 hijos, siendo la desviación típica 1.13. El 72.6% ($n = 85$) de los pacientes viven con su familia propia, el 21.4% ($n = 25$) con su familia de origen y el 6% ($n = 7$) viven solos. Si bien se incrementó durante los últimos años el número de pacientes en paro, se identifican 39 actividades laborales diferentes. Los grupos más numerosos corresponden a la construcción u hostelería o están en paro.

El 30.6% ($n = 38$) de la muestra presenta psicopatología del eje I, en su mayoría trastornos del estado de ánimo y de ansiedad (Tabla 1). El 39.7% ($n = 50$) presenta al menos un TP, mientras que el 60.3% ($n = 76$) no presenta. La distribución de TP puede verse en la Tabla 1. Entre los pacientes con TP, el 31.3% ($n = 15$) presentan a su vez psicopatología diferente al TP.

Tabla 1. Comorbilidad psicopatológica

Psicopatología Eje I	Frecuencia	Porcentaje
No presenta	92	70.8
Distimia	1	0.8
Ludopatía	3	2.3
T. adaptativo	2	1.5
T. amnésico inducido reciente	1	0.8
T. ansiedad	10	7.7
T. de la respuesta sexual	1	0.8
T. del sueño	1	0.8
T. depresivo	17	13.1
T. estrés postraumático	1	0.8
T. de hiperactividad y déficit de atención	1	0.8
Total muestra	130	100.0
Trastornos de la personalidad	Frecuencia	Porcentaje
Histriónico	4	8.0
Límite	2	4.0
Narcisista	1	2.0
No especificado	2	4.0
Por dependencia	7	14.0
Por dependencia y obsesivo-compulsivo	3	6.0
Por evitación	3	6.0
Obsesivo-compulsivo	28	56.0
Total	50	100.0

Instrumentos de Evaluación

Tanto la información sociodemográfica como el historial terapéutico se obtuvo consultando las historias clínicas. Además de información demográfica, las variables consultadas fueron: tiempo máximo de abstinencia alcanzado hasta el momento de iniciar tratamiento grupal, evolución de la adicción, duración de la intervención en grupo, tipo de finalización del tratamiento, prescripción psicofarmacológica, causas por las que abandonaron el tratamiento y psicopatología comórbida. Estas variables nos permiten conocer algunas causas por las que los pacientes abandonan el tratamiento o reinician tras el alta terapéutica.

La evaluación psicológica de la conducta adictiva y psicopatología comórbida se llevó a cabo a nivel individual en todos los casos por el mismo psicólogo clínico.

El diagnóstico de la psicopatología del eje I se hizo mediante la entrevista clínica para la verificación de los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (APA, 2002). La psicopatología que se analiza en el estudio responde a la observada al inicio del tratamiento. Desde su publicación para confirmar la presencia de psicopatología en eje I ha utilizado la SCID-I (First, Spitzer, Gibbon y Williams, 1999).

Para el diagnóstico de los TP se utilizó el Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad (IPDE; Loranger et al., 1994; adaptado a la población española por López-Ibor, Pérez y Rubio, 1996).

La abstinencia se evaluó durante las sesiones de grupo a través de la información proporcionada por la familia, que se compromete a iniciar el tratamiento a comunicar incidentes en este sentido, y los resultados de analíticas de sangre.

Se evaluó la situación terapéutica actual de todos los pacientes dados de alta a lo largo de estos años consultando la base de datos del Sistema de Información del Plan Andaluz sobre Drogodependencias y Adicciones de la Junta de Andalucía, en el que queda registrado el inicio de tratamiento de cualquier persona en cualquier centro público o privado acreditado del territorio andaluz. De ese modo se puede comprobar si un paciente ha reiniciado tratamiento tras el alta. El rastreo de reinicios de tratamiento se hace desde el año 1998 hasta 2014, y por tanto el seguimiento mínimo desde el que los pacientes fueron dados de alta es de 2 años y el máximo de 16 años.

Procedimiento

El tratamiento grupal lo lleva a cabo el mismo psicólogo clínico. La asignación de cada paciente a esta modalidad de tratamiento responde a criterios de idoneidad terapéutica. Tras la evaluación psicológica, médica y social se inicia tratamiento psicofarmacológico cuando es necesario e intervención psicoterapéutica para la deshabituación. Un grupo numeroso de pacientes acuden paralelamente a seguimiento con el médico del equipo para la supervisión de la medicación prescrita y solicitud de analíticas de sangre. Algunos pacientes que ya contaban con un periodo de abstinencia de varios meses asistieron a sesiones de seguimiento con la trabajadora social del equipo para recibir orientación laboral.

El diagnóstico dual realizado en todos los casos a nivel individual permite diseñar intervenciones ajustadas al perfil de cada paciente. Si el paciente evaluado en abstinencia al menos durante una semana y suficientemente motivado para adaptarse a esta modalidad terapéutica reúne las características de idoneidad y lo permite el número de pacientes en grupo, se le oferta la posibilidad de seguir el tratamiento a nivel grupal. Si acepta los compromisos esenciales para participar en la terapia de grupo (especificados más abajo) se incorpora y continúa tratamiento solamente a nivel grupal.

