

* MANUAL DEL
TERAPEUTA:
SESIONES
PSICO-
EDUCATIVAS
PARA
USUARIOS

terapeutas

modelo matrix

MANUAL DEL TERAPEUTA
PROGRAMA MATRIX
PENITENCIARIO (PMP)



* MANUAL DEL
TERAPEUTA:

terapeutas

modelo matrix

MANUAL DEL TERAPEUTA
PROGRAMA MATRIX
PENITENCIARIO (PMP)



EDITA

Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias
de la Región de Murcia

DEPÓSITO LEGAL

MU xxx-2013

ISBN

978-84-616-2703-5

MAQUETACIÓN

FH2

IMPRIME

IMnova
www.imnova.com

Quedan reservados todos los derechos. El contenido de esta obra está protegido por la ley, que establece penas de prisión y/o multas, además de las correspondientes indemnizaciones por daños y perjuicios, para quienes reprodujeren, plagiaran, distribuyeren o comunicaren públicamente, en todo o en parte, una obra literaria, artística o ejecución artística fijada en cualquier tipo de soporte o comunicada a través de cualquier medio, sin la preceptiva autorización.

manual del terapeuta sesiones psico- educativas para usuarios

Versión revisada por

Manuel Illera Hernández, Juan Carrión Tudela, Juan Carlos Guillen
Albacete (Equipo técnico PMP), Verónica Noor Salameh, María Dolores
Oñate Sánchez, Juan Jiménez Roset.

Instituciones participantes

Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias Treatnet Spain
Instituciones Penitenciarias
Servicio Murciano de Salud

Contenidos

FUNDAMENTOS PSICOLÓGICOS DEL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS POR ABUSO DE SUSTANCIAS. **11**

¿Que es la adicción?	11
Diferentes perspectivas históricas de la adicción.	13
Modelos Neuropsicológicos actuales de la adicción	15
Principios básicos, de todo tratamiento eficaz en adicciones por el NIDA	22
Preguntas frecuentes sobre adicciones.	25

EL ENTORNO PENITENCIARIO Y LAS ADICCIONES **31**

Situación de la población reclusa drogodependiente en los centros penitenciarios españoles.	31
Intervenir en el medio penitenciario	34
Las condiciones y oportunidades en el medio penitenciario	34
Problemas asociados al consumo de drogas	36
El tratamiento en prisiones como itinerario terapéutico	37
Programas de intervención	38

MODELO INTENSIVO MATRIX **41**

Modelo Matrix Penitenciario	42
Adaptaciones	42
Descripción del Modelo Matrix Penitenciario	43
Estructura del Modelo Matrix Penitenciario	46
Sesiones individuales/conjuntas	46
Grupo de Habilidades de Recuperación Temprana	46
Grupo de Prevención de Recaídas	48
Evidencia empírica del grupo de Prevención de Recaídas.	50
Grupo de Educación Familiar	51
Grupo de apoyo social	52
Programa de Analíticas de orina	53
Trabajar con usuarios co-lideres	54
Destinatarios del modelo	55
¿Cuál es la tarea del terapeuta?	56
En qué se diferencia Matrix penitenciario del resto de programas	56

ESTADIOS DE CAMBIO Y ENTREVISTA MOTIVACIONAL	57
El modelo transteórico	57
Evidencia empírica del Modelo Transteórico del cambio	59
Entrevista Motivacional	62
Nuevo enfoque de la motivación	62
¿Qué es la entrevista motivacional?	63
Cinco principios fundamentales de la entrevista motivacional	67
Elementos que apoyan la motivación al cambio	72
¿Por qué la entrevista motivacional en prisiones?	75
Evidencia empírica de la entrevista motivacional	76

FICHAS PARA LAS SESIONES INDIVIDUALES Y CONJUNTAS	83
IC 0 A Compromiso tratamiento y comunicación de datos	85
IC 0 B Camino de la droga	87
IC 0 C Rol terapeuta profesional IIPP	91
IC 0 D Sacar el mayor partido a la terapia grupal	95

FICHAS PARA SESIONES TRANSVERSALES	95
ST 1 Eslogan o lema	99
ST 2 Presión de grupo en prisión	104
ST 3 Preparación de permiso	107
ST 4 Preparación de salida a libertad	111
ST 5 Derivación a recursos externos	115
ST 6 Video fórum	117

FICHAS PARA LAS SESIONES DE HABILIDADES DE RECUPERACIÓN TEMPRANA	123
HRT 2 Cuestionario de disparadores externos calle-centro	126
HRT 3 Cuestionario de disparadores internos calle-centro	127

FICHAS PARA LA PREVENCIÓN DE RECAÍDAS	129
PR 2 Bienestar y aburrimiento	131
PR 3B Cuadro de amarres para la recuperación	133
PR 10 Sexo y recuperación	135
PR 15 Gestionar mi vida y mi peculio	137
PR 16 A Controles de orina	140
PR 16 B Controles de orina control	141
SE SC Sesiones Complementarias	143

MÓDULO DE SESIONES PSICOEDUCATIVAS PARA FAMILIARES	145
Objetivos generales	150
Sesiones familiares del Programa Matrix Penitenciario	150
Sesión familiar introductoria	152
Sesión 1. Disparadores y deseos	156
Sesión 2. El Mapa de la recuperación	163
Sesión 3. Alcohol y cannabis	171
Sesión 4. Recuperación (presentación de expertos)	177
EF 4A Panel de expertos: ficha para usuarios expertos	179
EF 4B Panel de expertos: ficha para familiares expertos	182
Sesión 5. Afrontar la posibilidad de una recaída	184
EF 5A Afrontar la posibilidad de una recaída (usuario)	186
EF 5B Afrontar la posibilidad de una recaída (familiar)	188
EF 5C Familiares y recuperación	190
Sesión 6. Reconstruyendo la confianza	191
EF 06 Reconstruyendo la confianza	193

01

FUNDAMENTOS PSICOLÓGICOS DEL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS POR ABUSO DE SUSTANCIAS

¿QUÉ ES LA ADICCIÓN?

El estudio científico del comportamiento adictivo ha permitido reconocer la gran importancia de los procesos de aprendizaje en la génesis y mantenimiento de las adicciones. Disponemos de bastante evidencia científica sobre las adicciones químicas, pues suponen un grave problema psicosocial en muchas sociedades modernas. Afortunadamente, se ha investigado mucho sobre los posibles mecanismos psicobiológicos que las sustentan, los cuales se expondrán más adelante.

De acuerdo con la **Organización Mundial de la Salud (OMS, 1994)**, en su glosario de términos de alcohol y drogas, vigente desde la fecha señalada, la adicción a las drogas o alcohol es:

Un consumo repetido de una o varias sustancias psicoactivas, hasta el punto de que el consumidor (denominado adicto) se intoxica periódicamente o de forma continua; muestra un deseo compulsivo de consumir la sustancia (o las sustancias) preferida; tiene una enorme dificultad para interrumpir voluntariamente o modificar el consumo de la sustancia y se muestra decidido a obtener sustancias psicoactivas por cualquier medio (p. 13).

Por otro lado, la adicción, desde el punto de vista del **National Institute on Drug Abuse (NIDA, 2012)**, es considerada una enfermedad crónica del cerebro, a menudo con recaídas, caracterizada por la búsqueda y el consumo compulsivo a pesar de las consecuencias negativas para la persona adicta y los que le rodean. Además, produciendo deterioro en la toma racional de decisiones, al mismo tiempo, que prioriza los deseos de búsqueda y consumo. Por tanto, el inicio y mantenimiento de la abstinencia en las personas con trastornos adictivos no depende exclusivamente de la intencionalidad o firme voluntad de abandonar el consumo.

Confirmando la perspectiva del National Institute of Drug Abuse, **Tiffany**, establece que la conducta de consumo de drogas:

- Se automatiza y ejecuta con rapidez y eficacia.
- Resulta difícil de inhibir.
- Se realiza sin apenas esfuerzo cognitivo, pudiendo completarse en ausencia de intención consciente.
- Las secuencias conductuales quedan almacenadas en registros de memoria a largo plazo.

Así mismo, el **National Institute on Drug Abuse (NIDA, 2001)**, matiza que en la mayoría de casos de adicción hay una tolerancia acusada y un síndrome de abstinencia, que ocurre cuando frecuentemente se para el consumo de forma abrupta.

La tolerancia hace referencia a la adaptación a la sustancia que va experimentando la persona que consume, donde cada vez necesita más cantidad para sentir el mismo efecto.

El síndrome de abstinencia, según la **OMS (1994)** es un conjunto de síntomas con grado de intensidad y agrupamiento variable, que aparece cuando se interrumpe o se reduce el consumo de una sustancia psicoactiva, donde dicho consumo ha sido repetitivo, generalmente, durante un periodo prolongado y/o en dosis altas.

Desde **Neuromatrix (2017)**, la adicción es una enfermedad compleja, caracterizada por el deseo vehemente, la búsqueda y el consumo compulsivo y en ocasiones incontrolable de consumir una droga, que persiste a pesar de las consecuencias extremadamente negativas, siendo un mecanismo de aprendizaje implícito, que se realiza con independencia de los mecanismos que intervienen en las conductas conscientes o voluntarias.

Desde la evidencia de que el cerebro regula las funciones básicas del cuerpo, permitiéndonos interpretar y responder a todo lo que experimentamos y dando forma a los pensamientos, emociones y comportamientos, el abuso de determinadas drogas se sabe que afectan áreas de éste, responsables de la percepción e interpretación de todas ellas, pudiendo alterar, en consecuencia, el estado anímico y a otras capacidades como planificar, resolver problemas y tomar decisiones (**Neuromatrix, 2017**).

Existen múltiples factores que influyen en el mantenimiento de la conducta adictiva, y que dan lugar a graves repercusiones clínicas y sociales de las personas que padecen esta compleja enfermedad. El abuso de sustancias produce cambios cerebrales fundamentales que afectan al sistema de recompensa, motivación, procesos psicológicos básicos (atención, concentración, memoria, aprendizaje) y a las funciones básicas del control inhibitorio del comportamiento.

Diversas fuentes de evidencia (incluyendo estudios preclínicos en animales, estudios farmacológicos, neuropsicológicos y de neuroimagen) han destacado de modo convergente la relevancia de las alteraciones cognitivas y emocionales asociadas a los efectos del consumo sobre el funcionamiento del cerebro y de los individuos drogodependientes, o de individuos con alto riesgo de iniciarse en el consumo. Específicamente, se ha incrementado el interés por conocer los correlatos neuropsicológicos y neuroanatómicos del consumo de distintas drogas, con especial énfasis en los mecanismos neurocognitivos de supervisión, autorregulación y control de la conducta. En este contexto, se ha producido un intenso y creciente interés por la investigación de los procesos de toma de decisiones de los individuos drogodependientes, ya que las posibles alteraciones de estos procesos pueden tener repercusiones directas sobre el inicio del consumo, la transición entre el consumo esporádico y la adicción, los problemas de funcionamiento cotidiano de los consumidores y el fenómeno de las recaídas (**Neuromatrix, 2017**).

En los últimos años ha aumentado la demanda de exploraciones neuropsicológicas en los sujetos adictos, especialmente en aquellos en los que se sospecha una afectación cerebral que altera su estado cognitivo, ya

sea ésta consecuencia del consumo o causa de vulnerabilidad al mismo. La evaluación neuropsicológica no se centra exclusivamente en identificar una posible alteración de las funciones reguladas por la corteza cerebral, sino que se dirige, cada vez más, hacia las necesidades de tratamiento que tienen las personas afectadas por alteraciones en las funciones cerebrales superiores; lo que permite entender la importancia creciente de los programas de rehabilitación neuropsicológica, para hacer frente a los cambios funcionales producidos en el cerebro, debido a un uso abusivo de sustancias psicoactivas.

Como consecuencia de su complejidad, el fenómeno del consumo de drogas puede ser abordado desde múltiples perspectivas científicas. Se han propuesto diversos mecanismos explicativos de las adicciones, desde factores genéticos, biológicos y de personalidad, hasta procesos de aprendizaje e influencias culturales y de interacción social (**Neuromatrix, 2017**).

DIFERENTES PERSPECTIVAS HISTÓRICAS DE LA ADICCIÓN

Desde la perspectiva del **TIP 35**, los modelos de tratamiento han evolucionado rápidamente en respuesta a las nuevas tecnologías, investigaciones y al cambio de las teorías de la adicción asociadas con las intervenciones terapéuticas, para poder explicar, dar sentido, e influenciar en los tratamientos actuales.

Los seis modelos de adicción que se describen a continuación han competido por captar la atención, y poder servir de guías en la aplicación de estrategias de tratamientos durante los últimos 50 años.

Modelo Moral: desde esta perspectiva, la

adicción surge de una toma de decisión libre y voluntaria por parte del usuario, que va en contra de aspectos religiosos, morales o legales, siendo consecuencia de una falta de disciplina y autocontrol, la cual parte de una acción intencional e irresponsable. Su consecuencia es una pena judicial o privación de libertad.

Modelo médico: este modelo ve la adicción como una enfermedad crónica y progresiva. Los modelos médicos más recientes, adquieren un punto de vista “biopsicosocial” más amplio, coherente con la concepción de las enfermedades crónicas determinadas por varios factores. Sin embargo, el énfasis se sigue concentrando en las causas físicas, pues los factores genéticos tienen un papel principal. El tratamiento bajo este modelo se ofrece generalmente, en hospitales o en entornos clínicos, e incluye tratamiento farmacológico, como primera opción en el tratamiento. La responsabilidad no recae en el usuario, pues el cambio reside en el reconocimiento de la pérdida de control, el cumplimiento de los medicamentos prescritos y participar en grupos de autoayuda.

El modelo espiritual: Tiene una gran trascendencia en Estados Unidos, en concreto por los Grupos de 12 Pasos, Alcohólicos Anónimos, Narcóticos Anónimos, etc. Este modelo se confunde, con frecuencia con el modelo moral y médico. El consumo de sustancias se contempla como un intento para lograr llenar un vacío personal y espiritual. Todos los modelos espirituales comparten un reconocimiento de las limitaciones del ser y un deseo de lograr la salud por medio de una conexión con lo que trasciende al individuo.

Estos modelos dan menos importancia a la etiología que a la importancia del camino espiritual para la recuperación. El primero de los 12 Pasos, es reconocer que uno mismo

no se puede recuperar por su única voluntad, sino que la recuperación se centra a través de la espiritualidad. Así mismo, la meditación trascendental, basada en la práctica espiritual oriental, se ha practicado ampliamente como un método para recuperarse del consumo de sustancias, y evitar las recaídas.

El modelo psicológico: Dentro del modelo psicológico de la adicción, ha reinado durante mucho tiempo la perspectiva psicoanalítica, donde el consumo de sustancias se interpretaba como un síntoma de mal funcionamiento del ego, la cual es una parte de la personalidad que comunica la identidad de la persona con las exigencias del mundo exterior. De esta perspectiva el consumo de sustancias ha sido un intento por compensar las vulnerabilidades en la estructura del ego. Por lo tanto, el tratamiento fortalecería los mecanismos internos, a través de establecer controles externos, pasando de un cambio interno o intra-psíquico, hacia un cambio externo o interpersonal.

Desde otras escuelas, se ha visto como un síntoma de un trastorno mental subyacente. Desde esta perspectiva, el tratamiento adecuado de la patología subyacente, debe traer como resultado la solución del problema del consumo de sustancias. Sin embargo, durante las últimas décadas, una cantidad sustancial de investigación y de atención clínica, han revelado una relación más compleja entre los trastornos psiquiátricos y el consumo de sustancias. Específicamente, el consumo de sustancias puede provocar diferentes consecuencias como: causar, aparentar, enmascarar o empeorar los síntomas o trastornos psiquiátricos o psicológicos; también el síndrome de abstinencia puede acelerar los síntomas ya existentes, o bien pueden coexistir un trastorno de consumo de sustancias, con un trastorno psiquiátrico o psicológico, así como estos últimos pueden

provocar también comportamientos que se asemejan a los asociados con problemas por consumo de sustancias.

Desde la perspectiva conductual, el consumo de sustancias se ha tratado como un comportamiento aprendido, que se repite en relación directa a la cantidad, frecuencia e intensidad de los refuerzos que siguen a cada episodio de consumo. Otras variables sociales, como la pertenencia al grupo de iguales, o la influencia social, también han actuado como reforzadores. Según esta perspectiva, el cambio sucede si los refuerzos se reemplazan por consecuencias negativas o castigos, y el usuario aprende a aplicar estrategias para gestionar las situaciones que les llevan al consumo.

Por último, otros psicólogos han enfatizado el papel de los procesos cognoscitivos en el comportamiento adictivo. El concepto de Bandura de autoeficacia, como la habilidad percibida para cambiar o controlar el comportamiento de uno mismo, ha influenciado en los conceptos más actuales de la adicción.

Modelo Sociocultural: Desde esta perspectiva, se enfatiza la importancia de los procesos de socialización y del medio ambiente en el que se desarrolla el individuo para desarrollar, modificar, o mejorar el trastorno por consumo de sustancias. Los factores que afectan al consumo de sustancias incluyen posición socioeconómica; creencias culturales y étnicas; disponibilidad de sustancias a través de la legislación vigente y las penas en prisión; las normas familiares y las expectativas de los padres, así como las de los compañeros; y la presencia y ausencia de reforzadores.

Las vías importantes para el cambio, se basan en crear nuevas relaciones sociales y familiares sanas, desarrollar destrezas y

competencias sociales y trabajar en el entorno cultural del individuo. Desde esta perspectiva, se contempla también la renovación de valores y la ética de cada persona, así como el crecimiento espiritual, que pueden mejorar la culpa, vergüenza, el arrepentimiento y la tristeza, tan presente en las adicciones.

Modelo biopsicosocial: El campo de la adicción ha buscado una construcción sencilla para integrar todas las distintas perspectivas planteadas previamente. El marco se llama biopsicosocial, donde se establece que todas las enfermedades crónicas, ya sea por consumo de sustancias, cáncer, diabetes, enfermedades coronarias, se abordan mejor desde un acercamiento colaborativo y comprensivo que gestiona todos los componentes imprescindibles biopsicosociales, conservando aquellos elementos y técnicas eficaces de los modelos anteriores y eliminando las suposiciones erróneas.

MODELOS NEUROPSICOLÓGICOS ACTUALES DE LA ADICCIÓN

De acuerdo, con **Neuromatrix (2017)**, se define la adicción desde el punto de vista neurobiológico como formas de inflexibilidad cognitiva en relación a impulsividad y compulsividad en el sistema mesocorticot dopaminérgico.

En las últimas décadas, la investigación científica contempla la adicción como un fenómeno complejo que involucra varios sistemas cerebrales, extracerebrales y extraneurales. En términos generales, el proceso adictivo implica una interacción de alteraciones en tres sistemas funcionales (**Goodman, 2008**):

- Motivacional/recompensa
- Regulación afectiva
- Inhibición comportamental

Los déficits y las vías implicadas en la adicción a sustancias son esencialmente las mismas que participan en adicciones sin sustancias, pero también en otros procesos como el enamoramiento romántico, el apego parental y el arousal o activación sexual (**Frascella, Potenza, Brown, & Childres 2010**).

La adicción es el producto de un desequilibrio en la interacción de dos sistemas neurales implicados en la toma de decisiones: un sistema impulsivo: **la amígdala**, para señalar el dolor o el placer como perspectivas inmediatas, y un sistema reflexivo, **la corteza prefrontal**, para la señalización de las consecuencias a largo plazo, y cuya alteración provoca la pérdida del control sobre la voluntad.

En términos generales, y como ha quedado evidenciado en una reciente revisión, los estudios coinciden en mostrar que el abuso continuado de sustancias se relaciona con deterioros en el funcionamiento neuropsicológico, que son de dos tipos:

1. Un efecto general sobre memoria episódica, procesamiento emocional y funciones ejecutivas,
2. Un efecto específico de cada sustancia, más pronunciado en alguno de los dominios neuropsicológicos.

Todos los déficits tienden a reducirse con la abstinencia, pero algunos muestran una persistencia incluso tras largos periodos sin consumo. Esta persistencia puede estar relacionada con alteraciones estructurales persistentes o más tardías en remitir, como la reducción de la materia gris en el cortex medial

orbitofrontal **(Tanabe, Tregellas, Dalwani, Thompson, Owens & Crowley, 2009).**

Sin embargo, el más potente predictor de deterioro al inicio del tratamiento y de recuperación en abstinencia, no es un componente biológico, sino el nivel de apoyo social recibido por la persona y el grado de disfunción ejecutiva. Estos últimos, son un excelente predictor de gravedad de la adicción y psicopatología asociada **(Pedrero Pérez, Olivar-Arroyo, Rojo Mota, Llanero Luque y Puerta García, 2011).**

Por lo tanto, existen diversos fenómenos que producen la extinción de la conducta adictiva, sin necesidad de tratamiento, como es la remisión, el abandono del consumo, o la recuperación, pudiendo ser y de hecho es, en la mayor parte de los casos espontánea, sin requerir tratamiento médico o psicológico.

A la luz de estos hallazgos, el concepto de adicción puede ser considerado una alteración, en gran medida reversible, del funcionamiento cerebral, que implica prioritaria, pero no exclusivamente, al cortex frontal **(Neuromatrix, 2017)**

Para comprender el inicio del consumo, se debe contemplar desde los modelos neuroevolutivos que se han desarrollado a partir de los avances en el conocimiento de la maduración cerebral a través de estudios longitudinales de neuroimagen **(Lenroot & Giedd, 2006).** La presunción básica de estos modelos es que durante la adolescencia se produce un desequilibrio biológico entre la temprana maduración del núcleo estriado (y sus proyecciones excitatorias) y la tardía maduración de la corteza prefrontal (y sus proyecciones inhibitorias), lo cual se asocia con mayores dificultades para controlar conductas motivadas por recompensas inmediatas y sin valorar su afectación a largo

plazo **(Neuromatrix, 2017)**

Por lo que la adolescencia se convierte en un periodo crítico de vulnerabilidad a los efectos reforzantes de las drogas a corto plazo, pero sin valorar sus consecuencias a largo plazo. A este desequilibrio también contribuye la relativa inmadurez de las conexiones entre la corteza prefrontal/cingulada y la amígdala, cuya maduración es clave para el desarrollo de las capacidades de anticipación de consecuencias negativas **(Ernst & Fudge, 2009).** Por tanto, a nivel neuropsicológico, resulta clave el desarrollo de la capacidad para inhibir conductas, para determinar diferencias individuales en la susceptibilidad al consumo de drogas y la adicción.