A su vez, durante la intervención grupal el psicólogo que lleva a cabo el tratamiento tiene una sesión mensual con algún familiar del paciente, con el objetivo de conocer el grado de generalización de los cambios verbalizados por el paciente en las sesiones. Igualmente se informa a la familia de los progresos o dificultades del paciente, poniendo énfasis en los aspectos que conciernen a la dinámica familiar que pueden favorecer el proceso de recuperación del paciente.

Programa de Intervención Grupal

Se trata de una terapia de grupo abierto en el que se van incorporando pacientes y se da de alta a aquellos que logran los objetivos terapéuticos. El número máximo de pacientes es de nueve, que comparten el proceso de recuperación con pacientes que llevan varios meses abstinentes o están próximos a finalizar el tratamiento. Las sesiones tienen una duración de sesenta minutos, una vez a la semana. Los criterios de inclusión son: ser varón, llevar al menos una semana abstinentes del consumo de alcohol, presentar trastorno por dependencia del alcohol y aceptar los compromisos esenciales, como guardar la confidencialidad respecto de la identidad de otros miembros del grupo, no faltar más de tres veces consecutivas a las sesiones y ser sincero en relación a posibles consumos de alcohol. Los criterios de exclusión una vez iniciado el tratamiento son: faltar a alguno de los compromisos esenciales descritos anteriormente o presentar consumos reiterados de alcohol evidenciando la ineficacia de la medida terapéutica. A los casos excluidos de la modalidad grupal se le pro-

porcionaba una cita con el psicólogo para continuar el tratamiento a nivel individual.

La intervención se realizó de acuerdo con los componentes esenciales del modelo de Beck y Freeman (1995), asumiendo las adaptaciones necesarias para los pacientes duales con TP (Martínez-González y Verdejo-García, 2014). En el Apéndice pueden consultarse los componentes esenciales que han guiado la psicoterapia.

La duración del tratamiento en grupo dependía fundamentalmente de la propia evolución del paciente y su finalización se decidía en función de la consecución de los componentes esenciales del programa de intervención. En general el tratamiento duraba unos doce meses.

Tras el alta terapéutica se llevan a cabo sesiones de revisión, periodo durante el cual el paciente acude a una sesión de grupo cada tres meses a lo largo de un año más. Estas sesiones de revisión no solo tienen el interés de conocer la situación del paciente que fue dado de alta, sino que permiten tanto al propio paciente que acude como a los que continúan en tratamiento contrastar sus procesos de recuperación y servir de ejemplo para aquellos que aún no han finalizado el tratamiento.

Tipo de Finalización del Tratamiento

Se consignó siguiendo la categorización convencional del Sistema de Información del Plan Andaluz sobre Drogodependencias y Adicciones de la Junta de Andalucía, en este caso, adaptado a la terminación de la terapia de grupo.

a. Alta terapéutica: el criterio esencial es que el paciente tenga una buena evolución, esto es, que haya conseguido con éxito los componentes esenciales del programa de intervención. La constatación de ello es haber logrado los objetivos centrales del tratamiento, como mantener la abstinencia, no presentar *craving* durante al menos tres meses, verbalizar buena calidad de vida, tener hábitos saludables de protección y una mejora significativa en la psicopatología cuando coexiste con la adicción. Para la determinación de alta es crucial la información aportada por la familia del paciente en relación a su estilo de vida, abstinencia y mejora en psicopatología de forma estable, así como los resultados de analíticas de sangre. La finalización del tratamiento en estos casos se ha consensuado con el paciente a la vez que se le indica la idoneidad de asistir a citas de revisión. Si bien el criterio tiempo no es clave, sí es importante, por lo que solo se asignó esta categoría cuando el paciente llevaba al menos 4 meses en tratamiento. Generalmente suele asignarse esta categoría cuando el paciente ha estado al menos doce meses en terapia de grupo.

b. Alta voluntaria: el paciente debe permanecer al menos dos meses abstinentes y haber mejorado en áreas importante de su vida, si bien no se llega a consensuar con él la finalización del tratamiento por entender que no se han logrado todos los objetivos previstos. En general se trata de pacientes que han evolucionado bien en el tratamiento pero no desean continuar en él o es incompatible con su trabajo.

c. Alta derivada o cambio de indicación terapéutica: se modifica la indicación terapéutica para su continuidad en psicoterapia individual por razones de incumplimiento de compromisos esenciales para la participación en terapia de grupo o por presentar una mala evolución a nivel grupal.

d. Abandono: el paciente deja de acudir a terapia de grupo entre los dos primeros meses o presenta mala evolución e incumplimiento de compromisos esenciales con independencia del tiempo que haya permanecido en grupo. Al dejar de acudir al centro no continúa a nivel individual.

Para posteriores análisis se considera que el tratamiento es un éxito si lo ha finalizado con alta terapéutica y que no ha sido un éxito en cualquiera de las demás opciones descritas.

El presente trabajo cuenta con la aprobación del Comité de Ética de la Universidad de Granada.

Análisis Estadístico

Se realizó un análisis descriptivo de la muestra atendiendo a variables sociodemográficas, historial adictivo y psicopatología comórbida al iniciar el tratamiento. También se llevó a cabo un contraste de medias utilizando el estadístico *t* de Student para analizar diferentes comparaciones entre grupos en función de distintas variables que permiten indagar en la intervención. Además se realizó un análisis de regresión logística para conocer la capacidad predictiva de variables significativas que pueden ayudar a explicar el tipo de finalización del tratamiento.

Resultados

Terminó el tratamiento con alta terapéutica el 56.2% ($n = 73$) de los pacientes, el 12.3% ($n = 16$) con alta voluntaria, en el 9.2% ($n = 12$) se indicó cambio de modalidad terapéutica para continuar a nivel individual y el 22.3% ($n = 29$) abandonó el tratamiento. Las causas por las que los pacientes dejaron de acudir a terapia de grupo de forma prematura fueron la falta de asistencia reiterada (9.8%, $n = 13$), la incompatibilidad de su trabajo con la continuación del tratamiento (4.5%, $n = 6$), presentar mala evolución como sucede cuando hay varios consumos en un corto periodo de tiempo (13.6%, $n = 18$) o no adaptarse a esta modalidad terapéutica (6.8%, $n = 9$).

La medida de duración del tratamiento para la totalidad de la muestra es de 9.36 meses y una desviación típica de 5.90. El 53.8% ($n = 70$) de los pacientes está menos de 12 meses en tratamiento, mientras que el 46.2% ($n = 60$) permanece más de un año. La duración del tratamiento para el grupo de pacientes que abandonaron el tratamiento fue de 2.63 meses de media ($DT = 3.49$), 5.50 meses ($DT = 4.38$) en el caso de los pacientes a los que se le indicó el cambio de modalidad de tratamiento, 6 meses ($DT = 3.09$) para los que finalizaron el tratamiento con alta voluntaria y 13.24 meses ($DT = 3.94$) para el grupo que finalizó con alta terapéutica.

De los pacientes que finalizaron con alta terapéutica, el 75.3% ($n = 55$) no han reiniciaron tratamiento con posterioridad, mientras que el 24.78% ($n = 18$) sí lo reiniciaron.

Variables Influyentes en la Finalización del Tratamiento

El tiempo máximo de abstinencia antes de iniciar este tratamiento no parece tener peso alguno en el resultado del tratamiento, en la medida en que no existen diferencias significativas en función de esta variable en relación al éxito del tratamiento. Tampoco se encuentran diferencias significativas en función de los años de evolución (Tabla 2).

El análisis de diferencias muestra que los mejores resultados de la intervención se asocian a tratamientos más largos, existiendo diferencias significativas en función de la duración del tratamiento porque se observa que los pacientes que terminan con éxito pasan significativamente más tiempo en grupo –media de 13 meses vs. 4 meses– (Tabla 2). En esta línea, la duración del tratamiento correlaciona de forma significativa y positiva con el tipo de finalización ($r = .744$, $p = .000$).

El 42.5% ($n = 54$) de la totalidad de la muestra presenta patología dual al iniciar el tratamiento, de los cuales fueron dados de alta terapéutica el 54.2% ($n = 39$). El 29.23% ($n = 38$) de los pacientes presenta psicopatología en el eje I, mientras que el 39.7% ($n = 50$) presenta un TP, de los que el 58% ($n = 29$) fue dado de alta terapéutica, el 14% ($n = 7$) pidieron alta voluntaria, el 8% ($n = 4$) con indicación de cambio de modalidad terapéutica, y el 20% ($n = 10$) abandonó. No obstante, no se observan diferencias significativas en el tipo de finalización del tratamiento en función de la presencia de patología dual, TP o psicopatología del eje I (Tabla 2).

El 83.8% ($n = 109$) de los pacientes tomó medicación al iniciar el tratamiento. Respecto del uso del fármaco Antabus (Disulfiram), el 42.4% ($n = 53$) de pacientes lo tomó regularmente durante los primeros meses de tratamiento, al 49.6% ($n = 62$) no se le prescribió y en 8% ($n = 10$) de los casos se prescribió pero el paciente rechazó su toma. Respecto al grupo de pacientes que fueron dados de alta terapéutica, este tipo de medicación se incorporó al tratamiento en el 46.5% ($n = 33$) de los casos, no fue una opción en el 47.9% ($n = 34$) y se prescribió pero no lo tomó finalmente el paciente en el 5.6% de los casos ($n = 4$). No se encuentran diferencias significativas entre los pacientes que finalizan con éxito y los que no, en función de la toma de este fármaco (Tabla 2).

Variables Influyentes en el Reinicio de Tratamiento tras el Alta Terapéutica

Se analizó el impacto que puede tener el hecho de terminar el periodo de seguimiento tras el alta. El 61.6% ($n = 45$) de los pacientes dados de alta finaliza este periodo de revisión, de los que el 77.77% ($n = 35$) no reinician tratamiento posteriormente.

Para indagar en el peso de los TP en posteriores reinicios de tratamiento tras el alta terapéutica, se realizó una regresión logística en la que la variable dependiente fue reiniciar o no tratamiento después del alta terapéutica. La regresión muestra que la presencia de TP no predice posteriores reinicios de tratamiento ($R^2 = .000$, $\beta = .049$, $p = .931$).

También se constata que el hecho de reiniciar tratamiento tras el alta no depende de la duración de la terapia de grupo (Tabla 2).