La adolescencia se caracteriza por comportamientos basados en la búsqueda de sensaciones y de independencia, y la necesidad de explorar y de vivir nuevas experiencias que posibilitan la adquisición de las habilidades necesarias para madurar y llegar a convertirse en personas adultas **(Spear, 2000).**

Al inicio de la adolescencia la ejecución en tareas de resolución de problemas y comprobación de hipótesis, no es, todavía, equiparable a la del adulto. Tampoco planifican estratégicamente una conducta como lo hace un adulto. La fluidez verbal y no verbal también parece ser una función tardía, que no completa su desarrollo hasta, aproximadamente, los 15 años. Durante la adolescencia continúa mejorando la velocidad de procesamiento, el uso de estrategias y el control inhibitorio; todas estas capacidades están relacionadas con circuitos cerebrales ampliamente distribuidos. Asimismo, los circuitos encargados de la autorregulación todavía están madurando. Este hecho, unido a la necesidad que tienen los adolescentes de vivir nuevas experiencias, provoca que,

a menudo, tomen decisiones erróneas y encuentren dificultad para controlar sus impulsos. Los adolescentes que tienen una red social adecuada y una familia estructurada presentan un menor número de problemas de conducta y de conductas de riesgo. Por lo tanto, parece que, el desarrollo junto con el entorno, pueden estar en la base de los cambios en el humor y el comportamiento que aparecen en la adolescencia. Este marco que se nos presenta en la adolescencia y los modelos evolutivos nos muestran unas implicaciones básicas para la prevención. Parece un hecho constatado el cada vez más precoz inicio de la pubertad lo que lleva parejo un mayor riesgo de vulnerabilidad.

Desde el Modelo de la transición impulsividad-compulsividad (Everitt & Robbins, 2005; Everitt et al., 2008) la adicción representa una transición desde una fase inicial en la que las drogas se consumen por sus efectos reforzantes (a los que serían más vulnerables individuos con altos niveles de impulsividad premórbida) hacia una fase de dependencia en la que las conductas de consumo se transforman en rituales compulsivos que se mantienen a pesar de sus consecuencias negativas (Belin, Mar, Dalley, Robbins & Everitt, 2008; Dalley et al., 2007). Esta transición se produciría como consecuencia de los efectos de las drogas sobre los sistemas dopaminérgicos implicados en el aprendizaje motivado y la programación de conductas motoras. La sobre-estimulación de estos sistemas, produce una progresiva automatización de las secuencias motoras asociadas al consumo y una reducción del umbral de activación necesario para disparar estas secuencias. Como resultado, se reemplaza la conducta dirigida a objetivos en la que el individuo persigue las drogas por el reforzamiento que obtiene por una conducta automática e inflexible en la que el control motivado del consumo desaparece (es decir,

en este estadio lo importante no es tanto el “qué” sino el “cómo”). A nivel anatómico, esta transición se plasmaría en el desplazamiento del control de la conducta desde la corteza prefrontal hacia los ganglios basales y dentro de estos desde regiones anteriores (núcleo accumbens, con ricas conexiones hacia la corteza prefrontal y la amígdala) a regiones posteriores especializadas en la programación y el mantenimiento de secuencias motoras (núcleo estriado dorsal). Desde este modelo se plantea la necesidad de evaluar de manera exhaustiva y específica los distintos aspectos del eje impulsividad-compulsión, incluyendo paradigmas de inhibición de respuesta, descuento asociado a la demora, reflexión-impulsividad y reversión de aprendizajes (Verdejo García et al., 2008).

En cuanto a las posibles intervenciones psicológicas, hay que señalar que la técnica que ha demostrado mayor eficacia en el tratamiento de ambos trastornos es la denominada “exposición con prevención de respuesta”. Este tratamiento consiste en someter al sujeto a una situación que teme o que desencadena un impulso irrefrenable y evitar la respuesta que el sujeto daría en condiciones normales, de evitación en el primer caso y de impulsividad en el segundo. En este sentido, sería más adecuado denominarlas “técnicas de exposición con prevención de respuesta evitativa” cuando se orientan a enseñar al sujeto a no evitar el malestar para este componente compulsivo versus “técnicas de exposición con prevención de respuesta exploratoria” para cuando la motivación se centra en la impulsividad, ya que ambas situaciones coocurren en el mismo sujeto (Neuromatrix, 2017)

Los últimos avances en la comprensión de los circuitos neuronales de la impulsividad y la compulsividad han llevado a la noción de que muchos trastornos psiquiátricos diferentes

comparten estas dos dimensiones de la psicopatología, relacionadas en parte con un procesamiento de información ineficiente en los circuitos del cortex prefrontal/estriatal.

La impulsividad puede ser definida como la incapacidad de detener el inicio de acciones e implica a un circuito cerebral centrado en el estriado ventral, relacionado con el tálamo, el cortex prefrontal ventromedial y el cortex cingulado anterior. La compulsividad puede ser definida como la incapacidad de terminar acciones que ya están en marcha.

De manera simplificada, la impulsividad y compulsividad son síntomas que ocurren cuando el cerebro tiene que hacer un gran esfuerzo para decir “no”. De hecho, estos dos constructos de síntomas quizá podrían ser mejor diferenciados por el modo en el que no logran controlar las respuestas: impulsividad como la incapacidad de impedir el inicio de acciones y compulsividad como la incapacidad de terminar acciones que están en marcha. **Tanto impulsividad como compulsividad son, por tanto, formas de inflexibilidad cognitiva.**

Más concretamente, la impulsividad se define como una actuación sin prever las consecuencias; la falta de reflexión sobre las consecuencias de la conducta propia; la incapacidad de posponer la recompensa, con preferencia de la recompensa inmediata, a una recompensa más beneficiosa pero aplazada; la incapacidad de inhibición motora, a menudo incurriendo en conductas de riesgo; o (menos científicamente) la falta de voluntad para no caer en tentaciones.

Por otro lado, la compulsividad se define como acciones inadecuadas para determinadas situaciones, pero que, no obstante, persisten y que, a menudo, resultan en consecuencias no deseables. De hecho, la compulsividad

se caracteriza por la incapacidad de adaptar la conducta tras un feedback negativo. Los hábitos son un tipo de compulsividad, y puede considerarse como respuestas desencadenadas por estímulos del entorno con independencia de la conveniencia actual de las consecuencias de esa respuesta. Los hábitos pueden ser considerados respuestas condicionadas (cómo búsqueda de drogas, búsqueda de comida y juego) a un estímulo condicionante (como el estar con otras personas o en lugares o en contacto con objetos relacionados con drogas, comida, o juego en el pasado) que han sido reforzados y consolidados por una experiencia pasada con recompensa (refuerzo positivo) o por la omisión de un evento aversivo (pérdida del refuerzo negativo que surge de la abstinencia o de las ansias por el consumo). Mientras que la conducta orientada a un objetivo viene mediada por el conocimiento y el deseo de las consecuencias, por el contrario, los hábitos son controlados por estímulos externos a través de asociaciones estímulo-respuesta que quedan impresas en los circuitos del cerebro a través de la repetición conductual e instauradas tras una considerable formación, pueden ser automáticamente desencadenados por estímulos y están definidos por su insensibilidad ante sus consecuencias. Dado que las acciones orientadas a un objetivo son relativamente exigentes a nivel cognitivo, para las rutinas del día a día podría resultar adaptativo el confiar en hábitos que se pueden realizar con un mínimo estado de consciencia. Sin embargo, los hábitos también representan una perseverancia gravemente mal adaptativa de conductas **(Neuromatrix, 2017)**

Neuroanatómicamente, la impulsividad y compulsividad se muestran con circuitos neuronales diferentes: la impulsividad como el sistema de aprendizaje de acción-resultado ventralmente dependiente y la compulsividad como un sistema de hábitos

que es dorsal. Muchas conductas empiezan como impulsos en el circuito ventral de recompensa y motivación. Con el tiempo, sin embargo, algunas de estas conductas migran dorsalmente debido a una cascada de neuroadaptaciones y neuroplasticidad que se basa en el sistema de hábitos por medio del cual un acto impulsivo finalmente se vuelve compulsivo.

Un ejemplo bien conocido de migración ventral a dorsal es la adicción. Aunque se cree que el uso inicial de la sustancia es voluntario y relacionado con impulsividad, las personas que abusan gradualmente pierden el control de su conducta de búsqueda y consumo de sustancias, que se vuelve compulsiva.

Los individuos con adicciones a sustancias o conductas experimentan tensión y acción como anticipación a la realización de la conducta, que se convierte en humor disfórico (aunque sin abstinencia fisiológica) cuando no pueden realizar la conducta o tomar la sustancia. El placer o gratificación que causa la sustancia/conducta inicialmente, sin embargo, disminuye con el tiempo, quizá requiriendo un aumento de las dosis (por ej. apostar cantidades de dinero mayores, tomar más cantidad o con mayor frecuencia la sustancia en cuestión) para obtener los mismos efectos.

Una alta impulsividad predispone al desarrollo de compulsividad y es un elemento predictivo de exceso de dependencia de esos hábitos. La formación de hábitos acelerada podría estar detrás de la transición en individuos que tienen una alta impulsividad a conductas compulsivas y hábitos. La compulsividad es claramente una perseverancia maladaptativa de la conducta.

Todos los fármacos que pueden dar lugar a adicción aumentan la dopamina (DA) en

el estriado ventral, también llamado *nucleo accumbens*. Esta área se conoce como la vía de la dopamina mesolímbica. La vía común de refuerzo y recompensa en el cerebro es también en teoría esta misma vía dopaminérgica mesolímbica.

Por último, hay que señalar que mientras las impulsiones se guían más por estímulos externos, es decir, el ambiente tiene una gran influencia en la conducta del sujeto, en las compulsiones la conducta responde más a estímulos internos, como la ansiedad o los pensamientos obsesivos. Por eso, en las conductas impulsivas son eficaces las terapias basadas en el control estimular: los sujetos suelen funcionar bien en centros aislados donde no están expuestos a situaciones relacionadas con el consumo y en general se les recomienda que eviten situaciones de riesgo como forma de prevenir las recaídas. En cambio en las conductas compulsivas (como sucede en el trastorno obsesivo-compulsivo) el control estimular resulta más complicado, precisamente porque estos sujetos responden a estímulos internos, como la inquietud por el deseo de consumir para huir del displacer **(Neuromatrix, 2017)**

El modelo de alostasis y estrés (Koob & Le Moal, 2001, 2008) plantea que la adicción es resultado de un cambio en el control de la conducta motivada desde los mecanismos de reforzamiento positivo, dirigidos a la obtención de recompensas, a los mecanismos de reforzamiento negativo, dirigidos a reducir el estrés y el malestar e intentar restablecer un falso equilibrio homeostático (denominado “alostasis”).

La principal implicación de los modelos de alostasis-estrés para la evaluación neuropsicológica de individuos drogodependientes sería la necesidad de evaluar la experiencia emocional del usuario

y cómo su estado afectivo repercute en sus funciones cognitivas superiores. En el contexto de la rehabilitación este modelo ha enfatizado la relevancia de los estados motivacionales de estrés en la inducción del craving y las recaídas.

El Modelo de la sensibilización al incentivo (Robinson & Berridge, 2001, 2003, 2008) plantea que la exposición repetida a distintas drogas de abuso puede producir (en determinados individuos y bajo determinados patrones de exposición) neuroadaptaciones persistentes en las neuronas y circuitos cerebrales que normalmente se encargan de atribuir relevancia motivacional a los estímulos que encontramos en el entorno; éste es un proceso clave para la conducta motivada ya que el organismo se energiza ante la posibilidad de conseguir estímulos señalados como relevantes por este proceso evaluativo. El resultado de estas neuroadaptaciones es que el circuito se torna hipersensible a los estímulos relacionados con las drogas de consumo. Un aspecto clave del modelo es la disociación entre los efectos de placer o displacer producidos por las drogas (“liking”) y los efectos asociados a la valoración motivacional generada por las drogas (“wanting”). De acuerdo con el modelo, conforme avanza el proceso adictivo los efectos del liking se reducen de manera proporcional al incremento de los efectos del wanting, lo que explica que los individuos con trastornos por uso de sustancias persistan en el consumo de drogas a pesar de que éstas van perdiendo sus efectos placenteros.

Dentro de los modelos basados en la sensibilización de los mecanismos motivacionales encontramos el *Modelo del “Daño en la Atribución de Relevancia y la Inhibición de Respuesta” I-RISA; (Goldstein & Volkow, 2002)*. La tesis principal del modelo I-RISA es que la adicción es resultado de la

alteración de dos sistemas complementarios. Por un lado, el sistema encargado de detectar y valorar la relevancia motivacional de los reforzadores realizando una valoración exagerada de las propiedades reforzantes de las drogas y a su vez deprecia la relevancia motivacional de otros reforzadores naturales (p.e., comida, dinero, sexo, relaciones sociales). Por otro lado, está dañado el sistema de inhibición encargado de detener conductas que son inapropiadas para las demandas del organismo y el contexto, por lo que existen dificultades para inhibir conductas motivacionalmente relevantes; en este caso, el consumo de drogas.

El daño en estos dos sistemas repercutiría de manera transversal en varias fases de la adicción, incluyendo los consumos iniciales, la intoxicación y el consumo en forma de atracones, el craving, o la recaída incluso después de periodos de abstinencia prolongada. Asimismo, el modelo especifica que el daño de estos sistemas afectaría al funcionamiento de diversos mecanismos neuropsicológicos, incluyendo memoria y condicionamiento (hipocampo y amígdala), motivación y programación de respuestas motoras (ganglios basales), inhibición de respuesta (corteza cingulada) y toma de decisiones (corteza orbitofrontal).

El núcleo central de este modelo es doble. Por un lado se postula la importancia de las propiedades reforzantes de las drogas y por otro la importancia de los procesos de inhibición.

Con respecto a las propiedades reforzantes parece que habría sujetos que, posiblemente por vulnerabilidad genética, tienden a sobreestimar las propiedades reforzantes de las drogas otorgándoles tanta relevancia en la gestión de la vida y del organismo como pudieran tener la comida, la bebida o el

sexo. Por otro lado resulta muy interesante el planteamiento de la importancia de los procesos de inhibición, posiblemente más asociados a aspectos del neurodesarrollo y de las experiencias tempranas. Es importante señalar que entre que el cerebro recibe una información y responde a ella emitiendo una respuesta, el tiempo libre que queda es de 100 ms. lo que ha hecho plantear a algunos autores el problema del libre albedrío (muy importante en las conductas adictivas), el cerebro pone en marcha la conducta automáticamente y en este breve fracción de tiempo lo único que podemos hacer es inhibirla (de hecho se refieren al “libre no albedrío”).

Por tanto, los procesos de sensibilización motivacional, programación motora e inhibición de respuesta deben evaluarse de manera exhaustiva en individuos drogodependientes en distintos momentos del proceso terapéutico.

En relación con la intervención, el modelo sugiere la necesidad de intervenir en dos ámbitos fundamentales:

- (i) el procesamiento motivacional y afectivo de reforzadores naturales vs reforzadores de consumo
- (ii) el entrenamiento de las funciones ejecutivas, especialmente de inhibición y toma de decisiones.

Dentro de los Modelos basados en las alteraciones de la toma de decisiones encontramos *el Modelo del marcador somático aplicado a las adicciones* (Verdejo García y Bechara, 2009; Verdejo García, Pérez-García y Bechara, 2006); dicho modelo define la adicción como una disfunción de los sistemas neuropsicológicos implicados en la toma de decisiones, incluyendo mecanismos motivacionales,

emocionales, amnésicos y de selección de respuestas. Este modelo está basado en la hipótesis del marcador somático de **Damasio (1994, 2000)**, la cual sostiene que la toma de decisiones es un proceso guiado por señales emocionales (marcadores somáticos), de manera que el consumo repetido de drogas es el resultado de una disfunción de los sistemas neurobiológicos encargados de la generación y adecuada “lectura” de los marcadores somáticos necesarios para la toma de decisiones adaptativas. Específicamente, esta disfunción resultaría en una mayor dificultad para asignar estados emocionales adecuados a los escenarios cognitivos de decisión, propiciando un proceso de decisión despojado del valor emocional asociado a las potenciales consecuencias de las distintas opciones de respuesta y, por tanto, sesgado hacia opciones de reforzamiento inmediato, incluso cuando éstas conllevan importantes repercusiones negativas a medio y largo plazo. De este modo cuando la persona adicta tiene disponibilidad de drogas en su entorno, o bien recuerda, imagina, o re-experimenta situaciones de consumo, los marcadores emocionales asociados con el consumo serían mucho más potentes que los marcadores adaptativos y sesgarían la toma de decisiones hacia el consumo en detrimento de otras posibilidades más adaptativas a largo plazo.

Desde la perspectiva de Damasio podemos plantear algunas reflexiones de indudable interés para un acercamiento más adecuado al estudio de la motivación en los adictos: hay individuos que pueden razonar adecuadamente sin embargo sus emociones no acompañan al razonamiento; cuando existe un deterioro en esta necesaria integración entre pensamiento y emoción ocurre que el dominio personal y social es el más afectado; existe una relación íntima entre razonamiento (cerebro) y emoción (cuerpo) ya que el organismo constituido por

la asociación cerebro-cuerpo interactúa con el ambiente como un todo. Esta hipótesis resulta muy sugerente para explicar las conductas adictivas por varios aspectos.

El primero de ellos hace referencia al papel que puede jugar la falta de actividad en el lóbulo frontal que ha sido encontrada en adictos en la falta de voluntad exhibida por estos sujetos; en segundo lugar explicaría el escaso efecto que tiene la intervención cognitiva para lograr este objetivo ya que no basta que un sujeto sepa que algo no es adecuado necesita además sentirlo (igual que siento asco cuando huelo algo putrefacto necesito sentir miedo cuando me imagino las consecuencias de la conducta adictiva); en tercer lugar podemos establecer relaciones más sólidas entre la relación cerebro-mente; y en cuarto lugar, debe plantearnos la búsqueda de estrategias terapéuticas que tengan en cuenta las emociones para que se produzca un cambio estable en el individuo.

Las principales implicaciones del modelo para la evaluación neuropsicológica en individuos drogodependientes se refieren a la necesidad de caracterizar neuropsicológicamente los procesos de toma de decisiones de los consumidores de sustancias incluso después de periodos prolongados de abstinencia; así, se han descrito alteraciones de la toma de decisiones y sus sustratos neuroanatómicos incluso tras varios años de abstinencia (**Tanabe et al., 2009**). Desde el modelo se propone que la intervención debe centrarse tanto en el entrenamiento en la experimentación e identificación de señales afectivas como en la rehabilitación de funciones cognitivas superiores implicadas en la atención focalizada, la detección de errores, la inhibición de respuesta, la toma de decisiones y la capacidad de posponer las gratificaciones.

PRINCIPIOS BÁSICOS, DE TODO TRATAMIENTO EFICAZ EN ADICCIONES

Como bien nos recuerda la **Guía Clínica de Intervención Psicológica en Adicciones (2007)**, el *Nacional Institute on Drug Abuse* (NIDA) publicó en 1999, un total de trece principios, derivados de la investigación empírica, realizada en los treinta años anteriores, considerados relevantes para el tratamiento efectivo de las drogodependencias (**National Institute on Drug Abuse, 2016**) (ver Tabla ¿?).

Vistos desde la perspectiva actual, estos principios continúan plenamente vigentes. A través de dichos principios se intenta explicar las conexiones entre el modelo subyacente a los tratamientos psicológicos y los principios de tratamiento efectivos, con el fin de resaltar el carácter central y necesario de los tratamientos psicológicos en la concepción y planificación de las intervenciones terapéuticas efectivas en las drogodependencias.

1. La adicción es una enfermedad compleja pero tratable que afecta el funcionamiento del cerebro y el comportamiento.

Las drogas de abuso alteran la estructura y la función del cerebro, lo que ocasiona cambios que persisten cierto tiempo después de haber cesado el consumo, como bien describen los modelos neuropsicológicos de la adicción. Esto explica el porqué de las recaídas incluso después de largos períodos de abstinencia y a pesar de las consecuencias potencialmente dañinas.

2. No hay un solo tratamiento que sea apropiado para todas las personas.

Es de suma importancia lograr una combinación adecuada entre la situación particular de cada usuario, el entorno del mismo y el tratamiento, para poder atender las necesidades particulares, y de forma integral del mismo.

3. El tratamiento debe estar fácilmente disponible en todo momento.

Ya que las personas con problemas de adicción pueden tener dudas sobre si comenzar o no un tratamiento, es muy importante aprovechar los recursos asistenciales disponibles para cuando el paciente busque ayuda y tratamiento. Se puede perder a usuarios potenciales si los tratamientos no están disponibles inmediatamente o si no son de acceso fácil. Como ocurre con otras enfermedades crónicas, cuanto antes se ofrezca tratamiento, mayor será la probabilidad de éxito.

4. El tratamiento eficaz abarca las necesidades diversas de la persona, no solamente su problema de consumo de sustancias.

Para que el tratamiento sea eficaz, debe no sólo abordar el problema del consumo de sustancias, del usuario, sino también cualquier otro problema médico, psicológico, social, vocacional y legal que tenga. Igualmente, es importante que el tratamiento sea apropiado para la edad, sexo, grupo étnico y cultura de cada usuario.

5. Para que el tratamiento sea eficaz, es esencial que el usuario lo continúe durante un periodo adecuado de tiempo.

La duración apropiada del tratamiento depende del tipo y la severidad de los problemas y las necesidades de cada persona. Las investigaciones indican que la mayoría de los usuarios requieren por lo menos tres meses de tratamiento para reducir de forma significativa los deseos o detener el consumo de sustancias, aunque los mejores resultados se logran con periodos más largos de tratamiento.