Tabla 2. Comparaciones en relación a la evolución, finalización y duración de la abstinencia y del tratamiento

		Media	DT	gl	t	p	IC inferior	IC superior	d
Finalización del tratamiento	Presenta TP	3.10	1.21	124	0.382	.701	-0.363	0.537	0.070
	No presenta TP	3.01	1.27						
Finalización del tratamiento	Presenta Eje I	3.00	1.18	122	-0.240	.811	-0.538	0.421	0.049
	No presenta Eje I	3.06	1.26						
Finalización del tratamiento	Presenta patología dual	3.00	1.23	125	-0.414	.680	-0.536	0.351	0.072
	No presenta patología dual	3.09	1.26						
Finalización del tratamiento	Toma Disulfiram al iniciar el tratamiento	3.17	1.18	113	0.673	.502	-0.299	0.606	0.123
	No se prescribe Disulfiram	3.02	1.24						
Meses en tratamiento en grupo	Finaliza con alta terapéutica	13.24	3.94	124	12.71	.000	7.552	10.35	2.296
	No finaliza con alta terapéutica	4.27	3.87						
Meses en tratamiento en grupo	Reinicia tratamiento tras el alta	13.39	5.13	70	0.188	.204	-1.954	2.362	0.045
	No reinicia tratamiento tras el alta	13.19	3.52						
Tiempo máximo de abstinencia	Finaliza con alta terapéutica	8.20	13.75	73	-0.548	.586	-9.332	5.310	0.125
	No finaliza con alta terapéutica	10.21	17.93						

Discusión

En primer lugar, se constata que la incidencia de psicopatología en pacientes con trastorno por dependencia de alcohol de la muestra es semejante a la descrita en otros trabajos (Gunderson y Gabbard, 2002; Martínez-González et al., 2009).

La evaluación de los reinicios de tratamiento, en algunos casos de hasta 18 años, nos ha facilitado dimensionar los resultados de la intervención a largo plazo, así como los efectos asociados a la coexistencia de comorbilidad psicopatológica.

Los resultados del tratamiento grupal de los problemas de alcoholismo son muy favorables, teniendo en cuenta el porcentaje de pacientes que son dados de alta terapéutica. Lo más destacado de estos resultados es que el 75.3% de los pacientes dados de alta no reinician tratamiento con posterioridad, esto es, transcurridos entre dos y dieciocho años, según los casos. Estos resultados distan de los descritos por Vaillant (1983). El hecho de que un porcentaje muy elevado de pacientes que finalizan el periodo de revisión no recaiga muestra la importancia de esta etapa y la necesidad de incorporarla como parte esencial del tratamiento. En la fase de revisión, los beneficios no solo son para el paciente sino también para el resto de componentes que permanecen en terapia de grupo.

Los análisis constatan que los reinicios tras el alta no están vinculados con el tiempo que los pacientes permanecen en la terapia de grupo, lo que muestra que la evolución tras el alta no solo depende del paso del tiempo, sino fundamentalmente de la consecución de objetivos. Cabría pensar que si un paciente pasa más tiempo en grupo disminuye la probabilidad de recaer posteriormente, pero los resultados muestran que lo realmente significativo es la consecución de los objetivos terapéuticos.

El programa de intervención también muestra su utilidad para el tratamiento del alcoholismo en pacientes con patología dual, teniendo en cuenta el porcentaje de ellos que fue dado de alta terapéutica. En particular, el porcentaje de pacientes con TP dados de alta muestra la utilidad de las intervenciones específicas y adaptadas a las particularidades de pacientes con TP (Fernández-Álvarez, 2004; Martínez-González y Verdejo-García, 2014).

Además, la presencia de TP no predice reinicios posteriores al alta, lo que pone en cuestión modelos que afirmaban que existía mayor probabilidad de recaída tras el alta terapéutica para los pacientes con TP a diferencia de lo que sucedía con pacientes sin esta psicopatología (Cacciola, Alterman, Rutherford, McKay y Suider, 1996; Verheul, Van den Brink y Hartegens, 1998). A tenor de los resultados de este estudio no podemos establecer esta asociación, porque al parecer los pacientes con TP no solo pueden beneficiarse como otros del tratamiento (Verheul, Van den Bosch y Ball, 2007), sino que además no tienen más riesgo de recaída por el solo hecho de presentar esta psicopatología cuando iniciaron el tratamiento. En el trabajo de López (2007) tampoco pudieron asociar mayor tasa de recaída a los 24 meses en el grupo de pacientes con TP. Como se indica en Martínez-González y Verdejo-García (2014), estos resultados invitan a revisar las asunciones que históricamente han sustentado el abordaje del alcoholismo cuando coexiste con un TP.

Como se observó en otro estudio (Martínez-González et al., 2009), no puede decirse que los pacientes con TP tarden más tiempo en pedir ayuda para dejar de beber. No cabe duda de que esto obedece a diferentes cuestiones, entre ellas la egosintonía y calidad de vida autopercebida del paciente. Sabemos que algunos pacientes con TP conservan una calidad de vida autopercebida ajena al deterioro causado en su propia vida y entorno inmediato (Martínez-González, Graña y Trujillo, 2011). Por dicho motivo pueden existir datos contradictorios respecto a otros estudios, en la medida en que es extraordinariamente difícil controlar las variables que inciden directamente en el paciente en relación a esta cuestión. La adaptación progresiva de los recursos a las necesidades específicas de los pacientes con patología dual y la coordinación entre diferentes servicios asistenciales a lo largo de es-

tos años probablemente haya contribuido a facilitar la atención de las demandas de inicio de tratamiento (Martínez-González, 2011).