La recuperación es un proceso largo y con frecuencia requiere varios ciclos de tratamiento. Como sucede con otras enfermedades crónicas, puede haber recaídas en el consumo de sustancias, lo que indica la necesidad de restablecer o ajustar el tratamiento. Ya que muchos usuarios abandonan el tratamiento, los programas deben incluir estrategias que creen una buena adherencia terapéutica y compromiso en la recuperación.

6. La terapia individual y grupal, además de la terapia conductual, son las formas de tratamiento más comunes para el consumo de sustancias.

Las terapia conductual varía según el enfoque y puede estar orientada a dirigir la motivación del usuario para el cambio; brindar incentivos o refuerzos para la abstinencia; desarrollar habilidades para mantener la abstinencia; reemplazar actividades donde se consumen drogas por actividades constructivas y gratificantes para el usuario; mejorar las aptitudes y habilidades para resolver problemas y propiciar mejores relaciones interpersonales. De igual manera, la participación durante y después del tratamiento en terapia grupal y grupos de ayuda mutua, ayuda a mantener la abstinencia a largo plazo.

7. Para muchos usuarios, la medicación constituyen un elemento importante en el tratamiento, especialmente cuando se combina con la orientación psicológica y otros tipos de terapia conductual.

Bien es conocido el empleo de algunos fármacos para disminuir los deseos de consumo, la dependencia física de la sustancia y aumentar la retención del tratamiento, así como el compromiso. Como es el caso de la metadona y la Buprenorfina, eficaces para ayudar en la adicción a la heroína y otros opioides, a estabilizar su vida y reducir el consumo de sustancias ilícitas. La Naltrexona también es un medicamento eficaz para algunos usuarios con adicción a opioides o adicción al alcohol. Otros medicamentos para el tratamiento de la dependencia al alcohol incluyen el acamprosato y el disulfiram.

8. El tratamiento de cada usuario debe ser evaluado continuamente y, de ser necesario, modificado.

El usuario puede necesitar durante el tratamiento diferentes recursos. Además de la orientación psicológica, o terapia grupal, el usuario puede necesitar medicación, rehabilitación, terapia familiar o mediación, orientación para la educación de los hijos, ayuda de servicios sociales y de profesionales del ámbito legal y de justicia. Para muchos usuarios, un enfoque de cuidado, apoyo y orientación durante todo el tratamiento, con una intensidad variable dependiendo de las necesidades del usuario, es el enfoque que contribuye a los mejores resultados.

9. Muchas personas con problemas de adicción pueden llevar asociado un trastorno mental.

El consumo de sustancias y la adicción son ambos trastornos mentales, donde a menudo se presentan concurrentemente con otras enfermedades mentales. Aquellos usuarios que presentan uno de estos trastornos deben ser evaluados para identificar si tienen algún otro tipo de patología mental. Cuando estos problemas se presentan simultáneamente, el tratamiento debe estar dirigido a los dos (o más) problemas, y debe incluir el uso de medicación si fuera necesario.

10. La desintoxicación médica es sólo la primera etapa del tratamiento para la adicción y por sí misma hace poco para cambiar el consumo de sustancias a largo plazo.

Aunque a través de la desintoxicación médica se pueden manejar de forma segura los síntomas físicos agudos de la abstinencia y, en ciertos casos, facilitar el camino para un tratamiento de la adicción eficaz a largo plazo, la desintoxicación, por sí sola, rara vez es suficiente para ayudar a lograr una abstinencia prolongada. Por esta razón, se debe animar a los usuarios para que continúen el tratamiento para la adicción después de la desintoxicación.

11. El tratamiento no tiene que ser voluntario para ser eficaz.

Las sanciones por el sistema de justicia penal o los ingresos involuntarios, incentivados por las familias pueden incrementar significativamente el número de usuarios que ingresan en la red asistencial, con igual probabilidad de éxito que si fuese un ingreso voluntario. Pues la motivación durante la recuperación va modificando, así como la

adherencia terapéutica, y los beneficios de la abstinencia pronto empiezan a ser evidentes para el paciente.

12. El consumo de sustancias durante el tratamiento debe ser contrastado constantemente, ya que pueden ocurrir consumos aislados o recaídas durante el tratamiento.

El hecho de saber que el consumo de sustancias se vigila y contrasta con reactivos, puede ser un gran incentivo para los usuarios, y puede ayudarles a mantener la abstinencia. El análisis de orinas, sirve como indicador temprano de una recaída en el consumo de sustancias, lo que puede indicar que es necesario reajustar el plan de tratamiento del usuario para que se adapte mejor a sus necesidades.

13. Los programas de tratamiento deben incluir exámenes para el VIH/SIDA, la hepatitis B y C, la tuberculosis y otras enfermedades infecciosas, además de brindar una terapia especialmente dirigida a ayudar a los usuarios a modificar o cambiar aquellas conductas que los ponen en riesgo de contraer o transmitir enfermedades infecciosas.

El tratamiento para el consumo de sustancias aborda algunas de las conductas relacionadas con las drogas que ponen a las personas en peligro de enfermedades infecciosas. La orientación psicológica específicamente dirigida a reducir el riesgo de enfermedades infecciosas puede ayudar a los usuarios a seguir reduciendo o evitar comportamientos asociados al consumo de sustancias u otros comportamientos de riesgo. Asimismo, la

orientación psicológica puede ayudar a los que ya tiene una enfermedad infecciosa a gestionar mejor su enfermedad. A su vez, el compromiso con el tratamiento para el consumo de sustancias puede facilitar el cumplimiento de otros tratamientos médicos.

Los usuarios pueden mostrar resistencia a someterse a la prueba de VIH (y otras enfermedades infecciosas); por lo tanto, es primordial que los profesionales fomenten y apoyen las pruebas de detección de VIH e informen a los usuarios que se ha comprobado que la terapia antirretroviral altamente activa (HAART, por sus siglas en inglés) es eficaz para combatir el VIH, incluso en las poblaciones de personas con problemas de adicción.

PREGUNTAS FRECUENTES SOBRE ADICCIONES

Con el fin de clarificar ciertas dudas que siguen surgiendo en torno a las adicciones, se presentan las siguientes preguntas proporcionadas por la **Guía Clínica de Intervención Psicológica en Adicciones (2007)**.

1. ¿Por qué algunas personas con problemas de adicción no pueden dejar de consumir sustancias psicoactivas?

Al principio, casi todas las personas con una adicción creen que pueden dejar de usar sustancias por sí mismos, y la mayoría trata de hacerlo sin recibir tratamiento. Aunque algunas personas sí lo logran, muchos intentos fracasan cuando se quiere lograr la abstinencia a largo plazo. La investigación científica, ha validado que el consumo de sustancias a largo plazo produce un cambio

estructural en el cerebro, que persiste cierto tiempo después de dejar el consumo. Estos cambios funcionales inducidos por el consumo de drogas pueden tener consecuencias sobre el comportamiento, lo que incluye la incapacidad para ejercer control sobre el impulso de consumir a pesar de las consecuencias adversas, característica determinante de la adicción, mencionado previamente en **el Modelo de la transición impulsividad-compulsividad (Everitt & Robbins, 2005)**.

El hecho de que la adicción tenga un componente biológico importante puede ayudar a explicar la dificultad para lograr mantener la abstinencia si no se recibe tratamiento. La presión psicológica laboral, problemas familiares, enfermedad psiquiátrica, pueden despertar impulsos/deseos intenso de consumo o *craving*, sin que la persona se percate de cuál ha podido ser el factor desencadenante. Cualquiera de los factores mencionados, puede impedir una abstinencia sostenida y aumentar la probabilidad de una recaída. Sin embargo, la investigaciones indican que la participación activa del usuario en un tratamiento es un componente esencial para alcanzar buenos resultados y beneficiando a las personas con las adicciones más severas.

2. ¿En qué consiste el tratamiento para las adicciones?

El tratamiento puede darse en una variedad de entornos, de muchas formas distintas y por diferentes periodos de tiempo. Puesto que la adicción suele ser un trastorno crónico caracterizado por recaídas ocasionales, por lo general, no basta con un solo tratamiento a corto plazo. Para muchas personas, el tratamiento es un proceso a largo plazo que

implica bastantes intervenciones y supervisión constante.

Actualmente, se cuenta con modelos validados empíricamente para tratar la adicción. El tipo específico de tratamiento o la combinación de tratamientos varía según las necesidades individuales del usuario y, con frecuencia, según el tipo o los tipos de drogas que se consuma. La gravedad de la adicción y los intentos anteriores para dejar de consumir drogas también pueden influir en el enfoque del tratamiento. Finalmente, se suele sufrir de otros problemas de salud (incluyendo otros trastornos mentales), ocupacionales, legales, familiares y sociales, los cuales deben tratarse de forma concurrente.

Los mejores programas de tratamiento ofrecen una combinación de terapias y otros servicios para satisfacer las necesidades individuales de cada usuario de forma integral. Las necesidades específicas pueden relacionarse con aspectos como la edad, raza, cultura, orientación sexual, sexo, embarazo, consumo de otras drogas, problemas de salud concurrentes (p. ej., depresión, VIH), crianza de hijos, vivienda y trabajo, además de antecedentes de abuso físico y sexual.

Hay medicamentos, como la metadona, la buprenorfina y la naltrexona, que se emplea para el tratamiento del consumo de opioides, mientras que para el tabaco existen preparados de nicotina (parches, chicles, pastillas y vaporizador nasal) además de los medicamentos vareniclina y bupropión. El disulfiram, el acamprosato y la Naltrexona son medicamentos usados para tratar la dependencia al alcohol, la cual se presenta comúnmente junto con otras adicciones. De hecho, la mayoría de las personas con adicción severa son consumidores de diversas drogas y requieren tratamiento para todas las sustancias de las que se abusa.

Los medicamentos psicoactivos, como los antidepresivos, los ansiolíticos, los estabilizadores del estado de ánimo o los antipsicóticos pueden ser fundamentales para el éxito del tratamiento, cuando existe trastorno mental simultáneo o patología dual, como la depresión, ansiedad, trastorno bipolar, esquizofrenia, etc.

Puesto que trabajan en distintos aspectos de la adicción, la combinación de terapia individual o grupal y la terapia farmacológica (cuando es necesaria), es más eficaz que cualquier enfoque usado por sí solo.

3. ¿Es eficaz el tratamiento para la adicción?

Además de detener el abuso de sustancias psicoactivas, la meta del tratamiento es que el usuario vuelva a funcionar productivamente en la familia, el trabajo y la sociedad. De acuerdo con estudios de seguimiento de usuarios que han estado en tratamiento durante periodos prolongados, la mayoría de los que entran y permanecen en tratamiento dejan de consumir sustancias, reducen su actividad delictiva y mejoran su desempeño ocupacional, social y psicológico.

Al igual que otras enfermedades crónicas, la adicción puede ser gestionada por el usuario con bastante probabilidad de éxito. El tratamiento permite contrarrestar los efectos sumamente disruptivos que tiene la adicción, así como devolver al usuario el control de su vida. No obstante, la naturaleza crónica de la enfermedad pone de manifiesto la reincidencia en el consumo de sustancias, con índices de recaída similares a los de otras enfermedades crónicas bien caracterizadas, tales como la diabetes, la hipertensión y el asma (véase el diagrama “Comparación de los índices de

recaída entre la adicción y otras enfermedades crónicas”), que tienen componentes tanto fisiológicos como conductuales.

Lamentablemente, cuando ocurre una recaída aún se considera que el tratamiento ha sido un fracaso. Pero no es así. El tratamiento exitoso de la adicción suele requerir una evaluación continua y modificaciones que sean apropiadas, semejantes al enfoque adoptado para otras enfermedades crónicas. Por ejemplo, cuando un usuario recibe tratamiento activo para la hipertensión y los síntomas disminuyen, se considera que el tratamiento es exitoso, aun cuando los síntomas puedan reaparecer al descontinuar el tratamiento. Para el usuario con adicción, las recaídas en el consumo de sustancias no indican fracaso; más bien significan que el tratamiento tiene que ser restablecido o ajustado, o que se necesita un tratamiento alternativo.

4. ¿Cuánto tiempo suele durar el tratamiento de las adicciones?

Durante el tratamiento de la adicción, cada persona avanza a ritmo diferente, por lo que no existe una duración predeterminada para el tratamiento. Sin embargo, las investigaciones han demostrado sin lugar a dudas que la obtención de buenos resultados depende de un tiempo adecuado de tratamiento. Generalmente, para los tratamientos residenciales o para usuarios externos, tiene poco efecto la participación en un programa por menos de 90 días y, por eso, a menudo se aconsejan tratamientos que duren periodos mucho más largos. Para el mantenimiento con metadona, el mínimo de tiempo en tratamiento es de 12 meses; en algunos casos, las personas adictas a los opioides se siguen beneficiando del tratamiento de mantenimiento con metadona durante muchos años.

El abandono del tratamiento es uno de los mayores problemas que afrontan los programas de tratamiento; por lo tanto, las técnicas de motivación que mantengan a los usuarios comprometidos con el tratamiento también mejoran los resultados. Al considerar la adicción como una enfermedad crónica y ofrecer continuación de cuidados y supervisión, los programas pueden tener éxito, pero para ello a menudo se requerirán varios ciclos de tratamiento y la pronta reincorporación de los usuarios que han recaído.

5. ¿Qué ayuda a que los usuarios se mantengan en el tratamiento?

Ya que lograr resultados exitosos a menudo depende de que el usuario se mantenga en tratamiento el tiempo suficiente para poder recibir todos sus beneficios, es esencial aplicar estrategias para retener a los usuarios en el tratamiento. La permanencia del usuario depende de factores asociados tanto con el usuario como con el programa. Los factores individuales asociados con la decisión de entrar y mantenerse en el tratamiento incluyen la motivación para cambiar el comportamiento de consumo de sustancias, el grado de apoyo de la familia y las amistades y, con frecuencia, el grado de presión que ejerzan el sistema de justicia penal, los servicios de protección infantil, los empleadores o la familia. Dentro del programa de tratamiento, los profesionales clínicos que tienen éxito son los que logran establecer una relación terapéutica positiva con sus usuarios. Estos profesionales deben asegurarse de que se establezca un plan de tratamiento con la cooperación de la propia persona que lo requiere, de que el mismo sea cumplido y de que se entiendan claramente las expectativas para el tratamiento. Igualmente, se debe contar con servicios médicos, psiquiátricos y sociales.

Ya que algunos problemas (tales como una enfermedad física o mental grave o la participación en actividades delictivas) aumentan la probabilidad de que los usuarios abandonen el tratamiento, es posible que se requieran intervenciones intensivas para retener a los usuarios. Después de un ciclo de tratamiento intensivo, el proveedor debe asegurarse de que exista una transición a una continuación de cuidados más moderados para apoyar y supervisar a los individuos en su proceso de recuperación.

6. ¿Cómo pueden los familiares y las amistades ayudar a cambiar la vida de la persona que necesita tratamiento?

La familia y las amistades pueden desempeñar un papel esencial en cuanto a la motivación que les den a las personas con problemas de drogas para que entren y permanezcan en el tratamiento. La terapia familiar también puede ser importante, especialmente para los adolescentes.

La participación de un miembro de la familia o pareja en el programa de tratamiento del adicto puede fortalecer y ampliar los beneficios del mismo.

7. ¿Hay alguna diferencia entre la dependencia física y la adicción?

Sí. De acuerdo con el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (“*Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders*” o *DSM*), los criterios clínicos para la “drogodependencia” (o lo que denominamos adicción) abarcan el consumo compulsivo de las drogas a pesar de las consecuencias

perjudiciales; la incapacidad para dejar de usar una droga; el incumplimiento con las obligaciones laborales, sociales o familiares y, en ocasiones (según la droga), la tolerancia y la privación o abstinencia. Esto último refleja una *dependencia física* en la que el cuerpo se adapta a la droga, por lo que requiere cantidades mayores de la misma para lograr un determinado efecto (tolerancia) y provoca síntomas físicos o mentales específicos si la droga se interrumpe abruptamente (privación o abstinencia). La dependencia física puede ocurrir con el uso crónico de muchas drogas, incluso cuando se prescribe un uso médico apropiado. Así, **la dependencia física en sí misma no constituye adicción**, pero a menudo la acompaña.

Esta distinción puede ser difícil de discernir, sobre todo con los analgésicos de prescripción, en los que la necesidad de aumentar las dosis puede representar tolerancia o agravamiento de un problema subyacente, en contraste con el comienzo del abuso o adicción.

8. No es acaso el uso de medicamentos como la metadona y la buprenorfina un simple reemplazo de una adicción por otra?

No. Debido a la forma en que son usadas en las terapias de mantenimiento, la buprenorfina y la metadona no son reemplazos de la heroína o de otras sustancias opioides. Estos medicamentos son prescritos y administrados en condiciones de control y monitoreo; además son seguros y eficaces para tratar la adicción a los opioides cuando se usan debidamente. Se administran por vía oral o sublingual (debajo de la lengua) en dosis específicas y sus efectos farmacológicos son

marcadamente diferentes a los de la heroína y otras sustancias opioides objeto de abuso.

La heroína, por ejemplo, se suele inyectar, inhalar o fumar y casi de inmediato provoca una “oleada” o breve periodo de euforia, que desaparece rápidamente y termina en una “caída”. El usuario experimenta un deseo intenso de consumir más heroína con el fin de parar la caída y restablecer la euforia.

El ciclo de euforia, caída y deseo vehemente (a veces repetido varias veces al día) es una marca distintiva de la adicción y produce un trastorno grave del comportamiento. Estas características se deben a la rapidez con que comienza a actuar la heroína y la corta duración de su acción en el cerebro.

Por el contrario, la metadona y la buprenorfina entran en acción de manera gradual y producen niveles estables en el cerebro; como resultado, los usuarios mantenidos con estos medicamentos no experimentan oleadas, a la vez que reducen considerablemente su deseo de usar sustancias opioides. Si una persona tratada con estos medicamentos intenta tomar un opioide como la heroína, los efectos eufóricos suelen quedar disminuidos o bloqueados. Los usuarios en tratamiento de mantenimiento no sufren las anomalías fisiológicas y conductuales que causan las fluctuaciones rápidas en los niveles de la sustancia asociada al uso de heroína. Los tratamientos de mantenimiento salvan vidas y ayudan a estabilizar a los usuarios, lo que permite que se les trate otros problemas médicos, psicológicos y de otra índole, por lo que estas personas pueden desempeñarse de manera eficaz como miembros de familia y de la sociedad.

9. ¿Cómo pueden los tratamientos para la adicción ayudar a reducir la propagación del VIH/SIDA, la hepatitis C (VHC) y otras enfermedades infecciosas?

Las personas con problemas de adicción, tanto las que usan drogas inyectables como las que usan drogas no inyectables, tienen un mayor riesgo de contraer VIH, VHC y otras enfermedades infecciosas. Estas enfermedades se transmiten al compartir equipos de inyección contaminados y por involucrarse en conductas sexuales de riesgo en ocasiones asociadas con el consumo de drogas. El tratamiento eficaz para el consumo de sustancias previene el VIH porque reduce las conductas de riesgo además del consumo de sustancias. El asesoramiento dirigido a una gama de conductas de riesgo para el VIH/VHC brinda un grado adicional de prevención de estas enfermedades.

Las personas que se inyectan drogas y que no entran en tratamiento tienen una probabilidad hasta seis veces mayor de infectarse con el VIH que las personas que se inyectan pero entran y se mantienen en tratamiento, porque reducen su participación en actividades que pueden propagar enfermedades, como son el compartir equipo de inyección e involucrarse en actividad sexual sin protección. La participación en el tratamiento también ofrece oportunidades para la detección, orientación psicológica y remisión a servicios adicionales con tratamiento específico. El asesoramiento y pruebas de detección del VIH son aspectos fundamentales de los mejores programas de tratamiento para el consumo de sustancias y deben ofrecerse a todos los individuos que entran a tratamiento. Una mayor disponibilidad de pruebas de detección del VIH económicas y no invasivas ayudaría a aumentar el acceso a estos importantes servicios para la prevención y tratamiento del mismo.

02

EL ENTORNO PENITENCIARIO Y LAS ADICCIONES

Para poder realizar una aproximación al entorno penitenciario, es necesario conocer de cerca su población, a través de las últimas estadísticas recogidas en el **Plan Nacional sobre Drogas (2011)**. Es importante resaltar el entorno tan sumamente cambiante de las prisiones y sus poblaciones, pues es la institución que mayor transformación recibe, paralela a la transformación de la sociedad, más incluso que la educativa o sanitaria, como puede ser el fenómeno de la heroína a finales de los años setenta, el SIDA en los ochenta, la crisis económica, la progresión del rol de la mujer en los noventa, la influencia de la inmigración o el excesivo consumo de cocaína de la última década. Acontecimientos de una sociedad que se refleja, a gran escala, en sus prisiones.

SITUACIÓN DE LA POBLACIÓN RECLUSA DROGODEPENDIENTE EN LOS CENTROS PENITENCIARIOS ESPAÑOLES

Según los datos ofrecidos por el Ministerio del Interior, por la Dirección General de Instituciones Penitenciarias en febrero de 2017, en España, hay un total de 60.203 reclusos en las cárceles españolas, de ellos, 55.712 son hombres, representando al 92,54% y 4.491 mujeres, siendo el 7.46% del total.

Alrededor de 8.000 reclusos se encuentran en

prisión preventiva y 50.600 están penados. De todos ellos, 38.000 internos están en segundo grado, cerca de 1.000 internos en primer grado, y alrededor de 7.500 en tercer grado.

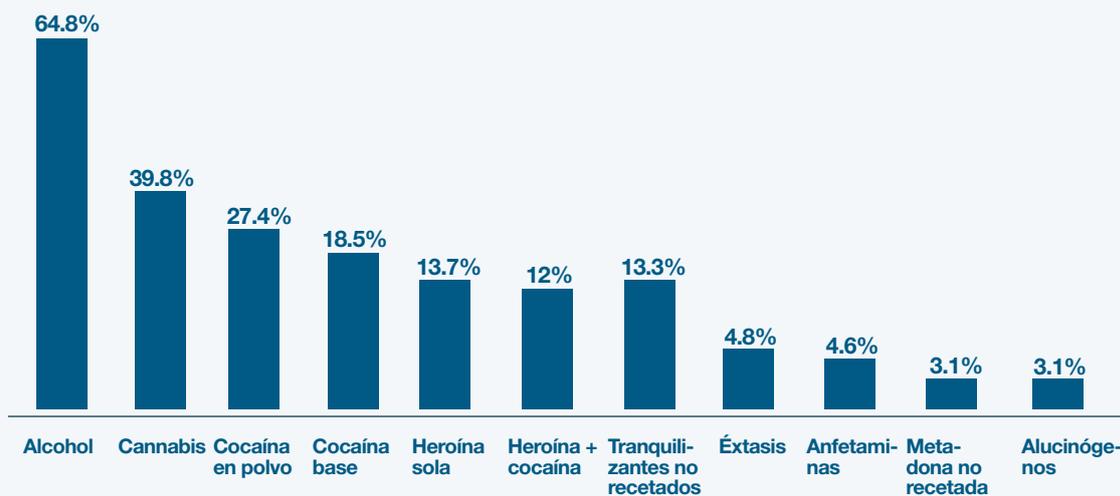
Tras conocer algunos datos relevantes, el primer aspecto que hay que conocer es la extensión o alcance del problema de adicción en el ámbito penitenciario. Se puede afirmar que los consumidores de sustancias están sobrerrepresentados en la población penitenciaria, comparándola con la población general, como podemos ver, a continuación, con los datos que ofrece la 2ª **Encuesta Estatal sobre salud y consumo de drogas en internados en instituciones penitenciarias (ESDIP) 2011**, la cual está realizada en colaboración con el Plan Nacional Sobre Drogas.

Y es que el consumo de sustancias sigue siendo uno de los problemas más importantes de las personas que ingresan en prisión. Un porcentaje muy importante de los internos son policonsumidores de drogas a diario, como podemos ver en el gráfico 1, donde se representan los porcentajes de internos que consumían las diferentes sustancias, un mes antes de ingresar en prisión.

Como podemos observar, el 76% de los internos consumía sustancias en el mes anterior al ingreso en prisión, donde el mayor consumo reside en el alcohol, el cannabis, la cocaína en polvo, base o crack.

Consumo según sustancias

El consumo de drogas afecta a una mayoría de las personas que ingresan en prisión. En el gráfico 3 se observan los porcentajes de internos que consumían las diferentes sustancias en el mes anterior al ingreso en prisión, destacando alcohol (64.8%), cannabis (39.8%), cocaína en polvo (27.4%), cocaína base o crack (18.5%), heroína sin mezclar (13.7%), mezcla de heroína y cocaína (12%) y tranquilizantes no recetados (13.3%), como las sustancias más consumidas.



Gráfica 1: Consumo según sustancias

Fuente: *Oría Drogas 2014. Encuesta sobre drogas en Instituciones Penitenciarias (ESDIP). Sistema de información permanente sobre adicción a drogas (SEIPAD).*

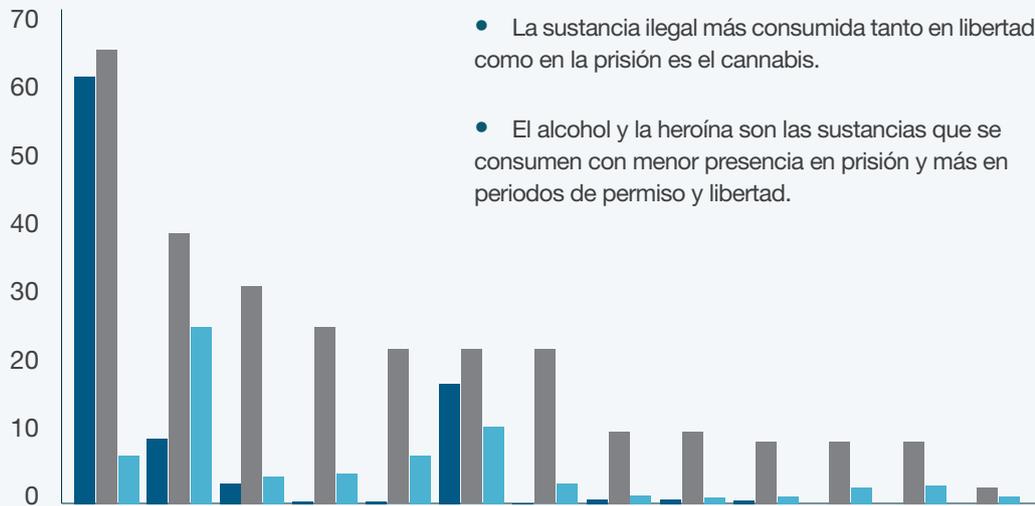
Así mismo, en la gráfica 2, podemos ver los resultados de la prevalencia del consumo de drogas, 30 días antes de entrar en prisión, (como podemos observar en la gráfica previa), pero en este caso contrastándolo con la población general ESTUDES, donde vemos que la diferencia es bastante elevada en la mayoría de sustancias, con un elevado consumo entre los que un mes después entrarán en prisión, a diferencia del alcohol y las benzodiacepinas que el consumo es muy similar entre las dos poblaciones.

En la misma gráfica 2, si se observa, la diferencia entre los últimos 30 días que le queda a un interno en prisión antes de salir, y los últimos 30 días de libertad antes de entrar en prisión, se puede observar cómo se

produce una gran disminución del consumo, durante toda la estancia del interno en prisión, lo cual demuestra la gran influencia, la contención y el éxito en los tratamientos dentro de prisión. Solo a diferencia del cannabis, que sigue siendo elevado el consumo tanto antes de entrar como después, aunque su nivel de consumo también se ve reducido a la mitad.

Lo cual demuestra el impacto del ingreso en prisión, en la disminución del consumo de todas las drogas entre los internos.

Prevalencia de consumo, últimos 30 días en las tres poblaciones



- Disminuye, globalmente, el consumo de drogas al entrar en prisión, especialmente la heroína y la cocaína.
- La sustancia ilegal más consumida tanto en libertad como en la prisión es el cannabis.
- El alcohol y la heroína son las sustancias que se consumen con menor presencia en prisión y más en periodos de permiso y libertad.

	alcohol	cannabis	cocaína en polvo	co-caína base	heroína	tranquilizantes	heroína + cocaína	éxtasis	anfetaminas	alucinógenos	metadona sin receta	otros opiáceos	inhales
Edades 2011	62.3	7	1.1	0.1	0.1	8.3		0.3	0.3	0.2			0
30 días antes ingreso	64.8	39.8	27.4	18.5	13.7	13.3	12	4.8	4.6	3.1	3.1	2.6	0.9
30 días tras ingreso	3.8	21.3	1.3	1	2.4	4.1	0.8	0.2	0.2	0.2	0.5	0.5	0.2

Gráfica 2: Prevalencia de consumo, últimos 30 días en las tres poblaciones

Por lo tanto, como podemos observar, entre estos tres patrones representados en la Gráfica 2, se infiere que:

1. Existe una relación directa entre el consumo de drogas y el comportamiento delictivo que les lleva a entrar en prisión, pues el patrón de consumo de la población que un mes después entrara en prisión, es sustancialmente elevada.
2. Hay una importante disminución del consumo de drogas en prisión, tanto por

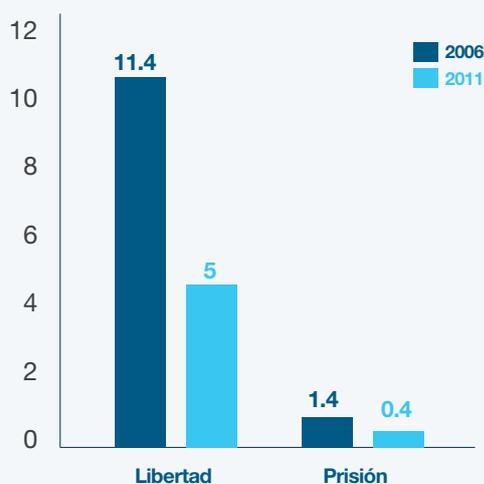
el tratamiento recibido, como el estado de contención en el que están inmersos la población penitenciaria, lo cual favorece la abstinencia y la rehabilitación en el consumo de sustancias.

Además se puede constatar en la gráfica 3, cómo se ha producido un descenso del consumo inyectado o por vía parenteral, desde 2006 a 2011, tanto en libertad como en prisión, así como la existencia de un drástico y significativo descenso del consumo, cuando la persona entra en prisión, disminuyendo

de un 5% a un 0.4%, como se recoge en la **última encuesta del PNSD (2011)**.

Consumo inyectado, alguna vez en los últimos 30 días (en libertad y en prisión)

- Descenso del consumo inyectado, tanto en libertad como en prisión.
- Los españoles declaran más consumo inyectado que los extranjeros en libertad.



Gráfica 3: Prevalencia de consumo inyectado en libertad y prisión.

Y por último, hay algunos datos que merece la pena destacar, en relación a los tratamientos recibidos dentro del ámbito penitenciario:

- Tres de cada cuatro encuestados en tratamiento, consideran haber mejorado con su último tratamiento en prisión.
- Los extranjeros manifiestan más impacto positivo en su estado de salud a partir del último tratamiento que los españoles, el 83,1% frente al 72,5%.
- Los equipos de tratamiento externos están algo mejor valorados, en impacto en salud, que los internos (79,2/69,8%).

- La deshabituación está mejor valorada que el tratamiento con metadona, 76,2 frente al 71,3%.
- Solo un 10%, de los que no están en tratamiento en la actualidad, desean iniciar uno, sobre todo hombres jóvenes, y mayoritariamente el de deshabituación (95%)

INTERVENIR EN EL MEDIO PENITENCIARIO

1. Las condiciones y oportunidades en el medio penitenciario

Como bien establece la **Guía “Actuar es Posible” del Plan Nacional Sobre Drogas**, el sistema penitenciario es un sistema complejo, con una serie de limitaciones y oportunidades, constituyendo una “institución total” en sí misma, que se describirá a continuación, referenciando y basándose en la obra clásica de **Goffman (1998) sobre las Instituciones totales** y el análisis de las prisiones del sociólogo **Juan Andrés Ligeró en La Identidad Robada (2002)**.

La mayoría de Instituciones Penitenciarias comparten las siguientes **condiciones**, a tener en cuenta (Guía “Actuar es Posible”, Plan Nacional Sobre Drogas):

- **Las prisiones son un medio físico con condicionantes espacio-temporales muy estrictos**, basados en los códigos de seguridad. La característica esencial es la fragmentación del espacio y del tiempo. Donde ningún desplazamiento es libre, con tiempos breves y fragmentados para usar: “*La paradoja del tiempo en prisión es tener todo el tiempo del “mundo” para pagar y solamente pequeños fragmentos de tiempo para usar*” (Ligeró, 2002).

-
- **Las prisiones son el modelo mismo de Institución total**, en términos de Goffman, emplea este concepto para referirse a las instituciones que organizan la vida de quien vive en ellas, los internos, con un fin racional (psiquiátrico, hospitales, prisiones, cuarteles, etc), y lo define como *“Un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente”*.

- Las instituciones totales se caracterizan por **la falta de privacidad e intimidad**, pérdida de autonomía para la mayoría de decisiones, vigilancia y registro de sus actos, lo que conlleva una infantilización del interno, separación estricta, moral y física, entre los guardianes y los guardados, los internos y los encargados de su vigilancia.

- **El efecto sobre la identidad del interno** se puede definir en dos etapas:

- El medio carcelario se convierte en la única referencia del yo, por lo que la forma de progresar es adaptarse lo mejor posible al modelo
- Se produce una ruptura de los vínculos sociales preexistentes, y con ello en ocasiones, una desposesión de la identidad del individuo, que además suele ser juzgada como negativa, pues le ha llevado a esa situación de encarcelamiento.

- **Las prisiones son también espacios que pretenden transformar a los individuos.** Para algunos autores este es el fin último de la “resocialización” basada en el tratamiento. La pena privativa no se limita a apartar a unas personas que han infringido

normas, ni castigar un delito, sino que se dota de métodos y profesionales que generen un cambio en el interno, y con ello su resocialización.

Ligero (2002) lo define como:

“El tránsito por la cárcel pasa a denominarse tratamiento y se introduce el patrón de normalidad. El preso ya no “paga” su pena por haber cometido un delito, sino que el castigo se convierte en la obligación de metamorfosearse hacia un modelo preestablecido, como un árbol torcido al que se le ata una vara erguida para intentar corregir sus curvas. Se incrementan las competencias de la prisión porque ésta tiene que atender y corregir la multidimensionalidad del individuo.”

- Esta voluntad de cambiar al interno se plasma en **un método** (Ligero, 2002), **que establece las condiciones de la progresión, a través del sistema de clasificación (primero, segundo y tercer grado) y de una multitud de derechos o privilegios que la institución** puede administrar y modular (permisos, visitas, vis a vis, destinos, participación en actividades o en trabajos remunerados, cambios de módulo, facilidad en la comunicaciones o agilidad en las gestiones, etc.) Tanto la duración real de la pena como la calidad de vida en prisión se basan en esas decisiones que a su vez dependen de la conducta del interno tal como es juzgada y registrada por los profesionales encargados de su custodia.
- Como es fácil de observar en los puntos previos, **existe una contradicción importante entre la voluntad de transformar al individuo y el medio donde se lleva a cabo esta acción:** todo proceso de cambio precisa autonomía, seguridad en uno mismo y respuesta del

entorno, los tres rasgos más difíciles de adquirir o conservar en la cárcel.

Cualquier intervención en el medio penitenciario está sometida a la contradicción entre los rasgos estructurales de la institución y los tiempos y formas de cualquier proceso educativo o terapéutico que normalmente necesita tiempo, motivación y confianza.

Al mismo tiempo, la prisión puede ser una **oportunidad** para la intervención:

- Es una **institución que permite contactar con una población que ha fracasado en muchas otras instituciones socializadoras**. Al fijar la atención en el perfil de los reclusos, se observa que la mayoría son varones con un alto grado de fracaso escolar, llegando incluso al analfabetismo funcional, carentes de trayectoria laboral, procedentes y/o formando parte de familias desestructuradas en situación de pobreza y marginalidad, y a menudo con importantes problemas de salud.
- Es una **institución que facilita, en un espacio limitado, el uso de recursos básicos, imprescindibles y multidisciplinarios de cara a la inserción**. Muchos de estos recursos, o han fracasado, como se decía en el punto anterior, o no se han utilizado, bien por desconocimiento, bien por falta de interés.
- Es una **institución que ofrece “tiempo libre de cargas”**. En muchos casos, la detención puede interrumpir una espiral de consumo y delitos, y permitir un alto. Del mismo modo, el conocimiento de una cercana libertad predispone al interno a proyectar y prepararse para la nueva oportunidad que supone la vuelta a la libertad. Lo que le coloca en una fase “precontemplativa” de cambio que,

cuando es acompañada por profesionales formados, aumenta las posibilidades de éxito.

- Aunque falta evaluar muchos de los **programas e intervenciones realizados en prisiones**, los expertos y técnicos que trabajan en los mismos consideran que **en algunos aspectos** (mejora de la salud y de la autoestima de los internos, aprendizaje de conocimientos u oficios, relaciones nuevas, etc.) **sus resultados son notables**, sobre todo si se realiza la comparación no con la población general, sino con el punto de partida de los propios usuarios.
- **Los programas e intervenciones pueden diseñarse y llevarse a cabo** para contrarrestar, en lo posible, algunos de los males de la prisión sobre la identidad. Elementos básicos de la intervención en la comunidad como dar tiempo y espacio, no juzgar ni vigilar al usuario, facilitar la comunicación con el mundo exterior, son rasgos que pueden tener un efecto enormemente positivo sobre el clima social de las cárceles y la vida de los reclusos. Por ello es importante que los programas, aunque respetuosos y coordinados con los fines y los profesionales de la institución penitenciaria, tengan sus propios fines y su propia metodología, independientes de los registros, tiempos y fines del tratamiento penitenciario.
- La mirada externa de profesionales (aunque pertenezcan a Instituciones Penitenciarias) es el mejor método -quizás el único- para evitar los efectos más perversos de las instituciones totales (la conversión del interno en objeto, la hostilidad entre internos y funcionarios, la violencia, etc.) **La presencia de la sociedad y sus organizaciones en las**

cárceles tiene efectos positivos sobre el trabajo del conjunto, la motivación, el clima, la conflictividad.

PROBLEMAS ASOCIADOS AL CONSUMO DE DROGAS

Las personas que ingresan en prisión llevan asociadas muchas más problemáticas a parte de la adicción, entre las que se encuentran problemas médicos, sociales y penales.

Dentro de los médicos, podemos observar como existe una alta prevalencia de personas seropositivas, representando el 8,2% del 70% de personas que se han realizado la prueba, y como la principal fuente de contagio es a través de la vía parenteral o intravenosa.

De igual manera, con el virus de la Hepatitis C, el 19,6% están contagiados, del 79,7% que se han realizado la prueba, siendo la principal vía de contagio también la vía parenteral, como se puede observar en la Gráfica 4.

	Prueba realizada	Positividad en la prueba
VIH	96%	33.5%
VHC	98%	76.0%

VIH (Virus inmunodeficiencia Humana)

VHC (Virus hepatitis C)

Gráfica 4: Prevalencia de contagio de VIH y VHC en prisión.

Otro tipo de problemática asociada está relacionada con la carencia de hábitos de aseo e higiene, así como de rutinas normalizadas, además del deficiente conocimiento sobre

riesgos de enfermar o de medidas preventivas.

Hay que mencionar también que es frecuente los problemas de naturaleza psicopatológica (trastorno mental relacionado o no con sustancias, patología dual, etc.) y psicosocial. De hecho, hay un significativo porcentaje de drogodependientes que presenta trastornos en el desarrollo de la personalidad, inmadurez afectiva, personal y social, autoimagen negativa, carencia de hábitos y habilidades sociales o desestructuración familiar, entre otras características, como recoge el **Plan Nacional sobre Drogas, en su guía “Actuar es posible”, Intervención en Drogas en Centros Penitenciarios.**

Se puede confirmar que existen importantes razones para intervenir sobre los problemas asociados a las drogas en el contexto penitenciario; destacamos entre ellas el que se trate de **una población particularmente vulnerable**, con rasgos sociales que la exponen a una espiral de marginación. Los reclusos y las reclusas pertenecen a los estratos más pobres y un porcentaje significativo a minorías étnicas o extranjeros. Además, muchos carecen de empleo, de recursos educativos y de redes de apoyo. En este sentido, la prisión se convierte en un nuevo factor que añadir a sus dificultades de integración social, por el estigma que la acompaña y por los efectos negativos que, naturalmente, la pérdida de libertad conlleva.

El consumo de sustancias es **un factor previo y paralelo a la prisión.** La relación entre cárcel y drogas se produce en dos dimensiones; por una parte, los delitos de una gran parte de la población penitenciaria están relacionados con la venta y/o con el consumo de sustancias ilegales; y por otra parte, un número elevado de reclusos tiene problemas personales, sociales y de salud asociados al consumo de sustancias psicoactivas,

desde la propia dependencia hasta el padecimiento de enfermedades graves **(Análisis de la Implantación Programa Matrix Penitenciario, 2016).**

EL TRATAMIENTO EN PRISIONES COMO ITINERARIO TERAPÉUTICO

La actual legislación penal y penitenciaria permite amplias posibilidades para abordar el problema de las drogodependencias, tanto dentro como fuera de los centros penitenciarios. Dentro del marco establecido en el Plan Nacional Sobre Drogas (Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016) la Administración Penitenciaria, en coordinación con otras Administraciones Públicas y con otros organismos e instituciones (Planes Autonómicos y Municipales sobre Drogas, ONG's, etc.) realiza en los Centros Penitenciarios los programas de atención especializada en drogodependencias para los internos/as que voluntariamente los soliciten.

Desde el Ministerio del Interior y la Dirección General de Instituciones penitenciarias, y en concordancia con la Constitución Española y la Ley Orgánica General Penitenciaria, el objetivo genérico de la intervención con las personas privadas de libertad es su normalización e integración social. Normalización e integración social como estado en el que sean capaces física, psíquica y socialmente de hacer frente a las situaciones con las que se enfrenten y de la forma más autónoma posible. Ello quiere decir que las intervenciones deben ir dirigidas a obtener y mantener, dentro de las posibilidades individuales, una estabilidad psicofísica y una conducta social adaptada.

Partiendo del objetivo general, se establecen los siguientes objetivos específicos de intervención, en orden a las prioridades:

- Prevenir el inicio en el consumo de drogas y las conductas de riesgo.
- Prevenir y reducir los riesgos y los daños asociados al consumo.
- Conseguir periodos de abstinencia que configuren una ruptura de la dependencia y una reordenación de la dinámica personal y social.
- Optimizar la incorporación social, dotando a los drogodependientes de las habilidades y recursos necesarios para poder afrontar con posibilidades de éxito el tratamiento en libertad y su normalización e integración en la sociedad.

Por todo lo apuntado con anterioridad, es necesario diseñar un itinerario terapéutico donde un mismo interno pueda pasar según el momento de su evolución por diferentes programas de intervención con distintos objetivos y diferentes niveles de exigencia.

El itinerario debería, en el modelo buscado, cumplir una serie de condiciones:

- Combinar los programas generales y específicos orientados al tratamiento de las drogodependencias con los programas de acompañamiento comunes a todos los reclusos (desde la información al entrar en prisión, la evaluación inicial, las actividades formativas, laborales o lúdicas hasta la preparación de la salida).
- Coordinar los recursos propios de la institución con la oferta de la comunidad y sus entidades públicas y privadas, buscando un uso racional de los recursos.
- Permitir una continuidad entre la vida del recluso antes y después de su estancia en prisión. El diagnóstico debe recoger el historial de tratamiento previo, si existe, y la preparación de la salida, incorporando

la dimensión del tratamiento en recursos externos a la prisión.

Programas de Intervención

De acuerdo con el Informe General de Instituciones Penitenciarias (2015), las intervenciones dirigidas a la población penitenciaria se estructura en torno a tres áreas fundamentales, interrelacionadas entre sí: prevención, asistencia y reincorporación social.

Estas intervenciones se configuran en torno a una serie de programas, los cuales consisten en:

1. Reducción de riesgos y daños: El objetivo principal de los programas de reducción de riesgos y daños es reducir los efectos nocivos a nivel sanitario, psicológico y social del consumo de drogas. Son fundamentalmente los programas sanitarios, las intervenciones de prevención, educación para la salud y mediadores en salud, el programa de intercambio de jeringuillas y distribución de papel de aluminio, el programa de actuación en sobredosis y el programa de tratamiento con metadona.