Los resultados muestran que los pacientes que terminan con éxito el tratamiento suelen pasar significativamente más tiempo en tratamiento en comparación al resto. Esto es esperable en la medida en que se sabe que el éxito del tratamiento mejora cuando se alarga (Skodol, 2007). La media de tiempo en el grupo de los pacientes que abandonan no llega a tres meses, lo que evidencia la importancia de los primeros meses de la intervención. El sexto mes parece ser un momento especialmente relevante porque es aproximadamente entonces cuando, aun presentando una buena evolución, suelen dejar de asistir los que manifiestan su decisión de dar por finalizado el tratamiento o no pueden hacerlo por razones de trabajo. Además, coincide con el momento en que se indica más frecuentemente un cambio de modalidad terapéutica.

El análisis de los meses en los que suelen finalizar los pacientes el tratamiento de forma prematura muestra que en torno al tercero y sexto mes de media suelen darse los abandonos en el primer caso y altas voluntarias en el segundo. Son por tanto periodos del tratamiento que deberían analizarse con los pacientes para identificar cuanto antes posibles causas para dejar el tratamiento. Estas etapas son coincidentes con los resultados previos (Monrás et al., 2000). En definitiva, se evidencia una vez más la importancia de los tres primeros meses de tratamiento, porque superado éste parecen incrementarse las posibilidades de que el paciente finalice el tratamiento. Es oportuno que este tipo de información se comente en las sesiones de terapia de grupo, con el objetivo de que se identifiquen posibles factores de riesgo que interfieren en la adherencia al tratamiento, especialmente en estas primeras etapas.

Si bien hay un porcentaje elevado de pacientes que inician el tratamiento durante los primeros meses con la toma de Disulfiram, no se observan diferencias significativas con respecto al impacto que pueda tener en el tipo de finalización del tratamiento. Esto es, no se encuentran diferencias entre los que terminan con éxito el tratamiento y los que no lo terminan, en función de la toma de este fármaco. Esto podría explicarse por el hecho de que la prescripción de este medicamento se ha hecho de acuerdo con las características individuales de cada paciente, atendiendo a mecanismos psicológicos deficitarios para el autocontrol y que fueron compensados temporalmente con esta medida de control externo. Los resultados muestran que, como sucede con cualquier otro fármaco, el uso de la medicación Antabus no debería contemplarse como medida generalizada para el control de la abstinencia del alcohol aislada de una intervención psicoterapéutica (Monrás et al., 2000).

Este estudio evalúa un modelo desarrollado a lo largo de diecisiete años, a través de los que se han ido incorporando nuevas estrategias y dinámicas terapéuticas sobre una misma estructura de componentes esenciales de la intervención. Probablemente una psicoterapia de grupo es eficaz cuando aborda suficientemente la psicopatología comórbida. La posibilidad y adaptabilidad de las estrategias terapéuticas utilizadas, la incorporación del apoyo farmacológico durante el tiempo necesario o la celeridad con la que se logran determinados objetivos probablemente han permitido que un porcentaje elevado de pacientes hayan finalizado con éxito el tratamiento y no hayan reiniciado tratamiento con posterioridad a lo largo de los años. Puede decirse que los pacientes que finalizan el tratamiento en grupo con alta terapéutica y asisten a todas las sesiones de revisión tienen menos probabilidad de recaer posteriormente.

Si bien no se ha podido evaluar en este trabajo el impacto de las intervenciones paralelas con familiares de los pacientes tal y como hicimos en un estudio previo (Martínez-González, Albein, Munera y Verdejo, 2012), se constata a lo largo de los años que la asistencia de familiares a las sesiones de revisión durante el tratamiento beneficia la evolución de los pacientes.

Una limitación de este trabajo guarda relación con el hecho de haber analizado en profundidad el impacto de la medicación solo al iniciar el tratamiento y no a lo largo de todo el tratamiento. Esta tarea es real-

mente complicada, pero será un objetivo para próximas investigaciones. Por otro lado, la gran variabilidad en el tiempo de seguimiento tras el alta no nos permite profundizar en esta variable suficientemente.

Extended Summary

The aim of this study was to analyse the outcome of cognitive-behavioral group therapy conducted in an addiction outpatient treatment centre, and specifically the role of dual diagnosis.

The allocation of patients to this therapeutic modality is based on a clinical triage process. The sample consisted of 130 men with alcohol dependence (DSM-IV-TR, 2002), with a mean age of 43.59 years and a mean duration of alcohol related problems of 14.05 years. All participants were assessed with the SCID-I (First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1999) to identify Axis I disorders and the International Personality Disorder Examination (Loranger et al., 1994; Spanish version by López-Ibor, Pérez, & Rubio, 1996) to identify personality disorders. Thirty-eight participants (30.6 % of the sample) had disorders of Axis I, mostly mood and anxiety disorders, and 50 participants (39.7 % of the sample) had personality disorders. Within the subsample with personality disorders, 15 participants (31.3%) also had axis I disorders.

Socio-demographic and treatment-related information was obtained from clinical histories and the Online Information System of the *Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones, Junta de Andalucía* [Andalusian Government Plan for Drugs and Addictions]. This online system records the treatment episodes underwent by people enrolled in the network of publicly funded treatment centres in Andalucía. It also records the therapists and the therapeutic activity for each individual and treatment episode. This system was used to track if people enrolled in our group therapy had subsequently returned to treatment, and to ascertain their current therapeutic status. We assessed the cases that fell into a time interval between 2 and 18 years since the group therapy completion.