2. Deshabituación: Las intervenciones de deshabituación se dirigen a internos drogodependientes con buenas perspectivas para iniciar un proceso de cambio orientado a la abstinencia. Con el objetivo de conseguir periodos de abstinencia que creen una ruptura con la dependencia y una nueva organización de la dinámica personal y social, así como adquirir herramientas terapéuticas, estrategias de afrontamiento y pautas de conductas que permitan la normalización e integración social, generando posibilidades de situaciones de éxito, que sin el tratamiento

provocarían de nuevo, la precipitación del consumo de sustancias. En dicho programa de deshabituación se enmarca el Programa Matrix Penitenciario, adaptación del Modelo Matrix ambulatorio, con una alta efectividad y eficiencia y con validez empírica, evaluada en numerosas ocasiones desde su aparición **(Rawson y cols. 1995; Shoptaw y cols. 1994).**

3. Intervención sanitaria: La intervención sanitaria tiene una especial trascendencia, ya que un porcentaje muy importante de los drogodependientes tienen serias deficiencias en hábitos saludables, o efectúan consumo de drogas con elevado riesgo, o la situación de salud es muy deficiente, e incluso en ocasiones con riesgo vital.

4. Intervención psicosocial: La intervención psicosocial va dirigida a la mejora en la competencia psicológica y social, siendo un elemento clave en el proceso de desocialización, por lo que se impulsa el acceso de los drogodependientes, independientemente de que estén en un programa de tratamiento con metadona o de deshabituación. La reincorporación social contempla un proceso complejo de socialización y normalización que debe responder a las necesidades personales del drogodependiente, tratando de apoyar su incorporación a la vida familiar y medio cultural, laboral y social, para lo cual es fundamental una preparación progresiva, en cuanto a facilitar la adquisición y/o desarrollo de instrumentos, actitudes, habilidades, recursos y aprendizajes.

03

EL MODELO INTENSIVO MATRIX

De acuerdo con **Galindo (2012)**, el Modelo de Tratamiento Intensivo Matrix, es un modelo empírico de tratamiento de las adicciones eficaz, con evidencia científica y cumpliendo los principios de buenas prácticas terapéuticas del NIDA. Además, su estandarización y materiales, así como las derivadas adaptaciones, hacen muy sencilla la función de implementarlo a nivel internacional.

El enfoque de este programa de tratamiento fue desarrollado originalmente por el Instituto Matrix de los Angeles, California, como respuesta a la epidemia de consumo de metanfetamina de los años 80 en EE.UU y adaptado para usuarios externos a nivel ambulatorio, por el Center for Substance abuse treatment (CSAT), y Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA).

Numerosos modelos tradicionales enfocados a trabajar la dependencia al alcohol, eran relativamente inefectivos para el tratamiento de la dependencia a la cocaína y otros estimulantes (**Obers y cols., 2000**). El instituto Matrix se basó en los modelos empíricamente comprobados y validados para la creación de protocolos efectivos de tratamiento.

El modelo de tratamiento Matrix, incorpora elementos de la Terapia Cognitivo-Conductual, Psicoeducación, Grupos Familiares, así como el Programa de Apoyo de los 12 Pasos (Obert

y cols. 2000), todo ello desde un estilo y filosofía terapéutica, que toma la orientación del enfoque de la Entrevista Motivacional.

El Modelo Matrix ha seguido distintos procesos de evaluación y han demostrado su eficacia y utilidad con la metanfetamina. El Grupo Matrix desarrolló un protocolo estructurado de tratamiento que originariamente comenzó aplicándose a consumidores de cocaína, este modelo fue un modelo neurobiológico (Rawson, Obert, McCann y Mann, 1986; Rawson, Obert, McCann, Smith y Scheffey, 1989; Rawson, Obert, McCann, Smith y Ling, 1990). El modelo integra la dimensión clínica y la empírica, para validar y mejorar el modelo para asegurar su efectividad, evolucionando desde la versión más antigua, basada en la psicología aplicada hasta el Modelo Matrix (Obert, McCann, Marinelli-Casey, Weiner, Minsky, Brethen, Rawson, 2000).

La efectividad del Modelo Matrix ha sido evaluada en numerosas ocasiones desde su aparición (Rawson y cols., 1995; Shoptaw y cols., 1994).

Los distintos modelos psicológicos que abordan el tratamiento de las adicciones constituyen actualmente el soporte conceptual fundamental, que mejor respuesta puede dar a las necesidades básicas de los tratamientos en adicciones. El incremento de la motivación por el cambio, la prevención

de recaídas, las intervenciones psiquiátricas y farmacológicas y las sociales forman parte de los tratamientos comprehensivos multidisciplinares, considerados la mejor estrategia terapéutica en el tratamiento de las adicciones (Carroll, 2004; NIDA, 2001, 2009).

El Instituto Matrix de Adicciones se estableció en 1984, para promover un mayor conocimiento de los trastornos adictivos y mejorar la calidad y disponibilidad de los servicios de tratamiento para las adicciones. La misión del Instituto Matrix es, mejorar la vida de las personas y familias afectadas por el alcohol y otras drogas durante el tratamiento, la educación, la formación y la investigación, y, la promoción de una mayor comprensión de los trastornos de adicción. Para ello, proporciona tratamiento enfocado a cambiar el estilo de vida, prevenir recaídas, educación sobre las dependencias, facilitación de los grupos basados en 12 pasos e implicación de las familias (Galindo, 2012).

Como bien recuerda Galindo (2012), el Modelo Matrix, ha sido reconocido como uno de los pocos programas basados en la evidencia para los trastornos por abuso de sustancias, y, ha sido incluido en la Administración de Servicios para el Abuso de Sustancias y Salud Mental (SAMHSA) del Registro Nacional de la Programas y Prácticas basadas en la evidencia (NREPP). Esta lista de prestigiosos, se basó en los datos acumulados de las evaluaciones del Modelo Matrix en los últimos 25 años. Además, El Instituto Matrix es reconocido nacional e internacionalmente por su estructura, tratamientos ambulatorios y la investigación, siendo todos, elementos compatibles. Matrix es acreditado por la Comisión para la Acreditación de Instalaciones de Rehabilitación (CARF), y, es miembro de la Asociación Nacional de Proveedores de Tratamiento de la Adicción (NAATP).

EL MODELO MATRIX PENITENCIARIO

ADAPTACIONES

Adaptación en EEUU

Tras el desarrollo de números manuales y adaptaciones, el instituto Matrix interviene en centros penitenciarios desde finales de 1990 en EE.UU. Donna Johnson, es la autora principal de la adaptación del Modelo Matrix al sistema penitenciario americano.

Antes de emplear el Modelo Matrix, Ms. Johnson estuvo trabajando en prisión con usuarios crónicos y de alto riesgo en adicciones. El tratamiento habitual tenía una tasa de mantenimiento del 50%, y un 50% de tasa de recaída. Tras la aplicación del Modelo Matrix junto con el componente “pensamientos delictivos”, los usuarios permanecían en el tratamiento, y atendían en las sesiones porque realmente se sentían motivados (“Estoy aquí porque quiero cambiar mi vida”). Después de unos pocos meses, el programa tuvo un 82% de tasa de mantenimiento y un 11% de tasa de recaída, una significativa mejoría.

Adaptación en España

En España, se ha realizado una adaptación, despliegue e implementación del Modelo Matrix en el ámbito penitenciario, de gran consideración. Se realizó entre la Consejería de Sanidad de la Región de Murcia, junto con la delegación española el Proyecto Treatnet (Treatnet Spain) de Naciones Unidas (UNODC) e Instituciones Penitenciarias en la Región de Murcia, en colaboración con La Fundación para la Formación e Investigación Sanitaria de la Región de Murcia y ONG's, el desarrollo de programas de prevención, atención, inserción, formación e investigación en drogodependencias en el ámbito

penitenciario. Además son programas que se imparten en la red asistencial de salud mental del Servicio Murciano de Salud, de forma normalizada y continuada en el tratamiento de las adicciones.

Tras el despliegue del Modelo Matrix en el Servicio Público de salud la región de Murcia (SMS), se realiza la implementación también del Modelo Matrix en el interior del Centro Penitenciario Murcia I , a demanda y con el compromiso del equipo terapéutico de profesionales implicados en la misma. Esta implementación en un primer grupo piloto y su éxito en la Población Jurídico-Penal, en la Prisión Murcia I, da como resultado la creación de varios grupos terapéuticos. Tras esta primera experiencia, en 2017 se realiza el segundo despliegue del Modelo Matrix Penitenciario, en el segundo Centro Penitenciario de la Región, el C.P. Murcia II, con el beneficio de dos grupos terapéuticos, y con el compromiso e implicación de números profesionales del ámbito penitenciario, especializados en el Modelo Matrix.

DESCRIPCIÓN DEL MODELO MATRIX

El Modelo Matrix, está inspirado en el modelo neurobiológico de las adicciones, donde los estadios de cambio (**Prochaska y DiClemente, 1993**), son esenciales.

El modelo de tratamiento ambulatorio Matrix, está basado en teorías cognitivo-conductuales, técnicas de prevención de recaídas, principios de la entrevista motivacional, apoyo social y psicoeducación, todo de forma paralela, tanto del usuario, como de su familia.

Un aspecto central en el tratamiento de esta enfermedad mental crónica, es el seguimiento

semanal a largo plazo después del tratamiento intensivo de 16 semanas. De tal manera que, desde que el usuario inicia el tratamiento, sigue una intervención semanal de alta frecuencia, 4 ó 5 sesiones, de duración intensiva mínima, 4 meses, así como, la recomendación de continuar semanalmente el tratamiento a largo plazo (36 semanas) a través del Grupo de Soporte Social, Reuniones de grupos de 12 pasos y, sesiones individuales periódicas (Galindo, 2012).

Un elemento central de este tratamiento, es anticipar posibles problemas, y, ayudar a los usuarios a desarrollar estrategias de afrontamiento eficaces. Así mismo, los usuarios aprenden a realizar el análisis funcional de la conducta de consumo.

En el Modelo Matrix, se identifican ocho constructos específicos básicos (Galindo, 2012):

1. Establecer una relación terapéutica motivacional, positiva y colaboradora con el usuario.

Las investigaciones ponen de manifiesto la necesidad de crear un clima de empatía, escucha activa, refuerzo positivo, confianza y un ambiente distendido. El Modelo Matrix sigue la filosofía de la Entrevista Motivacional desarrollada por **Miller y Rollnick (2002)**. El empleo de estas técnicas son determinantes en las primeras semanas de tratamiento.

2. Desarrollo de una organización explícita, basada en expectativas realistas.

La organización y estructura son elementos críticos para cualquier programa efectivo de

tratamiento ambulatorio, siendo la implicación activa del usuario, en cuanto a manejo y planificación del tiempo, un elemento fundamental para minimizar el contacto con situaciones de riesgo que pueden desencadenar en recaídas. Esta planificación, se lleva a cabo en *Agendas* diseñadas para ello. Dichas agendas, se entregan a los usuarios al inicio del Programa Matrix. Esta estructura terapéutica, y, la planificación del tiempo fuera del horario de sesiones, ayuda a definir el mapa del proceso de recuperación al usuario, pudiendo monitorizar los cambios, y, ayudando al planteamiento de expectativas claras y realistas.

3. Enseñanza psico-educativa a usuarios y familiares.

La comprensión del proceso neurobiológico de la adicción y los procesos de condicionamiento, para usuarios y familiares, es un componente central del Modelo Matrix (**Obert, London, Rawson, 2002**). Este componente psicoeducativo les ayuda a normalizar síntomas, proporcionando las técnicas necesarias para su manejo.

4. Entrenamiento en técnicas cognitivo-conductuales

El Modelo Matrix, se basa en las teorías cognitivo conductuales. El tratamiento grupal de prevención de recaídas (PR), inspirado en el modelo de **Marlatt y Gordon (1985) y Carroll et al. (1991, 1994)**, son fundamentos teóricos determinantes para el Modelo Matrix. El componente educativo de estas técnicas, es educar al usuario en la auto-observación, y, entrenamiento en técnicas de prevención de recaídas.

5. Refuerzo positivo de conductas deseables

Las técnicas de Manejo de Contingencias para moldear y cambiar comportamientos hacia la abstinencia han mostrado su eficacia en múltiples estudios científicos (**Petry, 2000; Roll et al., 2006**). El Modelo Matrix incluye el refuerzo positivo contingente, como parte esencial para el tratamiento de estimulantes (**Rawson et al., 2006; Roll et al., 2006**).

6. Implicación familiar

Para el Modelo Matrix, es fundamental la implicación de la familia tanto en las sesiones individuales como las grupales.

7. Introducción a la participación en grupos de autoayuda

En EE.UU., la cultura de los Grupos Tradicionales de los 12 pasos, conocidos como Alcohólicos Anónimos, está ampliamente extendida, su utilidad está probada en el mantenimiento de la abstinencia (**Humphreys et al. 2004**). El modelo Matrix introduce y anima a que los usuarios asistan a los citados Grupos de Autoayuda o Apoyo Social.

8. Monitorización semanal del consumo a través de analíticas de orina y alcoholímetro.

Para el Modelo Matrix la monitorización del consumo semanal, durante los cuatro meses de tratamiento intensivo, a través de los seguimientos con analíticas de orina, son un dato objetivo que como técnica, es usada como refuerzo contingente a un resultado negativo, y como oportunidad para analizar

qué factores han contribuido a ese consumo.

En el Modelo Matrix, la relación entre el terapeuta y el usuario es fundamental en la dinámica del tratamiento. Cada usuario tiene un terapeuta principal, quien decide el momento en el que se van añadiendo las distintas piezas al programa de tratamiento, siendo el responsable de integrar el material de los distintos componentes en una experiencia coordinada. Es fundamental que el terapeuta esté familiarizado con el material que el usuario trabaja, a través, de los componentes educativos, y, es necesario, animar, fortalecer, y, discutir el material que está en consideración en las reuniones de los grupos de Apoyo Social. El terapeuta tiene que ser capaz de combinar conceptos del Modelo Matrix con el material de los grupos de Ayuda Mutua, así como, con el tratamiento psicoterapéutico y psiquiátrico que los usuarios siguen.

Todas las piezas necesitan encajar entre sí, de modo, que el usuario sienta la seguridad, de saber que el terapeuta es consciente de todos los aspectos de su tratamiento personal. Los usuarios, que en el inicio del tratamiento no tiene control de sí mismos, esperan que el programa les ayude a recuperar el dominio de su persona. Si el programa parece ser una serie inconexa de partes sin relación, el usuario no podrá confiar en que el programa le ayudará recuperar el autocontrol. Esto llevará a un tratamiento no efectivo y/o a un fin prematuro.

Otro elemento determinante es el desarrollo del vínculo terapéutico, caracterizado por la empatía, calor humano y sinceridad, lo cual se consigue a través de la herramienta de la Entrevista Motivacional, como más adelante se verá en el tema 4, de Entrevista Motivacional.

Es importante tener en cuenta al miembro o miembros más cercanos de la familia, para que

formen parte del proceso de recuperación de los usuarios, así como conocer el impacto del proceso de recuperación sobre la dinámica familiar.

Los materiales que constituyen el Modelo de Tratamiento Matrix han sido desarrollados a través de un período de 20 años, proporcionando tratamiento a más de 10.000 consumidores de cocaína, metanfetamina y otros estimulantes, sólo en EE.UU. (**Rawson, 2009**). El desarrollo de los materiales fue realizado gracias al apoyo de donaciones del National Institute on Drug Abuse (NIDA).

El objetivo de los mismos, es dotar de una experiencia intensiva de 16 semanas, seguida de sesiones mensuales hasta completar el año de tratamiento. Se aplican tanto en sesiones individuales como de grupo, con un propósito específico y cada sesión se focaliza en un tema, con diversos objetivos a conseguir de la misma.

La secuencia de los materiales, es importante para la creación de un tratamiento dinámico que lleve al usuario a través de un proceso de recuperación sistemático. Si bien, algunos de los formularios pueden usarse independientemente, el uso óptimo de los materiales se logra cuando los formularios se usan como parte de una experiencia de tratamiento comprensiva e integral.

El Modelo Matrix sigue las tendencias psicológicas de tratamiento en adicciones actuales (**Rawson, Obert, McCann, Smith y Ling, 1990; Rawson, Obert, McCann y Ling, 1991**), y, está estructurado en los siguientes componentes: Sesiones individuales y conjuntas, sesiones grupales de recuperación temprana, sesiones grupales de prevención de recaída, grupo de educación familiar, y, grupo de apoyo social.

ESTRUCTURA DEL MODELO MATRIX PENITENCIARIO

Tras las sesiones individuales iniciales, que más adelante se concretarán detalladamente, el programa se aplica a través de sesiones grupales con una temática específica en cada sesión. El terapeuta presenta el material, y los usuarios se implican en la sesión a través de ir trabajando las fichas y de la discusión guiada. En este manual, se incluyen todos los módulos a tratar, con instrucciones detalladas para su implementación por parte del terapeuta, así como las fichas a trabajar con los usuarios.

Los módulos son los siguientes: sesiones individuales/conjuntas, grupo de habilidades de recuperación temprana (HRT), grupo de prevención de recaídas (PR), grupo de educación familiar (EF), y grupo de apoyo social. El manual también aporta información de cómo realizar análisis de orina y controles de alcoholemia, recomendados como herramientas clínicas, así como la gestión adecuada de los resultados con los usuarios. A continuación, se describirán cada uno de los componentes.

1. Sesiones individuales/conjuntas

Estas sesiones, se realizan de forma individual con el usuario, o bien, con el familiar, pareja o amigo íntimo, que, de forma acordada, el usuario y terapeuta, deciden. Inicialmente se programa una a la semana durante los dos primeros meses, tras dos meses de tratamiento, se va programando una sesión al mes o según necesidad.

Las Sesiones Individuales, están diseñadas para orientar al usuario y a los miembros de la familia, sobre las expectativas del Programa Matrix, donde se completan los documentos de tipo administrativo y se crea el marco

para establecer una mejor relación con el usuario para motivarlo en su adherencia y cumplimiento del programa. En las sesiones individuales, se adapta el Modelo Matrix Penitenciario a las necesidades, momento de cambio, y, situación personal del usuario. En este momento, se informa a las familias de los beneficios de su implicación, y los objetivos del tratamiento.

El abordaje terapéutico individual, es la aplicación de temas de tratamiento grupal, adaptado a las circunstancias individuales de cada usuario.

Las sesiones conjuntas con el familiar deben ser integradas lo antes posible al tratamiento, y, deben llevarse a cabo regularmente durante todo el período de tratamiento. Cuando sea posible, el terapeuta utilizará la sesión individual como una sesión conjunta, particularmente en el caso de las sesiones conjuntas de “Lista de ayuda para familiares”, donde se establecen contratos de conductas de apoyo, que pueden ser de utilidad para el usuario (Galindo, 2012).

2. Grupo de Habilidades de Recuperación Temprana (HRT)

El Grupo de Habilidades de Recuperación Temprana, en adelante, HRT, se debería reunir de dos a tres veces por semana, con una duración de una hora cada vez, durante los primeros dos meses de tratamiento. Son 9 sesiones grupales.

El objetivo de este grupo es parar el consumo de sustancias y mantener la abstinencia, a través de dotar al usuario de herramientas cognitivo conductuales.

En este momento inicial del tratamiento, se presentan dos mensajes fundamentales.

En primer lugar, la posibilidad de cambio del comportamiento, lo que, aumenta la sensación de autoeficacia y posibilidad de logro, y, en segundo lugar, las actividades del tratamiento como fuente de información y apoyo.

Este grupo, no está diseñado para ser un grupo de terapia, sino como *foro* o grupo psicoeducativo, en el que el terapeuta puede trabajar con cada uno de los participantes, para ayudarles a crear su propio programa inicial de recuperación, es decir, se trata de que los usuarios, expresen sus propios objetivos de cambio.

La estructura y las rutinas del grupo de HRT, es esencial para su funcionamiento. Para los nuevos usuarios, la rutina del tratamiento es tan importante como la información abordada. Dado que el grupo es, desde el comienzo, un grupo abierto, se puede encontrar, en ocasiones, en un estado inestable, por tanto, debe orientarse siempre hacia unas metas claras, y los terapeutas se deben adaptar, y, mantener centrados en la sesión, intentando no generar emociones muy intensas.

En cuanto al número de participantes, el grupo será, por lo general, reducido (de 6 a 8 personas máximo), y, de duración, relativamente corta (50 minutos).

En este grupo se destaca la importancia de dos herramientas fundamentales, el uso del calendario, así como la planificación a través de agendas. El objetivo de estas actividades, es tomar conciencia de la importancia de la planificación y estructuración del tiempo, durante el proceso de recuperación que le ayudará al usuario a permanecer abstinentes, y, el conteo diario de su propio proceso terapéutico.

Hacer un horario a través del empleo de la agenda, es una habilidad esencial, que

ayuda al usuario a diseñar su estructura en el proceso de recuperación, y, que le ofrece un mapa para el no consumo, desde el final de la sesión, hasta el inicio de la siguiente. Es un ejercicio de autocontrol, el usuario programa las actividades que decide hacer, siendo el objetivo, cumplirlas incorporando los mínimos cambios. Normalmente, las personas consumidoras de drogas no programan su tiempo, la mente adicta es la que controla sus vidas, por esto, el Programa Intensivo Matrix Penitenciario, considera necesario incorporar el hábito de programar actividades, escribirlas, y, el cumplimiento de las mismas.

Marcar en el calendario, cada día sin consumo y valorarlo, y ser consciente de que es un éxito en la recuperación, mantiene al usuario diariamente centrado en su propio progreso y le da sensación de continuidad y logro. La revisión diaria de la abstinencia se lleva a cabo con un registro semanal, siendo éste un recordatorio diario de la abstinencia. Con pegatinas de color rojo y verde, se simboliza día a día, la abstinencia o el consumo. Es un ejercicio diario que aumenta la sensación de autoeficacia.

A continuación, se presentan algunas situaciones complicadas que pueden surgir en el abordaje grupal, sobre todo en HRT, ofreciendo algunas orientaciones (Galindo, 2012):

- **Dudar acerca de la efectividad del tratamiento**

El terapeuta debe dejar claro, que las personas que asisten a tratamiento, y, participan de una forma personal, avanzan más rápido que las que no asisten. Afirmaciones como “*el programa MATRIX es muy eficaz, y, está científicamente validado y demostrado*”, son útiles y taxativas.

- **Discutir con usuarios ambivalentes o resistentes**

Como estrategia, es valioso el empleo de otros miembros del grupo, o, de las experiencias positivas del *usuario facilitador*, para enfrentarse a la renuncia. Es recomendable destacar la idea de que, cuanto mayor compromiso se fomente hacia el programa, más rápida será la recuperación.

- **Si un usuario ofrece sugerencias, posiblemente peligrosas**

El terapeuta, amablemente, puede afirmar que eso puede funcionar para él, pero en sí, y para la mayoría de las personas, es una estrategia peligrosa. La mayoría de los usuarios, han encontrado más útil, el uso de otras estrategias, como detener el pensamiento de consumo. El terapeuta debe ser amable y respetuoso, pero al mismo tiempo mantener el control de la sesión.

4. Situaciones en las que un usuario se muestra muy inestable

El terapeuta, debe transmitir la idea, al usuario inestable de, que, posiblemente, se encuentre algo tenso o en este momento no esté muy centrado, sugiriendo que todos los usuarios tengan la oportunidad de expresar sus sentimientos.

5. Si se detecta que un usuario ha consumido antes de entrar en la sesión

El terapeuta puede pedirle que lo acompañe a salir fuera, posteriormente será atendido a nivel individual. En este caso, el *usuario facilitador* saldrá con el usuario. Hay que evitar cualquier tipo de enfrentamiento.

3. Grupo de Prevención de Recaídas (PR)

En el primer mes de tratamiento, el usuario

asiste al grupo de HRT, y educación familiar. Tras ese primer mes, el usuario pasa al grupo de Prevención de Recaídas, en adelante, PR. Este grupo terapéutico, es el elemento central del modelo de tratamiento Matrix.

La reunión de este grupo se realiza a razón de dos veces por semana, generalmente al inicio y al final de la misma. Son 33 sesiones grupales, más, 3 sesiones opcionales. La duración de las sesiones es de 90 minutos, durante un total de cuatro meses. Este grupo también incluye un colider.

El objetivo del mismo es principalmente ofrecer información y herramientas sobre Prevención de Recaídas, dar apoyo y acompañamiento a los usuarios durante todo el tratamiento y generar cohesión grupal, tan importante para el desarrollo adecuado de estas sesiones. El grupo de PR, está altamente estructurado, tiene un formato específico, unos objetivos, y, todas las sesiones están organizadas en torno a un tema.

El Grupo PR se basa en las siguientes premisas:

- La recaída no es un suceso aleatorio.
- El proceso de recaída, sigue unos patrones predecibles
- Los signos de una recaída inminente, pueden ser identificados, por los terapeutas, otros miembros del grupo o las familias.

Estas premisas ocurren, porque el grupo ofrece un ambiente y un entorno en el que la información acerca de la recaída y la prevención de la recaída, son compartidas por los usuarios. En el contexto grupal, las señales de una inminente recaída pueden ser identificadas fácilmente, no sólo por el terapeuta, sino por los propios usuarios del grupo, ya que, no es algo que suceda al azar, sino que el proceso de recaída sigue

unos patrones predecibles. Así mismo, con la ayuda de las sesiones de educación familiar, los familiares manejan información, que les puede ayudar a prever y abordar una posible recaída en su familiar (Galindo, 2012).

El ambiente del grupo permite, bajo las restricciones del terapeuta, el apoyo mutuo entre usuarios. Los usuarios que están a punto de recaer, son reorientados, mientras que, aquéllos que siguen un adecuado proceso, son animados a continuar y mantener el proceso de cambio.

Los terapeutas deben detectar las posibles alteraciones de los usuarios por el contenido a tratar. En tales situaciones, el enfoque, debe estar dirigido, a la adicción y no a la persona. Así mismo, se debe evitar dirigir retroalimentación negativa hacia el usuario, centrándose, más bien, en los aspectos de la adicción presentes, que, en el comportamiento o el modo de pensar del usuario.

El proceso del grupo, propicia los vínculos e interdependencia de sus miembros, y, aspectos, como, la cohesión, puede ser un motivador positivo y constructivo que permite sustentar el interés de los usuarios en su propio proceso de cambio personal. El usuario, tiene una responsabilidad hacia el grupo y un compromiso con el mismo, siendo la recuperación un proceso personal. La independencia en la recuperación personal, ayuda a prevenir el contagio de la recaída. Es importante transmitir la idea de que los usuarios consideren su recuperación, como un logro personal.

Además, hay algunos aspectos importantes, definidos por Galindo (2012), a tener en cuenta en el manejo del grupo. Como son los siguientes:

- Preferiblemente, el terapeuta grupal será el mismo que el terapeuta individual, lo

que favorece un mejor conocimiento de los usuarios y refuerza los lazos terapéuticos.

- Hay que saber gestionar la información que el usuario proporciona en las sesiones individuales, ya que, podría suponer una violación de los límites por parte del terapeuta. Manifestar, en el grupo, determinada información, podría hacer sentir al usuario, cierta coacción, en el sentido de verse obligado a compartir esa información a nivel grupal, no habiéndolo planeado.

- La posibilidad de que se perciba que el terapeuta muestra cierta preferencia por algunos usuarios. Es importante que el profesional sea equitativo al ayudar a todos los miembros del grupo y no permita que se establezca un ambiente de competencia entre los usuarios para llamar la atención. El terapeuta debe ser percibido como una fuente confiable de información acerca del abuso de sustancias. Dos claves para establecer la credibilidad entre los usuarios son, el grado en que el terapeuta ejerce control sobre el grupo, y, la capacidad de hacer del grupo un lugar seguro para todos los participantes. El terapeuta debe captar el tono emocional del grupo y responder de acuerdo al caso.

A la vez, al igual que el grupo de HRT, en este grupo también se aborda el manejo de situaciones especiales, como pueden ser amenazas, insultos, comportamiento disruptivo o comentarios personales directos hacia él terapeuta, o usuarios que se opongan a la recuperación. También se aborda la falta de compromiso en la recuperación, falta de asistencia, frecuentes y recurrentes caídas o un consumo por parte del usuario en el grupo.

En ocasiones, el terapeuta, se puede encontrar

con algunas situaciones que se pueden dar fácilmente en el grupo, y, tiene que saber detectar y abordar de forma directa y clara. Si es necesario, tendrá que tranquilizar a un usuario que se exalta, limitar la participación de algún miembro que acapara el tiempo de intervención, o invitar a salir de la sala.

El Programa Matrix proporciona, algunas pautas de intervención orientativas para manejar estas situaciones. El Modelo Matrix propone las siguientes indicaciones (Galindo, 2102):

- En situaciones, como la insistencia de un usuario en un asunto determinado, propone hacer la sugerencia amable de permitir a los demás usuarios el derecho a participar y discutir sus problemas, prosiguiendo con la sesión.
- En ocasiones, algún usuario puede apuntar y defender conductas que no favorecen la recuperación, en este caso, se aborda el tema de forma clara y escueta, y, se pide que permanezca en la sesión escuchando. Más tarde, se intervendrá con este usuario a nivel individual.
- Ocasiones en las que un usuario acuda a tratamiento, intoxicado. En este caso, el colider saldrá del grupo con éste, y según la situación, el terapeuta realizará una intervención breve posterior, o, se llamará al familiar de referencia, siendo tratado a nivel individual o conjunta en el momento oportuno.

Ante la falta de adherencia terapéutica, la falta de compromiso, la falta de asistencia y las repetidas recaídas, se interviene en sesión individual, y, posteriormente conjunta, para reevaluar y ajustar el plan terapéutico. En cualquier caso, mientras que el usuario no esté intoxicado o actúe de manera inapropiada,

se puede permitir asistir a la sesión de PR, solicitándole que escuche, y, al final de la sesión podrá ir participando en la discusión del tema.

3. Evidencia empírica del grupo de Prevención de Recaídas

La Guía Clínica de Intervención en Adicciones (2008) recoge y describe los diferentes estudios empíricos que tratan de determinar la eficacia del grupo de Prevención de Recaídas. Donde los niveles de evidencia, se dividen en:

- Grado de Recomendación Máxima, Nivel 1: Ensayos clínicos controlados, aleatorizados y bien diseñados, o bien, metaanálisis.
- Grado de Recomendación Alta, Nivel 2: Ensayos clínicos que tienen pequeñas limitaciones metodológicas.
- Grado de Recomendación Alta, Nivel 3: Estudios descriptivos, comparativos y de casos controles.
- Grado de recomendación Media, Nivel 4: Consenso de comités de expertos, informes técnicos de las autoridades sanitarias y series de casos.

De entre este grupo de terapias la más utilizada ha sido la basada en el Modelo de Prevención de Recaídas (PR) de Marlatt (**Marlatt y Donovan, 2005**). Existe amplia evidencia de su utilidad en el tratamiento para la adicción a sustancias y también en otros problemas de salud mental (**Witkiewitz y Marlatt, 2004, 2007**). Carroll revisó en 1996 un total de 24 ensayos controlados y aleatorizados que incluían a pacientes con adicción a tabaco, alcohol, cannabis y cocaína, encontrando que la PR era más efectiva que el no tratamiento y al menos tan efectiva como otros tratamientos,

como la terapia de soporte o la terapia interpersonal.

Además, pudo apreciar que los efectos eran duraderos y no se limitaban al tiempo de tratamiento. Por otra parte, Irvin et al. (1999) revisaron 26 ensayos controlados realizados con personas con una adicción a diversas sustancias, encontrando que la PR era eficaz en la reducción del consumo y en la mejora del ajuste psicosocial. Este efecto fue especialmente marcado en personas con problemas con el alcohol, lo que llevó a los autores a sugerir que ciertas características de la adicción al alcohol eran especialmente afines a la PR y que deberían incorporarse las características específicas de otras sustancias a los programas de prevención de recaídas, lo que ya se ha ensayado con éxito en el consumo de marihuana (Roffman, Stephens, Simpson y Whitaker, 1990). También se ha encontrado que la PR alcanza buenos resultados en modalidades ambulatorias y residenciales: el tratamiento residencial ofrece 3 veces menor probabilidad de recaída en los primeros 6 meses de tratamiento, pero no hay diferencias a los 12 y 18 meses (Greenwood, Woods, Guydish y Bein, 2001).

Por lo tanto existe un nivel de evidencia 1: Siendo el grupo de Prevención de Recaídas efectivo en el tratamiento de la adicción.

4. Grupo de Educación familiar (EF)

El componente del Grupo de Educación Familiar, del Modelo de Tratamiento Intensivo Matrix, es similar a un grupo multifamiliar, con la relevante característica, de que todas las sesiones son enfocadas hacia un objetivo concreto, y, donde, es fundamental, la transmisión de información y conocimiento, acerca de la adicción y del proceso de

recuperación.

El objetivo de este grupo es ofrecer información clara, concisa y adecuada sobre la adicción, el tratamiento, la recuperación y las dinámicas familiares. Así mismo también se ofrece apoyo y acompañamiento a las familias y los usuarios durante todo el tratamiento. Por lo que el objetivo del Grupo de Educación Familiar no es la terapia, sino la educación familiar durante el proceso de recuperación del usuario, con un problema con el consumo de sustancias.

El Grupo de Educación Familiar, es una oportunidad para que las familias se sientan cómodas, se les dé la bienvenida al tratamiento, y, aumenten el conocimiento acerca de la adicción. El terapeuta, educa, anima y facilita la participación de familiares inmediatos y usuarios en el grupo.

Las interacciones negativas del usuario con la familia y los problemas de relación, consecuencia de la adicción, en la mayoría de los casos, es lo que lleva a los usuarios a iniciar el tratamiento. Por ello, es importante que el terapeuta sea el que invite al familiar de referencia a asistir a las sesiones.

La investigación sobre la familia como sistema social, ha demostrado que si el usuario está estrechamente comprometido con sus familiares, y, éstos forman parte del proceso de recuperación, es más probable que el proceso de recuperación sea más exitoso. Así como, las probabilidades de que un tratamiento sea exitoso se ven muy incrementadas cuando los familiares son conscientes y reconocen los cambios del usuario, durante todo el proceso de recuperación.

Todos los usuarios y los miembros de la familia, asisten por un período de 12 semanas al Grupo de Educación Familiar. Este grupo está diseñado para fomentar la interacción y

permite al terapeuta incluir los temas de mayor importancia tanto para usuarios como para familiares.

En cuanto al formato de este componente, consta idealmente de una sesión a la semana, con una duración de 90', durante las primeras 13 semanas. Lo ideal es realizarlas de forma conjunta entre familiares, usuarios y terapeuta, aunque siempre haciendo los ajustes necesarios según el centro penitenciario en el que se implemente el programa.

En cuanto al material presentado, éste ofrece un amplio espectro de información sobre la adicción, el tratamiento, la recuperación y el impacto sobre las familias. Algunos de los contenidos, son específicos del Modelo Matrix, mientras que, otros tienen que ver con aspectos más generales.

5. Grupo de apoyo social

Una vez finalizado el tratamiento intensivo de las 16 semanas, el Programa Matrix, integra el Grupo de Apoyo o Soporte Social, una vez a la semana, con una hora y media de duración, de la 17 semana a la 52.

Para los usuarios del Programa Intensivo Matrix de 16 semanas, el grupo está disponible del mes cuarto, al año, y, para los usuarios que siguen el grupo de HRT, el grupo de apoyo social está disponible de la semana 7, a la 52.

En EE.UU., el Grupo de Apoyo Social, se desarrolla por la tarde noche, al término de la jornada laboral, de las 19:00 a 21:00 horas aproximadamente para poder compatibilizar con las nuevas responsabilidades adquiridas tras el tratamiento, como puede ser un nuevo trabajo, el cuidado de la familia, etc.

No obstante, la participación en el Grupo de Apoyo Social considerada más oportuna, sería durante la etapa intermedia de recuperación, alrededor de 12 semanas de abstinencia, momento en el que los usuarios se encuentran en proceso de aprendizaje de estrategias de prevención de la recaída, y, están incorporando pautas para adquirir un nuevo estilo de vida libre de drogas.

En el Grupo de Apoyo Social, el terapeuta es el mismo que participa en el resto de componentes del Programa. Así mismo, pueden invitar, a su elección, a personas externas, experimentadas en los temas que se tratan en el grupo.

El objetivo del Grupo de Apoyo Social, es que los usuarios aprendan habilidades para resocializarse con otros usuarios, que se encuentran en una fase más avanzada del tratamiento, en un ambiente familiar y seguro, con la finalidad de extender esta habilidad social, fuera del entorno de tratamiento. Así mismo, este grupo, es beneficioso para los usuarios experimentados, quienes, a menudo, refuerzan su propia recuperación al servir como modelo, siempre permaneciendo atentos, a los principios de la abstinencia (Galindo, 2012).

Las sesiones del grupo de Apoyo Social, son una combinación de discusión de cuestiones relacionadas con la recuperación que están experimentando los usuarios, y, discusiones orientadas hacia un tema específico sobre la recuperación. Para su desarrollo, a través, de una palabra específica, que expresa dicho tema, tienen lugar los debates, y, las oportunidades de relación, que dicho grupo ofrece.

Para el desarrollo de este Grupo de Discusión, el Programa Matrix propone unas palabras clave, con preguntas orientativas, a partir de

las que se abre el tema de debate.

Estas palabras clave representan el tema de la sesión del Grupo de Apoyo Social. Algunas de estas palabras, son: envejecer, ira, co-dependencia, compromiso, compulsiones, control, craving-deseo de consumo, depresión, emociones, miedo, amistad, diversión, pena, culpabilidad, felicidad, espiritualidad, detención del pensamiento, honestidad, intimidad, aislamiento, justificaciones, apariencia-máscaras, sentirse sobrecargado, paciencia, aspecto físico, recuperación, rechazo, relajación, normas, planificación, egoísmo, sexo, inteligencia, detención del pensamiento, estímulos disparadores, confianza, y trabajo. El terapeuta puede proponer otros temas según las necesidades de los usuarios del grupo.

Cada uno de estos temas del Grupo de Apoyo Social, está relacionado con otros temas, tratados tanto en el Grupo de Habilidades de Recuperación Temprana, como, en el de Prevención de Recaídas, pudiendo hacer uso de los formularios de las mencionadas sesiones.

Se les anima a asistir durante un año, pudiendo plantearse el usuario, al año, decidir si continuar o solo volver en caso de signos de recaída.

6. Programa de Analíticas de Orina

El Programa de Analíticas de Orina, es un componente esencial del Modelo Matrix Penitenciario, ya que, proporciona información objetiva y fiable relativa al consumo durante todo el proceso de tratamiento.

Junto a las analíticas de orina, para detectar consumo de sustancias, también se contempla

el uso del alcoholímetro, a criterio clínico.

Los objetivos a conseguir, con el Programa de Analíticas de Orina, son:

- Disuade al paciente de continuar con el consumo de sustancias.
- Proporciona información, real y veraz, en el momento de realizar la prueba.
- Es un instrumento objetivo, en la intervención motivacional, con un paciente que pueda negar el consumo.
- Diagnostica el problema, y, es un argumento, en algunos casos, para proponer un tratamiento residencial u hospitalario.

Como bien define Galindo (2012), esta herramienta, no es una forma de vigilar o controlar, sino de obtener información y saber usarla terapéuticamente. No es una medida punitiva de control. Es una herramienta sencilla, que el usuario acepta al inicio del tratamiento, y, que ayuda a no consumir mediante el refuerzo contingente a resultados negativos, o, en caso contrario, como oportunidad para que el usuario junto con el terapeuta analicen qué factores han llevado al consumo puntual o a la recaída. Así mismo, es una variable importante para los familiares, que les aporta información objetiva del progreso del familiar, si así lo solicitan en las familias, con previa autorización del usuario.

Además, esta prueba ayuda al terapeuta y al usuario a mantenerse dentro de los objetivos de la recuperación, los requerimientos legales y responsabilidades del programa de tratamiento. Se pueden emplear diferentes pruebas para analizar (orina, saliva, pelo), la elección es en función de los requerimientos legales, centro penitenciario, costes y las necesidades de los usuarios.

La prueba se realiza de forma arbitraria, a criterio terapéutico, y, el usuario, se compromete a estar en disposición a realizarla, en cualquier momento.

Algunas dificultades de manejo, con las que el terapeuta se encuentra, son la resistencia a la realización de la prueba, y, la falsificación y manipulación de la muestra de orina.

La guía del terapeuta Matrix da algunas orientaciones en el manejo terapéutico de la prueba:

MANEJO DE UNA PRUEBA DE ORINA POSITIVA:

Se puede analizar el resultado con el usuario. Se reevalúa el período cercano a la realización del test, teniendo en cuenta otros aspectos, que nos pueden advertir de dificultades en el proceso de recuperación. Se reevalúa el período de tiempo que permanece consumiendo, y, qué factores piensa que pueden haber afectado a que reaccionara consumiendo. En este momento, hay que tener en cuenta si el usuario informó del consumo, previa realización de la analítica, si admite y acepta, o, si se resiste a aceptar el resultado evidente. Cuando el usuario niega los resultados positivos, no hay que confrontar al usuario, hay que evitar las discusiones sobre la validez de los resultados. Se considerará la medida de realizar con menor periodicidad, las analíticas de orina, y, de acuerdo a resultados, se tomará la decisión terapéutica que se considere más oportuna. Si el usuario admite el consumo, esto debe ser reforzado terapéuticamente, pues puede favorecer que el usuario admita la posibilidad de haber realizado otros consumos que no hubieran sido detectados.

FALSIFICACIÓN Y MANIPULACIÓN DE LA ORINA:

Inicialmente, ningún funcionario, terapeuta o personal sanitario, está en presencia del usuario mientras orina, a excepción de detectar alteraciones en la muestra, tales como, color y temperatura. En estos casos, se habla con el usuario, y, se tiene en cuenta su respuesta, o, se solicita que vuelva a realizar la prueba, tras unos instantes, en presencia del personal auxiliar.

Un usuario, no debe ser invitado a abandonar el tratamiento debido a un test positivo. Si hay resultados repetidos positivos, el terapeuta hará énfasis en la meta del Programa Matrix, el mantenimiento de la abstinencia, y, considerar la posibilidad de incrementar las sesiones individuales, o volver al Grupo de Habilidades de Recuperación Temprana, en el caso, de que lo hubiera completado. Si el usuario continúa con test de orina positivos, el terapeuta podría verse obligado a la derivación, a otro recurso de mayor atención sanitaria.

7. Trabajar con usuarios co-líderes

El Modelo Matrix, aboga por el hecho de que pacientes, que han completado el programa grupal de Habilidades de Recuperación Temprana y han permanecido abstinentes durante ese período (dos meses), podrían ser *co-líderes*, de los Grupos de Recuperación Temprana. De igual forma, los usuarios *co-líderes* de los Grupos de Prevención de Recaídas tienen que haber terminado el año completo del programa, habiendo permanecido abstinentes de forma ininterrumpida durante dicho período.

En la selección del *co-líder*, el terapeuta debe considerar, además, si éstos son respetados por los otros miembros del grupo, y, son capaces de ser guiados por el terapeuta para el trabajo en grupo.

Existen beneficios en el uso de los *co-líderes* en el trabajo grupal, tales como la aportación de sus experiencias en el proceso de recuperación, sirviendo como modelo terapéutico de cambio y de autoeficacia; así mismo, los *co-líderes*, refuerzan su propia recuperación durante el proceso, y proporcionan feedback al programa y al grupo, ayudando a trasladar el material a situaciones reales, y, comentar su experiencia cuando hay una discrepancia en el grupo.

Antes de comenzar su implicación en el Programa como facilitadores, el terapeuta solicita un acuerdo formal, y le orienta sobre su nuevo papel.

Es importante, dejar claras algunas cuestiones:

Estas personas, no son terapeutas; no se trata de que den consejos sino que sus declaraciones deben ser hechas en primera persona, manteniendo la confidencialidad de los miembros del grupo, y, comentar con el terapeuta, cualquier cuestión o problema que pudiera surgir mientras estén actuando como facilitadores al grupo. El *co-líder*, también podrá seguir controles de orina.