The intervention was conducted in alignment with the main components of Beck's model (Beck & Freeman, 1995) with tailored adjustments for patients with personality disorders (Martínez-González & Verdejo-García, 2014). The main components of the therapy can be found in the Appendix. It consists of open groups that incorporate new patients as they commence treatment. Participants leave the group as soon as they achieve their therapeutic objectives. The maximum number of patients is nine, who share the recovery process with peers that have been abstinent for several months or close to treatment end. The frequency of group sessions is one per week, with a duration of 60 minutes each. In parallel to the treatment with patients, one family member attends the group session once per month to review the progress of their significant other. Both the sessions with patients and with families are conducted by the same psychologist.

The duration of group treatment was mainly determined by the progress of each patient, and discharge was recommended when the main components of the therapeutic program had been achieved. The mean duration for the sample was of 9.36 months. Seventy patients (53.8%) spent fewer than 12 months in treatment. After discharge, they undergo four follow-up appointments across one year (every three months), with the goal of reviewing their stability.

To classify the type of discharge we used the standardized classification of the network of publicly funded treatment centres in Andalucía. (1) Therapeutic Discharge, when the patient has achieved the therapeutic goals such as abstinence, lack of craving and adequate levels of quality of life and healthy lifestyle, as well as improved psychopathological symptoms. The information provided by family members and blood analyses were crucial information to grant this discharge. Time was not a key criterion, but it was considered when the patient had been at least four months in treatment. (2) Voluntary Discharge is granted if patients have been in treatment for at least

two months but not all the therapeutic goals have been achieved. This category groups patients that have generally progressed well but do not wish to continue or find the therapy incompatible with other work/life commitments. (3) Change in Therapeutic Recommendation is granted when group therapy has to be replaced with an individualized approach due to inadequate progress or commitment in the group. (4) Dropout is when the patient fails to attend the group within the first two months of treatment or shows lack of minimal progress or commitment, regardless of the duration of therapy. These cases leave the centre and hence they do not follow subsequent individualized therapy.

Out of the sample, 56.2% finished treatment with Therapeutic Discharge. Of them, 75.3% did not subsequently return to treatment. This figure went up to 77.7% when considering only those cases that attended the follow-up sessions after discharge; 58% of patients with personality disorders finalized treatment with Therapeutic Discharge. Thus, the presence of personality disorders does not predict the type of discharge.

This study has important clinical findings: cognitive behavioral therapy is effective for group treatment of patients with alcohol dependence; abstinence duration does not have a significant impact on treatment results; returns to treatment after discharge are not linked to the time spent in treatment, illustrating that therapeutic progress is not only dependent on the passage of time and rather related to achievement of therapeutic goals; participants that successfully finish treatment spend significantly more time in treatment compared to those who fail to complete successfully, so that better results are linked to longer treatments; most dropouts and voluntary discharges take place during the third and the sixth months of treatment respectively; although a substantial proportion of patients take Disulfiram during the first months of treatment, no differences are observed in treatment results as a function of medication; patients that finalize group treatment with therapeutic discharge and attend all the follow-up sessions have less likelihood of returning to treatment afterwards.

The progressive adaptation of treatment services to the specific needs of the patients with dual diagnosis over the last years has probably contributed to improving the treatment of patients with addiction and additional psychopathologies. Group therapy is effective when it comprehensively addresses the co-morbid psychopathologies. The flexibility of the therapeutic approaches employed, the incorporation of adjunctive pharmacological treatment during the necessary time, or the efficiency with which they achieve therapeutic goals have probably allowed a high proportion of patients to successfully finalize treatment and to avoid return to treatment over the years.

Conflicto de Intereses

Los autores de este artículo declaran que no tienen ningún conflicto de intereses.

Referencias

- APA (20014). *DSM - 5 Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Madrid, España: Panamericana.
- Becoña, E. y Cortés, M. (Coord.) (2008). *Guía clínica de intervención en adicciones*. Valencia, España: Sociodrogalcohol.
- Beck, A. T. y Freeman, A. (1995). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Barcelona, España: Paidós.
- Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F. y Liese, B. S. (1999). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Barcelona, España: Paidós.
- Cacciola, J. S., Alterman, A. L., Rutherford, M. J., McKay, J. R. y Suider, E. C. (1996). Personality disorder and treatment outcome in methadone maintenance patients. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 184, 234-239.
- Calvo, E., Pérez, A., Sacristán, P. y Paricio, C. (2009). Terapia de grupo en prevención de recaídas del alcoholismo frente a seguimiento ambulatorio habitual. *Adicciones*, 21, 15-20.