Antes de comenzar, y, al término de las sesiones, el terapeuta se reúne con el *co-líder* para discutir brevemente el tema, y, cualquier cuestión que pudiera surgir, y proporcionar feedback.

Si la elección es buena, estas figuras, modelos de cambio, maximizan y potencian el trabajo grupal en adicciones.

DESTINATARIOS DEL MODELO

Este modelo está dirigido principalmente a terapeutas y profesionales clínicos que tratan directamente con los usuarios incluidos en el

sistema de justicia penal o que se encuentran bajo vigilancia completa o parcial, así como para aquellos profesionales que implementan programas que para dar una respuesta a los usuarios bajo supervisión de la justicia penal. También será útil para los asesores que trabajan en instituciones penitenciarias.

También incluye a jueces y fiscales; a los oficiales de libertad condicional, administradores de casos, defensores públicos y otros abogados defensores; prisiones, centros de detención y personal de prisión; y los trabajadores de preventiva y en entornos de libertad condicional.

Por último, este modelo es de valor para cualquier persona preocupada por reducir el hacinamiento en los centros penitenciarios, abordando los crímenes cometidos por usuarios consumidores de sustancias que aún permanecen sin tratamiento, y haciendo frente a los desafíos a los que estos usuarios se enfrentan en su camino hacia la recuperación.

¿CUÁL ES LA TAREA DEL TERAPEUTA?

A pesar de que parte de la responsabilidad de generar el cambio proviene del usuario, el terapeuta aparte de enseñar, impartir, dar instrucciones o consejo, principalmente debe estimularles a reconocer los comportamientos problemáticos para aumentar la motivación hacia un cambio positivo, ayudarle también a desarrollar un plan de cambio y a sentirse competente para poder realizarlo, comenzar a actuar y continuar manteniendo estrategias que eviten una recaída hacia el comportamiento problemático (Miller y Rollnick, 1991).

A continuación, se señalan algunas de las realidades del proceso de recuperación que el terapeuta debe tener presente durante el tratamiento:

-
- La mayoría de los cambios no ocurren de la noche a la mañana
 - El cambio se debe considerar mejor como un proceso gradual con retrasos
 - Las dificultades y los retrasos se pueden enmarcar como experiencias de aprendizaje, no como fracaso.

Así mismo la enfermedad de la adicción es explicada de forma que los usuarios y sus familias pueden comprenderla.

Todos los materiales del Modelo Neuromatrix para Instituciones Penitenciarias están específicamente diseñados y adaptados para poder trabajar con diferentes tipos de programas, ofreciendo un tratamiento eficaz.

¿EN QUÉ SE DIFERENCIA MATRIX PENITENCIARIO DEL RESTO DE PROGRAMAS?

El modelo Neuromatrix para instituciones penitenciarias, es un tratamiento intensivo que abarca el trastorno por consumo de sustancias, que deriva en conductas que provocan en el usuario problemas con la justicia. Las intervenciones se sustentan en la entrevista motivacional, como más adelante se irá explicando para una mayor comprensión, así como las estrategias cognitivo-conductuales.

Con este modelo, los usuarios son un agente activo fundamental en todo el proceso, donde comprenden que el trastorno por consumo de sustancias ha modificado la forma de funcionar de su cerebro y como este funcionamiento disfuncional, lleva asociado pensamientos erróneos que les conllevan a conductas delictivas. Este modelo así como sus sesiones y herramientas tienen en cuenta estos cambios en el funcionamiento neurológico. Los usuarios según van avanzando en el tratamiento van aprendiendo herramientas y habilidades para aprender a gestionar esta enfermedad, mantener la abstinencia a largo plazo, modificar los comportamientos delictivos que necesitan cambiar, y mantener un nuevo estilo de vida saludable compatible con la recuperación.

04

ESTADIOS DE CAMBIO Y ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Como bien establece la *Guía Clínica de Intervención en Adicciones (2008)*, las intervenciones en salud mental y en trastornos adictivos comparten el elevado y prematuro abandono del tratamiento. Una revisión de **Walitzer et al. (1999)** muestra que entre un 20 y un 57% de los pacientes interrumpen su tratamiento después de la primera sesión, encontrándose entre los posibles factores explicativos las actitudes de los pacientes, así como las expectativas del propio terapeuta. Concretamente, la carencia de motivación ha sido señalada por diversos investigadores y clínicos, como un obstáculo tanto en el inicio como en la continuidad de un tratamiento. A lo largo del tiempo, se ha ido dejando de lado la consideración de que la persona que demanda tratamiento está preparada para iniciar un cambio, tomando mayor consistencia la evidencia de que no todo paciente parte de una predisposición adecuada que garantice poder iniciar y mantener cambios en su conducta adictiva –p.ej. perspectiva de la **autorregulación (Kanfer, 1986); Modelo Transteórico (Prochaska y DiClemente, 1982), Entrevista Motivacional (Miller y Rollnick, 1991), etc.**

Entre los diferentes planteamientos que analizan la importancia de los aspectos motivacionales en conductas adictivas, destacan el Modelo Transteórico de Cambio y la Entrevista Motivacional.

EL MODELO TRANSTEORICO DE CAMBIO

Este planteamiento, formulado por Prochaska y DiClemente en los años ochenta permite identificar diferentes niveles de predisposición que puede mostrar una persona cuando se plantea modificar su conducta adictiva (**DiClemente, Prochaska, Fairhurst, Velicer, Velásquez y Rossi, 1991; McConaughy, Prochaska y Velicer, 1983; McConaughy, DiClemente, Prochaska y Velicer, 1989; Miller et al., 2003; Prochaska y DiClemente, 1982; 1992; Prochaska y Norcross, 2007**). El nivel motivacional inferior se corresponde con el estadio de precontemplación, en el cual no se tiene ninguna conciencia del problema y, por tanto, ninguna intención de modificar la conducta adictiva.

Progresivamente, puede incrementarse la disposición al cambio adquiriendo conciencia del problema y desarrollando las estrategias necesarias para superarlo, incluyendo las habilidades para sobreponerse a imprevistos y recaídas: contemplación, preparación o determinación, actuación o acción y mantenimiento del cambio conseguido. Una descripción más detallada de estos estadios se muestra en la Tabla 1.

PRECONTEMPLACIÓN	Etapa en la que no se tiene intención de cambiar. Suele ser frecuente que la persona no tenga conciencia del problema o que desconozca las consecuencias a corto, medio o largo plazo de su conducta. Los pros de consumir superan a los contras.
CONTEMPLACIÓN	Se es consciente de que existe un problema y se considera abandonar la conducta adictiva en los próximos meses, pero todavía no se ha desarrollado un compromiso firme de cambio. Los contempladores son conscientes de los pros de cambiar si se les compara con los precontempladores, pero el peso relativo de los factores contrarios al cambio es aún muy elevado.
PREPARACIÓN O DETERMINACIÓN	En esta etapa se llevan a cabo pequeños cambios en la conducta adictiva. Además, la persona se compromete a realizar un esfuerzo mayor en un futuro próximo, que se fija en un mes. Los pros de dejar el consumo superan a los contras.
ACTUACIÓN O ACCIÓN	La persona realiza cambios notorios, fácilmente observables, en su conducta adictiva. es una etapa bastante inestable por el alto riesgo de recaída o la rápida progresión a la etapa de mantenimiento. El estadio de acción oscila entre uno y seis meses.
MANTENIMIENTO DEL CAMBIO	Se trabaja para consolidar los cambios realizados durante el estadio de acción, iniciándose al finalizar esta etapa -tras seis meses de cambio efectivo-. Durante este estadio se manejan principalmente estrategias para prevenir posibles recaídas

Tabla 1: Estadios del cambio del Modelo Transteórico

La oscilación en el nivel motivacional advierte sobre la posibilidad de que en cualquier momento puede darse un descenso del nivel de compromiso hacia el cambio iniciado en la conducta adictiva. Cuando se produce este descenso en un momento en el que los

cambios son manifiestos, lo que implica un alto grado de compromiso -estadios de acción y mantenimiento-, se habla de la ocurrencia de una recaída. La consecuencia de ello es su reubicación en un estadio inferior, acorde a su nuevo nivel de compromiso (precontemplación,

contemplación, preparación e incluso acción en el caso de recaer en fase de mantenimiento). Pero la persona no se encuentra en las mismas condiciones en las que inició por primera vez el cambio en su conducta adictiva. Su experiencia previa puede servirle para incrementar nuevamente su motivación hacia la estabilidad del cambio. Por este motivo, como ya parte de un conocimiento previo, no regresa exactamente al mismo estadio, sino a uno con características similares.

Estas variaciones observadas en el nivel motivacional advierten de la necesidad de realizar evaluaciones en repetidas ocasiones a lo largo de la intervención, de manera que se garantice el mantenimiento de un compromiso adecuado hacia el cambio y se facilite una progresión adecuada en la consecución de los objetivos (**Prochaska, DiClemente y Norcross, 1997; Prochaska et al., 1992; Wachtel, 1977; 1987**).

El Modelo Transteórico además de delimitar el momento en el que un sujeto está preparado para cambiar -estadios- también posibilita comprender cómo va incrementándose ese nivel de predisposición del sujeto, mostrando qué tipo de actividades encubiertas o manifiestas suele realizar para modificar y consolidar su hábito adictivo o procesos de cambio.

En términos generales, los procesos de cambio de carácter cognitivo se asocian con los primeros estadios de precontemplación, contemplación y preparación –aumento de la concienciación, alivio por dramatización, reevaluación ambiental, autorreevaluación, autoliberación-, siendo más pronunciada la inclusión de los procesos de cambio de carácter conductual en los estadios de acción y mantenimiento (manejo de contingencias, relación de ayuda, contracondicionamiento y control de estímulos).

1. Evidencia empírica del Modelo Transteórico del cambio

La *Guía Clínica de Intervención en Adicciones (2008)* recoge y describe los diferentes estudios empíricos que tratan de determinar la eficacia de la Entrevista Motivacional, combinándola o no con otro tipo de intervenciones. Donde los niveles de evidencia, se dividen en:

- Grado de Recomendación Máxima, *Nivel 1*: Ensayos clínicos controlados, aleatorizados y bien diseñados, o bien, metaanálisis.
- Grado de Recomendación Alta, *Nivel 2*: Ensayos clínicos que tienen pequeñas limitaciones metodológicas.
- Grado de Recomendación Alta, *Nivel 3*: Estudios descriptivos, comparativos y de casos controles.
- Grado de recomendación Media, *Nivel 4*: Consenso de comités de expertos, informes técnicos de las autoridades sanitarias y series de casos.

Perz, DiClemente y Carbonari (1986), llevaron a cabo una investigación para determinar si era mejor utilizar unos procesos de cambio u otros, en función del estadio en el que se encontraban las personas en su intento de dejar de fumar. Participaron 388 participantes, todos ellos se encontraban en el estadio de contemplación o preparación al entrar en el programa y progresaron hacia el estadio de acción a lo largo de un período de 4-6 semanas.

Un análisis de covarianza multivariado examinó la relación entre el uso de los procesos de cambio y el éxito en dejar de fumar al mes de seguimiento y a los 5-6 meses. Los resultados apoyan la hipótesis de que el éxito en la

progresión entre estadios se relaciona con la correcta utilización de los procesos de cambio en el momento oportuno. Concretamente, era mejor utilizar los procesos cognitivos y utilizar poco los procesos conductuales durante los estadios de contemplación y preparación, siendo al contrario durante el estadio de acción.

Años más tarde, Rosen (2000) llevó a cabo un meta-análisis con 47 estudios intentando analizar la relación entre estadios y procesos de cambio en diferentes áreas de intervención (tabaquismo, abuso de sustancias, ejercicio, dieta y psicoterapia). Los resultados de su análisis mostraron que la utilización de los procesos de cambio difería entre los estadios, pero que la secuencia de utilización de procesos propuesta en el Modelo Transteórico no era consistente en todas las áreas de intervención analizadas. Por ejemplo, en el abandono del hábito de fumar, los procesos cognitivos se utilizaron más que los conductuales en las primeras etapas. Por otra parte, en el fomento del ejercicio y en el cambio de dieta el incremento en la utilización de procesos cognitivos y conductuales era simultáneo.

Por lo tanto, en primer lugar, hay un Nivel de Evidencia 1: Donde los principios del Modelo Transteórico son aplicables a una amplia variedad de conductas relacionadas con la salud, aunque la secuencia propuesta entre estadios y procesos de cambio no puede generalizarse a todas las áreas de intervención.

En segundo lugar, hay un Nivel de Evidencia 2: Donde los procesos de cambio de carácter cognitivo son más utilizados por sujetos que progresan de precontemplación a contemplación. Además, no se observan diferencias en los procesos de cambio entre las personas que avanzan y las que no lo hacen desde el estadio de contemplación al de preparación.

En tercer lugar, existe un Nivel de evidencia 3: Pues el éxito en la progresión entre estadios se relaciona con la correcta utilización de los procesos de cambio en cada momento: procesos cognitivos en los primeros estadios y procesos conductuales a partir del estadio de acción.

Los resultados para el abuso de sustancias y la psicoterapia fueron menos consistentes. Estos resultados advierten de la adecuación de defender una manera de trabajar ajustada al estadio en el que se encuentre el paciente, al tiempo que marca la necesidad de profundizar en el mejor ajuste entre estadio y proceso de cambio, en función de la conducta que trata de modificarse. **Callaghan y Herzog (2006)** también trataron de probar las predicciones teóricas del Modelo Transteórico, realizando un seguimiento durante 2 años a pacientes fumadores. En total examinaron a 181 sujetos que progresaron de precontemplación a contemplación y 109 que progresaron de contemplación a preparación. Los resultados apoyaron las hipótesis del Modelo Transteórico, ya que los pacientes que avanzaron de precontemplación a contemplación mostraron mayor utilización de procesos cognitivos, mientras que los que permanecieron en la fase de precontemplación no informaron de diferencias en la utilización de procesos de cambio.

Contrariamente a lo esperado, los fumadores que variaron desde el estadio de contemplación al de preparación a lo largo de esos dos años, no manifestaron un incremento en la utilización de procesos de cambio cognitivos ni conductuales, en comparación con los fumadores que permanecieron en el estadio de contemplación. **Hall y Rossi (2008)** intentaron analizar la veracidad de la propuesta inicial de Prochaska acerca de que el progreso desde el estadio de precontemplación al de acción se asocia con un incremento de los pros y un descenso de los contras hacia el cambio.

Concretamente realizaron un metaanálisis con 120 estudios realizados entre 1984 y 2003, pertenecientes a diversas áreas de la salud, y realizados en 10 países diferentes. A pesar de la diversidad de comportamientos y de muestras analizadas, los resultados fueron consistentes con los principios del Modelo Transteórico, lo que muestra su gran consistencia independientemente de la conducta evaluada.

Littell y Girvin (2002) a partir de la revisión de 87 trabajos han concluido que los estadios de cambio propuestos no son mutuamente excluyentes. Existiendo además, en el caso del tabaquismo y del abuso de sustancias, poca evidencia de movimiento a través de estos estadios discretos. Esto les ha permitido afirmar que a pesar de que el modelo de los estadios puede tener considerable valor heurístico, su utilidad práctica se ve reducida debido a la limitada validez de su evaluación.

Anatchkova, Velicer y Prochaska (2005) llegaron a concretar diferentes subgrupos de fumadores dentro del estadio de contemplación, sirviéndose de una muestra de 1734 fumadores ubicados en este estadio. Mediante un análisis de conglomerados (cluster) diferenciaron cuatro subgrupos de contempladores (clásicos, en progreso, iniciales, en retroceso). Cada uno de ellos se caracterizaba por una utilización propia y diferenciada de los diez procesos de cambio, mostrando además variaciones en dos variables relacionadas con su conducta de fumar (cigarrillos consumidos por día y hora del primer cigarrillo). De esta manera evidenciaron la existencia de grupos heterogéneos dentro de este estadio.

Herzog y Blagg (2007), evaluaron la validez de la distribución de los estadios de cambio mediante un estudio transversal realizado con 242 fumadores adultos. Llegaron a la conclusión de que las etapas de cambio no

parecen ser cualitativamente diferentes. Más de la mitad de los precontempladores estaban ya contemplando el cese, e incluso algunos de ellos lo habían intentado dejar. Por otra parte, la mayoría de los contempladores no se limitaba sólo a pensar en dejarlo, sino que lo habían intentado en algún momento. Nuevamente se pone de manifiesto la existencia de una divergencia entre la clasificación de los estadios y la *definición operativa de los mismos*.

Por lo que, en cuarto lugar, existe un Nivel de evidencia 2: donde se establece que los estadios no son categorías independientes.

En quinto lugar, se manifiesta un Nivel de evidencia 3: Existe una heterogeneidad de sujetos dentro de cada uno de los estadios. Existe disparidad entre la clasificación de estadios y su definición operativa.

El Modelo Transteórico propone que los estadios de cambio pueden servir como herramienta útil para identificar a las personas que corren mayor riesgo de abandono del tratamiento. Pero los investigadores no han encontrado resultados uniformes que permitan defender esta suposición en población adulta, mientras que entre adolescentes ha sido una propuesta con poca repercusión experimental. Al respecto, Callaghan, Hathaway, Cunningham, Vettese, Wyatt y Taylor (2005) analizaron a 130 adolescentes que recibían tratamiento por abuso de sustancias en régimen de internamiento. Los adolescentes asignados al estadio de precontemplación manifestaron más atribuciones negativas hacia el tratamiento que los sujetos en estadio de contemplación, preparación y acción. Este estudio ofrece un importante apoyo empírico de la utilidad de los estadios de cambio entre muestras de adolescentes que siguen un programa de tratamiento en hospital.

Segan, Borland y Greenwood (2006) analizaron si el Modelo Transteórico podía predecir las

recaídas en sujetos ubicados en el estadio de acción. Para ello analizaron predictores de recaída en 247 ex fumadores desde 3 a 6 meses y en 204 ex fumadores desde hacía 6 meses a un año. Contrariamente a lo que se esperaba según este modelo, una mayor utilización de los procesos de cambio conductuales predecía la recaída entre quienes habían dejado de fumar desde hacía un mes, y no predijeron la recaída entre aquellos que lo habían dejado hacia 3 ó 6 meses. Un análisis transversal mostró un descenso significativo en el deseo de fumar y en el uso de algunos procesos de cambio, estabilizándose al mes de cesar el consumo. Los resultados sugieren que quizá exista un estadio fronterizo cercano al mes de cesar el consumo y cuestionan la validez de los estadios definidos en el Modelo Transteórico.

Por último, en sexto lugar, existe un Nivel de evidencia 3: en la predicción del abandono del tratamiento entre adolescentes consumidores, sólo destaca la subescala de Precontemplación. Los procesos de cambio conductuales en el estadio de acción no permiten predecir por sí mismos la aparición de una recaída.

ENTREVISTA MOTIVACIONAL

En los últimos 25 años, se ha concentrado mucha de la investigación sobre la nueva concepción de la motivación. Parte de este numerosísimo volumen de aportaciones, por grupos de investigadores clínicos, coordinadores de programas de abuso de sustancias, así como todos los profesionales implicados en el tratamiento, llegan a un consenso mayoritario sobre la mejor intervención terapéutica en el tratamiento por consumo de sustancias. Dicho consenso, formado por un comité de expertos atribuye

una nueva concepción de la motivación. (*TIP 35, Mejorando la Motivación para el cambio en el tratamiento de abuso de sustancias*)

1. Nuevo enfoque de la motivación

En el tratamiento de consumo de sustancias, generalmente la motivación del usuario ha sido el enfoque principal del clínico, así como mucha de su frustración. La motivación ha sido descrita durante muchos años, como un prerrequisito para el tratamiento, sin la cual resultaba muy difícil poder abordar y avanzar con el usuario (Beckman, 1980). Del mismo modo, la falta de motivación se ha empleado para explicar el fracaso de los individuos para empezar, continuar, cumplir y tener éxito en el tratamiento (Appelbaum, 1972; Miller, 1985).

Hasta hace bien poco la motivación se consideraba como un rasgo fijo o disposición estática del usuario, donde o se presentaba motivación o se carecía de ella, sin valorar una posición intermedia. De hecho, la existencia de motivación así como la falta de la misma, se comprendía como única responsabilidad del usuario (Miller y Rollnick, 1991). Así mismo, el profesional era conocedor de la motivación del usuario, en función de si aceptaba las orientaciones de los profesionales, las normas del tratamiento, así como la etiqueta de “alcohólico”, “enfermo” o similar, mientras que el usuario que se resistía a un diagnóstico, o se negaba a comprometerse con el tratamiento propuesto, directamente se definía como usuario desmotivado. No obstante, a pesar de que hay razones del porque se desarrolló este punto de vista de la motivación desarrollando una clara función, actualmente se trabaja con la motivación desde una perspectiva considerablemente diferente.

A continuación, se describen los componentes

que conforman el concepto actual de motivación.

LA MOTIVACIÓN ES LA CLAVE PARA EL CAMBIO

El estudio de la motivación está claramente vinculado con el cambio personal y el crecimiento, así como el impulso hacia las metas individuales (Davidson, 1994). En este sentido, la motivación se redefine como intencional, positiva, con un propósito y dirigida hacia los mejores intereses que pueda tener una persona hacia sí mismo.

LA MOTIVACIÓN ES MULTIDIMENSIONAL

La motivación abarca todas las áreas de la persona, tanto los deseos, las metas, las presiones externas y las percepciones sobre los costos y beneficios de sus actos, tanto sobre sí mismos, como con el resto de personas que rodean al usuario (Miller y Rollnick, 1991).

LA MOTIVACIÓN ES DINÁMICA Y FLUCTUANTE

La investigación y la experiencia clínica sugieren que la motivación no es un estado fijo y estático, sino es un estado dinámico que puede fluctuar y variar en el tiempo y dependiendo de la situación. La motivación también varía en cuanto a su intensidad, pudiendo en momentos del proceso, estar focalizada en las metas y objetivos, y en otros momentos por las dudas o circunstancias internas o externas que desvían a la persona de sus objetivos.