- Fernández-Álvarez, H. (2004). Terapia de grupo y trastornos de personalidad. En H. Fernández-Álvarez y R. Opazo Castro (Comps.), *La integración en psicoterapia* (pp. 229-256). Barcelona, España: Paidós.
- Fernández, J. y Secades, R. (2003). Tratamientos psicológicos y combinados empíricamente apoyados. En E. García, S. Mendieta, G. Cervera y J. R. Fernández (Eds.), *Manual SET de alcoholismo* (pp. 415-433). Madrid, España: Sociedad Española de Toxicomanía.
- First, M., Spitzer, R., Gibbon, M. y Williams, J. (1999). *Guía del usuario para la entrevista clínica estructurada para los trastornos de la personalidad del Eje I del DSM-IV (SCID-I)*. Madrid, España: Masson.
- Golden S, Halliday K, Khantzián E, McAuliffe W. (1995). Terapia de grupo dinámica para pacientes adictos a sustancias: Reconceptuación. En: A. Alonso y H. Zwiller (Eds.), *Psicoterapia de Grupo en la práctica clínica*. México, DF: Editorial El Manual Moderno.
- Graña, J. L. (1994). *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid, España: Debate.
- Guardia, J. (Coord). (2008). *Alcoholismo. Guías clínicas Sociodrogalcohol basada en la evidencia científica* (2ª Ed). Palma de Mallorca, España. Sociodrogalcohol.
- Gunderson, J. G. y Gabbard, G. O. (2002). *Psicoterapia en los trastornos de la personalidad*. Barcelona, España: Ars Médica.
- López, A. (2007). Abordaje de los trastornos de la personalidad de dependientes de cocaína. En *Habilidades clínicas y terapéuticas en el manejo de pacientes con adicción a la cocaína. Formación continuada en adicciones* (p. 46). Plan Nacional Sobre Drogas.
- López-Ibor, J., Pérez, A. y Rubio, V. (1996). *Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad; Módulo DSM-IV*. Versión española. Madrid, España: Organización Mundial de la Salud.
- Loranger, A. W., Sartorius, N., Andreoli, A., Berger, P., Buchheim, P., Channabasavanna, S. M., ... Regier, D. A. (1994). The International Personality Disorder Examination: The World Health Organization/Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration International Pilot Study of Personality Disorders. *Archives of General Psychiatry*, 51, 215-224.
- Lorenzo, A., Arnaiz B. y Varela, I. (1998). Diagnóstico Dual en pacientes con abuso de alcohol. *XXV Jornadas Nacionales Sociodrogalcohol* (tomo II, pp. 609-615). Tarragona, España.
- McCarter, K., Halpin, S., Baker, A., Kay-Lambkin, F., Lewin, T., Thornton, L., ... Kelly, B. (2016). Associations between personality disorder characteristics and treatment outcomes in people with co-occurring alcohol misuse and depression. *BMC Psychiatry*, 16, 210. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0937-z>
- McCrary, B., Rodríguez, R. y Otero-López, J. M. (1998). *Los problemas de la bebida: Un sistema de tratamiento paso a paso*. Madrid, España: Ediciones Pirámide.
- Martínez-González, J. M. (2011). Drogodependencias y trastornos de la personalidad: variables relevantes para su tratamiento. *Papeles del Psicólogo*, 32, 166-174.
- Martínez-González, J. M., Albein, N., Munera, P. y Verdejo-García, A. (2012). La psicoeducación como estrategia para mejorar el apoyo familiar percibido del paciente con dependencia al alcohol con trastorno de la personalidad. *International Journal of Psychology Research*, 5, 18-24.
- Martínez-González, J. M., Graña, J. L. y Trujillo, H. (2009). Influencia de los trastornos de la personalidad y patrones de consumo en la eficacia de un programa de prevención de recaídas para el tratamiento del alcoholismo. *Adicciones*, 21, 105-112.
- Martínez-González J. M., Graña J. L. y Trujillo, H. M. (2011). Estudio longitudinal sobre calidad de vida, craving y ajuste psicológico en pacientes dependientes del alcohol: variaciones en función de los trastornos de la personalidad. *Adicciones*, 23, 227-235.
- Martínez-González, J. M. y Trujillo, H. M. (2005). Creencias y ajuste psicológico de la persona que acompaña al drogodependiente y creencias de éste durante el tratamiento. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 5, 43-66.
- Martínez-González, J. M. y Verdejo-García, A. (2014). *Drogodependientes con trastornos de la personalidad. Guía de intervenciones psicológicas*. Bilbao, España: Desclee de Brouwer.
- Monrás, M., Freixa, N., Ortega, L., Lligoña, A., Mondón, S. y Gual, A. (2000). Eficacia de la terapia de grupo para alcohólicos. Resultados de un ensayo clínico controlado. *Medicina Clínica*, 115, 126-31.
- Pascual, F., Freixa, F., Rodríguez-Martos, A., y Torres, M. A. (2014). *Historia del tratamiento del alcoholismo*. Palma de Mallorca, España: Sociodrogalcohol.
- Ross, H. E., Glaser F. B. y Germanson T. (1988). The prevalence of psychiatry disorders in patients with alcohol and other drug problems. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1023-1031.
- Skodol, A. (2007). Manifestaciones, diagnóstico clínico y comorbilidad. En J. M. Oldham, A. E. Skodol y D. Bender (Eds.), *Tratado de los trastornos de la personalidad* (pp. 59-90). Madrid, España. Elsevier Masson.
- Tonigan J. S., Connors, G. J. y Miller, W. R. (1998). Special populations in Alcoholics Anonymous. *Alcohol Health Research World*, 22, 281-5.
- Vaillant, G. E. (1983). *The natural history of alcoholism: Path to recovery*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Verheul, R., Van den Bosch, L. y Ball, S. (2007). Abuso de sustancias. En J. M. Oldham, A. E. Skodol y D. Bender (Eds.), *Tratado de los trastornos de la personalidad* (pp. 465-478). Madrid, España. Elsevier Masson.
- Verheul R., Van den Brink W. y Hartegrs, C. (1998). Personality disorders predict relapse in alcoholic patients. *Addictive Behavior*, 23, 869-882.
- Verinis J. S. (1996). Effect of an orientation to treatment group on the retention of alcoholics in outpatient treatment. *Substance use and misuse*, 31, 1423-1431.
- Wendell, O. (1993). Tratamiento del alcoholismo: consideraciones generales. En NS Miller y MS Gold, *Alcohol*. Palma de Mallorca, España: Citran.

Apéndice

Componentes esenciales de la intervención

Establecer el rapport con el paciente

Se trata de cuidar todos los aspectos que afectan a la relación terapéutica. En este caso la relación terapéutica se desarrolla en grupo. Los pacientes deben conocer las normas esenciales para su participación y causas por las que se les puede excluir. Es esencial que los pacientes inicien la experiencia de grupo, se les da la oportunidad de intervenir asumiendo que pueden no hacerlo con total libertad. Se les sugiere que acudan al menos a cuatro sesiones antes de decidir si quieren o no continuar.

Educación a los pacientes en el modelo cognitivo

Que el paciente comprenda la relación causal entre cogniciones, afecto, conducta, *craving* y consumo de drogas; reducir la intensidad y la frecuencia de los impulsos de consumir drogas mediante la refutación de las creencias subyacentes; enseñar al paciente técnicas específicas a fin de controlar y manejar sus impulsos (ej. entrenamiento en autocontrol); ayudar al paciente a encontrar formas más satisfactorias de afrontar los problemas reales y sentimientos desagradables sin tener que volver a consumir alcohol (ej. entrenar en estrategias de resolución de conflictos). Que el paciente descubra la presencia e impacto de las creencias básicas, automáticas e instrumentales relacionadas con el consumo de drogas y que aprenda a detectarlas. El paciente debe comprender que la fuerza de voluntad no es simplemente el mantenimiento pasivo del malestar cuando se desea consumir, si no que es un proceso activo para aplicar técnicas de autoayuda.

Entrenamiento en estrategias cognitivas y conductuales

Establecer metas realistas y específicas

El manejo del craving y los impulsos de consumo

Evaluar la percepción idiosincrásica del *craving*. Se trata de que el paciente contraste sus predicciones en relación a la intensidad y duración del *craving*; enseñar al paciente a que comprenda los distintos factores que contribuyen al *craving* (ej. creencias básicas, creencias sobre el propio *craving*, la exposición a estímulos de alto riesgo); comprender mejor la experiencia subjetiva del paciente; centrarse en la importancia de manejar los impulsos y el *craving*; describir al paciente técnicas que puedan ayudarlo a afrontar mejor sus impulsos y su *craving* (ej. técnicas de distracción, la utilización de tarjetas, técnicas de imaginación o elaboración de respuestas racionales a los pensamientos automáticos relacionados con los impulsos).

Prestar atención a las creencias por su enorme influencia en los sentimientos y conductas

Discriminar entre creencias acerca del alcohol, creencias sobre lo que espera del alcohol, creencias que llevan a darse permiso para consumir. Discriminar entre las creencias anticipatorias, las orientadas hacia el alivio y las facilitadoras o también denominadas permisivas. Evaluar, examinar y probar la veracidad de las creencias nucleares adictivas con el paciente con el objetivo de poder reemplazarlas por creencias de control. Conocer "la función" del consumo de alcohol indagando en la cronología del abuso.

Utilizar estrategias para la prevención de recaídas

El paciente debe conocer la conexión entre las creencias básicas adictivas, las creencias sobre el *craving* y el consumo analizando la recaída desde el modelo cognitivo; técnicas para prevenir y controlar la recaída: identificación de los estímulos de alto riesgo; estrategias para afrontar estímulos de alto riesgo, análisis de las ventajas y desventajas; desarrollar redes de apoyo social; estrategias cognitivas para afrontar los estímulos de alto riesgo (ej. lista de actividades distractoras que puede utilizar cuando se encuentra ante los estímulos de alto riesgo). Se contempla la posibilidad de utilizar interdictores durante los primeros meses de tratamiento.

Manejo de los problemas vitales generales

Atención a problemas que pueden influir negativamente en el logro de objetivos terapéuticos: problemas matrimoniales y familiares, económicos, estresores cotidianos (trabajo con mucha presión), legales, médicos.

Intervención ante la crisis: en la medida en que los pacientes afronten las crisis con éxito sin tomar drogas, aumentará su autoconfianza y habilidades futuras de afrontamiento (ej., identificación de signos de alarma).

Atención a otros trastornos del Eje I y/o II concomitantes

Trastornos clínicos. Intervención con estrategias psicológicas y psicofarmacología.

Trastornos de la personalidad. Se hace especial hincapié en el análisis y modificación de creencias nucleares de los trastornos de la personalidad presentes en el grupo, se abordan las estrategias hiper e infradesarrolladas y se llevan a cabo intervenciones específicas dirigidas a rasgos de personalidad.

Intervención con familiares para el seguimiento del caso. El objetivo de estas sesiones fue básicamente evaluar la evolución del paciente a lo largo del tratamiento en grupo, revisando la consecución de objetivos de cambio de los pacientes, logro de metas, toma de medicación, mantenimiento de la abstinencia y mejoras en la calidad de vida autopercibida.