LA MOTIVACIÓN ESTÁ INFLUENCIADA POR EL AMBIENTE

Como se ha comentado previamente, aunque la motivación para el cambio es intrínseca a

la persona, también puede estar influenciada de manera importante por la familia, amigos y el apoyo percibido del entorno. La falta de todos estos recursos, así como las barreras para el empleo y el estigma de enfermo, entre otros, pueden afectar directamente la motivación del usuario. **Por lo tanto, a pesar de que los factores internos son la base para el cambio, los factores externos son los condicionantes para el cambio.**

LA MOTIVACIÓN ES MODIFICABLE POR EL profesional

La motivación se puede modificar e incrementar por el profesional durante todo el proceso de cambio. Los profesionales pueden aumentar la motivación o generar la necesidad de cambio en un usuario, antes incluso de que tenga que experimentar consecuencias terribles o irreparables, o haya perjudicado su salud física o mental, las relaciones o su entorno laboral (Miller, 1985; Miller et al., 1993).

LA MOTIVACIÓN ESTÁ INFLUENCIADA POR EL ESTILO DEL PROFESIONAL

La forma en la que el profesional interactúa con el usuario tiene un impacto crucial en el éxito en el tratamiento. De hecho, el estilo del profesional es una de las variables que predicen en mayor medida la respuesta adecuada del usuario a las intervenciones, sin embargo, ha sido una de las variables más ignorada (Miller y Baca, 1983; Miller et al., 1993). Los atributos más deseables en un terapeuta incluyen la calidez, amigabilidad, genuinidad, respeto, aceptación y empatía.

Aunque es el terapeuta y su estilo de intervención la clave para aumentar la motivación, las experiencias por las que atraviesa el usuario, también son una de las principales causas de aumento y en ocasiones de disminución de la motivación. En concreto,

se destacan algunas de las experiencias críticas que suelen impulsar la motivación, la búsqueda de tratamiento y del cambio:

- Los niveles de angustia, a menudo tras episodios de mucha ansiedad o depresión, los usuarios son conscientes de una necesidad de cambio.
- Los sucesos críticos en la vida, los sucesos importantes estimulan la motivación para el cambio, como pueden ser accidentes traumáticos, enfermedades, muerte de seres queridos, despido laboral, embarazo o matrimonio, la inspiración espiritual o la conversión religiosa (Sobell et al. 1993; Tucker et al, 1994).
- Valoración, o impacto de las sustancias en la vida del usuario. Sopesar las ventajas y desventajas del abuso de sustancias, es responsable del 30% al 60% de los cambios que se registran de una recuperación natural sin tratamiento (Sobell et al., 1993). Así mismo, puntualizar más concretamente en el reconocimiento de las consecuencias negativas, que pueda estar ocasionando a otros o a uno mismo, ayuda a la motivación hacia el cambio.
- Los incentivos externos positivos y negativos, como son las amistades que pueden apoyar y comprender la enfermedad, las recompensas del esfuerzo del tratamiento pueden ayudar en el aumento de la motivación el usuario.

No obstante, a pesar de que las experiencias ajenas al terapeuta también puedan ser un elemento decisivo en el tratamiento, la principal fuente estable de aumento de motivación reside en el terapeuta y en el estilo que emplee para sus intervenciones, teniendo un impacto crucial en como el usuario responde al tratamiento y el éxito del mismo.

En la investigación se han encontrado diversas tasas de abandono y cumplimiento de tratamiento, dentro del mismo programa, con las mismas indicaciones pero con diferentes terapeutas (Luborsky et al., 1985, Miller et al., 1993). En otras investigaciones sobre las características del terapeuta y la efectividad del tratamiento, se observó que se obtenía una mayor tasa de éxito si el terapeuta tenían habilidades sociales con las que desarrollar las intervenciones, así como establecer una buena alianza de ayuda entre el terapeuta y usuario, con un mayor impacto que el hecho, de que el terapeuta estuviera muy entrenado en la intervención o la experiencia que tuviese en el tratamiento por consumo de sustancias.

Nuevamente en una investigación donde se estableció una comparación entre estilos terapéuticos, donde un terapeuta era confrontativo, discutiendo, siendo sarcástico, refutando o generando retos en el usuario, y otro terapeuta empleaba un estilo centrado en el usuario, de apoyo y empático que empleaba la escucha activa y la persuasión amable, se concluyó que la intervención confrontativa generaba una mayor resistencia de la que ya existía, y peores resultados, que con un estilo motivacional, donde se obtuvieron mejores resultados, mayor tasa de satisfacción y mayor adherencia al tratamiento (Miller et al., 1993).

¿Por lo tanto, puede y debe el terapeuta, incrementar la Motivación en el usuario?

Efectivamente, así es. Como se ha mencionado en el apartado previo, la investigación ha demostrado que el aumento de la motivación, se asocia con una mayor implicación y éxito en el tratamiento, tasas más bajas en el consumo de sustancias, tasas mayores de abstinencia y un mayor ajuste social (Miller y Tonigan,

1996; Prochaska y DiClemente, 1992)

Los beneficios de aumentar la motivación también incluyen:

- Preparar la motivación para el cambio
- Comprometer y retener a los usuarios en el tratamiento
- Aumentar la participación y la implicación
- Fomenta el pedir ayudar así como una vuelta al tratamiento en el caso de recaída o síntomas de recaída.

¿Sin embargo, qué es lo que en ocasiones nos dificulta esa tarea?

La ambivalencia del usuario. La ambivalencia son sentimientos contrapuestos, naturales e independientes del estado de preparación del usuario que generan resistencia en el tratamiento. Son sentimientos naturales cuando se tiene que tomar una decisión importante, haciendo referencia a motivos a favor de la decisión, y motivos en contra.

Se presentan algunos ejemplos, que muestran dicha ambivalencia:

- Un usuario puede iniciar un tratamiento sin familia, personas de apoyo, con afectación física y mental y sin embargo, creer fielmente que el consumo de sustancias no le ha generado ningún tipo de problema importante en su vida.
- Otro usuario en similar situación, con todas sus áreas desestabilizadas, no comprende como su consumo de cocaína produce preocupación en su familia, pero acepta hablar sobre ello, para que su esposa se sienta más

tranquila.

- En otra situación, un usuario es consciente de que dejar la heroína mejoraría su vida en todos los aspectos, pero no se puede imaginar vivir sin la sustancia.

- Otro usuario se siente bien al fijar una fecha para iniciar su tratamiento, pero tiene dudas de si se verá capaz de dejar la sustancia.

- En otro caso, un usuario con tres semanas de abstinencia se siente realmente bien y es consciente de los beneficios del mismo, sin embargo, una parte de él, quiere celebrar dicha abstinencia consumiendo en el próximo permiso.

- Un usuario con tres meses de abstinencia siente que este avanzando en la recuperación, pero todavía se cuestiona si la abstinencia era necesaria para recomponer su vida.

Como podemos ver, todos los ejemplos descritos, definen existencia de ambivalencia y sentimientos contrapuestos en el tratamiento. Sin embargo, dicha ambivalencia es natural tenerla en diferentes estados de la recuperación. Por ello, **es importante, entender y aceptar la ambivalencia del usuario como parte del proceso, siendo en ocasiones, el problema principal, donde la falta de motivación puede ser una manifestación de dicha ambivalencia** (Miller y Rollnick, 1991).

La intervención motivacional facilita la exploración de la ambivalencia, así como conflictos motivacionales que pueden estar provocando la resistencia al cambio esperado. Sin embargo, toda resistencia ofrece una oportunidad al terapeuta para emplear el estilo motivacional y ayudar al usuario a explorar y lidiar con sus resistencias.

Por lo tanto, la intervención motivacional actual, abarca cualquier estrategia clínica diseñada para aumentar la motivación del usuario hacia el cambio. Puede incluir orientaciones, evaluaciones, intervenciones de treinta minutos, o varias sesiones de intervención de diferentes tiempos.

2. ¿Qué es La entrevista motivacional?

Como bien recoge y define la *Guía Clínica de Intervención Psicológica en Adicciones de Sociodrogalcohol (2007)*, la Entrevista Motivacional (EM), es fruto del análisis llevado a cabo por Miller y Rollnick (1991), de los elementos terapéuticos que mejoraban los resultados dentro del tratamiento para personas con problemas con el consumo de alcohol. Posteriormente, generalizaron su aplicación incluyendo a consumidores de otras sustancias, al cambio de hábitos y fomento de nuevos estilos de vida (dietas o uso de preservativos) y a las enfermedades crónicas (hipercolesterolemia, diabetes)

Este enfoque terapéutico integra aspectos de la “terapia centrada en el cliente” propuesta por Rogers (1951) con estrategias cognitivo-conductuales dirigidas a los diferentes estadios de cambio (Prochaska, DiClemente y Norsross, 1992). Concretamente, la Entrevista Motivacional se basa en el respeto al usuario, a sus creencias y escala de valores, intentando estimular su motivación y favorecer su posicionamiento hacia hábitos sanos, enfatizando su propio punto de vista y su libertad de elección. Su principio fundamental es que todo proceso de cambio supone costes y que es preciso que la persona esté motivada para afrontar esos costes iniciales para alcanzar metas finales.

El conocimiento de la dinámica intrínseca

a los procesos de cambio, propuesta por Prochaska y DiClemente, permite conocer qué elementos son más frágiles en cada punto del proceso y qué tipo de estrategias son más útiles para incrementar la motivación en cada una de las etapas.

Hay dos principios básicos que centran este planteamiento:

1. Evitar la confrontación con el usuario, situación frecuente en adicciones.
2. Facilitar que el usuario verbalice motivos de preocupación por su conducta (Lizárraga y Ayarra, 2001).

La entrevista motivacional, a pesar de ser directiva a través de la persuasión del usuario, se opone a los enfoques directivos clásicos, proponiendo frente a ellos como mejor herramienta en la intervención, la identificación de problemas, la estimulación de la motivación, la colaboración con el usuario en la búsqueda de soluciones, la aceptación de la ambivalencia, la asunción de los puntos de vista del usuario, el respeto por las opiniones y decisiones del usuario, y un curso lento y progresivo al hilo del ritmo de cambio del propio usuario.

La Entrevista Motivacional plantea que el terapeuta sepa discriminar el estadio de cambio, definido previamente en el modelo de Prochaska y DiClemente, en que se encuentra cada usuario y seleccione las estrategias más adecuadas en función del estadio de cambio inicial. La clave de su utilidad y eficacia, según el modelo, es que el propio usuario se proponga el abandono de la conducta problemática y mantenga la motivación para hacerlo, avanzando con ayuda del terapeuta por los diferentes estadios de cambio.

3. Cinco Principios fundamentales de la entrevista motivacional

A continuación, se explicarán los cinco principios que el terapeuta debe mantener en mente siempre que emplee la entrevista motivacional. Las estrategias de este tipo de intervención son más persuasivas que obligatorias, así como ofrecen un apoyo en vez de una confrontación continúa y directa. El terapeuta debe actuar con un fuerte sentido del propósito, con estrategias y destrezas claras para lograr su objetivo, así como comprender como debe intervenir, dependiendo de la situación, empleando la coherencia (Miller y Rollnick, pags. 51-52).

INTERVENCIÓN EMPÁTICA

La intervención empática implica escuchar, comprender y aceptar atentamente cada planteamiento del usuario, sus sentimientos y valores, para a continuación, parafrasear o devolver con diferentes palabras sin emitir ningún juicio de opinión, de forma que el usuario infiera que se le ha escuchado y se ha entendido el significado de lo que quiere transmitir.

Tras la intervención, el usuario tomará la dirección más saludable, de forma natural y por sí mismo. Para ello se debe permitir que el proceso surja, sin crearlo ni dirigirlo. Con dicha intervención, es el usuario el que habla la mayoría del tiempo, mientras que el terapeuta escucha. Es responsabilidad de este último, crear un ambiente seguro, así como tener algunas cualidades imprescindibles, como cordialidad, respeto, atención, compromiso e interés activo (Miller y Rollnick; 1991).

Como resumen y de acuerdo con estos últimos autores, un estilo empático comprende:

- Comunicar respeto y aceptación a los usuarios y sus sentimientos (no necesariamente tiene que haber aprobación o acuerdo con los mismos)
- Componente clave: “Escuchar” en vez de comunicar.
- Potenciar una relación colaborativa, sin juicios por parte del terapeuta.
- Felicitar sinceramente al usuario, cuando el mismo avance en cualquier aspecto de la recuperación, por pequeño que así sea.
- Persuadir amablemente, siendo consciente que la decisión de cambiar le pertenece al usuario.
- Proporcionar apoyo durante todo el proceso de recuperación.

No obstante, la empatía no es exclusiva de las intervenciones motivacionales, sino que se aplica a muchas clases de terapia (Rogers, 1959; Truax y Carkhuff, 1967). A pesar de que el estilo empático parece fácil de realizar, en realidad, exige un entrenamiento cuidadoso y un esfuerzo por parte del terapeuta, siendo una destreza específica, dentro de las habilidades sociales, sujeta al aprendizaje del terapeuta. Este estilo es particularmente efectivo con usuarios que se resisten al cambio, están a la defensiva o se encuentran molestos de alguna manera.

Sin embargo, algunas de las intervenciones de los terapeutas hacia los usuarios, resaltan por una falta de empatía, donde con toda probabilidad el usuario generara resistencia al cambio y responderá de forma defensiva. Se han identificado algunos de los doce ejemplos de respuestas no empáticas más comunes de los terapeutas:

1. *Ordenar o dirigir.* Se dan orientaciones con voz de autoridad, donde el emisor recalca que se encuentra en una situación de poder,

parafraseando o expresando desde una postura autoritaria.

2. Advertir o amenazar. Este tipo de mensaje son parecidos a los anteriores (ordenar o dirigir), pero conllevan una sutil amenaza con consecuencias negativas inminentes si el usuario no lleva a cabo la sugerencia del terapeuta. La amenaza podría ser un acto que el terapeuta llevará a cabo o simplemente una predicción de un resultado negativo si el usuario no cumpliera, por ejemplo: “Si no me escuchas, se va a arrepentir”.

3. Dar consejo, sugerencias o proporcionar soluciones de forma precipitada o sin que se lo pidan. Suelen ser recomendaciones basadas en el conocimiento y experiencia personal del terapeuta. Algunas de las formas son: “Lo que yo haría, sería...”

4. Predicar, sermonear o decir a los usuarios lo que deben hacer. Estos planteamientos conllevan frases como “debería” o “convendría” para transmitir orientaciones éticas.

5. Juzgar o culpar: Este tipo de mensaje lleva implícito la desaprobación del usuario, con lo que ha podido hacer o decir.

6. Aprobar o alabar. La aprobación no solicitada, puede interrumpir la comunicación entre el terapeuta y el usuario. Escuchar atentamente no exige acuerdo.

7. Ridiculizar o criticar: Este tipo de mensaje expresan ausencia de respeto por el usuario así como desaprobación.

8. Interpretar o analizar: Los terapeutas tienden a imponer, erróneamente, sus propias interpretaciones a los planteamientos de los usuarios y encontrar supuestos significados ocultos.

9. Consolar o tranquilizar: Los terapeutas, a menudo, quieren hacer sentir mejor al usuario ofreciéndole consuelo. Dicha intervención puede interrumpir la comunicación e interferir con la escucha activa.

10. Cuestionar o debatir. El terapeuta puede hacer preguntas para conocer mejor al usuario, pero si se hacen demasiadas preguntas, se puede inferir que el terapeuta podría encontrar la respuesta adecuada a todos los problemas del usuario. Así mismo, cuestionar de forma intensiva puede interferir la comunicación espontánea y desviar la conversación hacia el interés del terapeuta y no del usuario.

11. Distraer o cambiar de tema: A pesar de que el humor puede representar un intento para alejar de la mente del usuario preocupaciones o problemas amenazantes, también puede ser una distracción que interfiera en la comunicación y que implique que los planteamientos del usuario no son importantes.

DESARROLLAR DISCREPANCIA

Una forma de aumentar la motivación para el cambio, es ayudar a los usuarios a reconocer una *discrepancia* entre sus metas futuras y su comportamiento actual. Una forma de crear dicha discrepancia es: “¿Cómo encaja su consumo de bebida con tener una familia feliz y un trabajo estable?”. Cuando un usuario comprende que sus acciones presentes están en conflicto con metas personales importantes futuras, como la salud, éxito o felicidad familiar, es más probable que vuelva a comprometerse con el cambio (Miller y Rollnick, 1991).

El objetivo del terapeuta es resaltar las consecuencias negativas personales,

familiares y laborales, debido a su problema de consumo de sustancias y ayudar a concentrar toda la atención del usuario en como sus comportamientos actuales difieren y le alejan de su comportamiento ideal o deseado. A pesar de que ayudar al usuario a percibir dicha discrepancia o incongruencia puede resultar difícil, es necesario hacerlo de forma muy cuidadosa y respetuosa. Es importante separar el comportamiento, de la persona en sí, y ayudar al usuario a explorar de qué forma las metas personales que tiene se están viendo afectadas por el patrón actual de su consumo de sustancias. Esto requiere que el terapeuta escuche atentamente los planteamientos del usuario en cuanto a sus valores y relación con todas las metas que quiere conseguir.

Una vez que el usuario comienza a comprender de qué forma las consecuencias o posibles consecuencias de su comportamiento actual chocan con sus valores personales, el terapeuta debe concentrarse en este desacuerdo, hasta que el usuario pueda manifestar una preocupación estable y un compromiso hacia el cambio. Una táctica útil para ayudar a que perciba discrepancia, es “el acercamiento de Colombo” (Kanfer y Schefft, 1988), en esta técnica el terapeuta manifiesta confusión y busca constantemente aclaraciones acerca de los problemas del usuario, dando a entender que es incapaz de percibir una solución. De esta manera se motiva al usuario para que tome el control de la situación por sí mismo vea la discrepancia y ofrezca al terapeuta una solución (Van Bilsen, 1991).

El acercamiento de “Colombo” para desarrollar discrepancia con los usuarios, se basa en la vieja serie de televisión “Colombo”, Peter Falk hacía el papel de un detective que tenía una noción de lo que realmente había ocurrido, pero usaba un estilo socrático, sin presunciones, para poner en duda a su sospechoso principal, haciendo preguntas estratégicamente y

haciendo reflexiones para crear un rompecabezas sobre lo que realmente pasó. De esta manera, las piezas iban cayendo en su lugar por sí solas.

Usando el acercamiento de “Colombo”, el terapeuta hace el papel de un detective tratando de resolver un misterio, pero que está teniendo dificultades porque las claves no encajan. El terapeuta, hace partícipe al usuario de la solución del misterio:

Ejemplo No. 1: “Hmmm. Ayúdeme a entender esto. Usted me ha dicho que mantener la custodia de su hija, y ser una buena madre, son las dos cosas más importantes para usted. ¿Cómo encaja con esto su consumo de heroína?”

Ejemplo No. 2: “Así que algunas veces cuando bebe durante la semana no se puede levantar por la mañana para ir a trabajar. El mes pasado, faltó 5 días. Pero le gusta su trabajo, y hacerlo bien es muy importante para usted.”

En ambos casos, el clínico expresa confusión, lo que le permite al usuario tomar la palabra y explicar cómo los dos deseos en conflicto no encajan.

El valor del acercamiento ‘Colombo’ es el obligar a los usuarios, en lugar de a los terapeutas, a abordar las discrepancias y a tratar de resolverlas. Este acercamiento refuerza la noción de que los usuarios son los expertos en cuanto a su propio comportamiento y valores. Son verdaderamente los únicos que pueden resolver la discrepancia. Sin embargo, si el terapeuta intenta hacerlo por el usuario, éste se arriesga a interpretar erróneamente, sacando sus conclusiones en lugar de escuchar la perspectiva del usuario, y quizás lo más importante, hacer del usuario un sujeto pasivo en lugar de uno activo en el proceso.

Para generar la discrepancia, se pueden usar otras herramientas a parte de la comunicación. Por ejemplo, mostrar un video y debatirlo con el usuario, permitiéndolo asociarlo con su propia situación. También puede ser efectiva la yuxtaposición de diferentes mensajes por medio de audiovisuales o imágenes significativas para el usuario. Esta

estrategia podría ser particularmente efectiva con adolescentes pues proporciona la estimulación para debatir y reaccionar.

EVITAR LA CONFRONTACIÓN

Algunas de las veces en las que el usuario es desafiante, provocativo, o simplemente no está seguro o es reacio a cambiar, el terapeuta puede verse tentado a confrontar/discutir con el usuario. Dicha confrontación puede convertirse en una lucha de poder, sin aumentarla la motivación para el cambio, incluso aumentando aún más la resistencia, pues si el terapeuta trata de convencer de su visión, seguramente el usuario se posiciona aún más en la suya. El objetivo es “caminar” con el usuario durante todo el tratamiento y no “arrastrar”, dirigiendo el tratamiento del usuario, así como comenzar a trabajar con ellos desde el punto en el que se encuentren, ir cambiando sus percepciones, sin debatir, sin o través de medios considerablemente más eficaces (Miller y Rollnick, 1991, p.5).

GESTIONAR LA RESISTENCIA AL CAMBIO

La resistencia por parte del usuario, suele generar una preocupación en el terapeuta, pues suele predecir pocos resultados y falta de implicación en el tratamiento. Es fundamental que el terapeuta escuche y comprenda la perspectiva del usuario, y su intervención parta desde ese punto, ofreciendo una oportunidad nueva para responder de forma más eficaz. La resistencia que genera el usuario se puede utilizar para su propio beneficio, desviando o transformando dicha energía del usuario en un cambio positivo, ya que la percepción se puede cambiar siempre que no se confronte.

¿Cómo evitar confrontar y adaptarse a la resistencia?

1. Reflejo simple

El más sencillo de todas las intervenciones para responder a la resistencia es sin generar resistencia, y utilizando el reflejo simple. De esta manera, se repite el planteamiento del usuario de forma neutral, de forma que reconozca y valide lo que el usuario ha dicho y pueda plantear en el usuario una concepción diferente.

Usuario: No planeo dejar de beber por ahora

Terapeuta: No cree que la abstinencia funcione para usted en este momento.

2. Reflejo ampliado

Otra estrategia es devolver el planteamiento del usuario de forma exagerada, señalar de una manera más extrema, pero sin emplear sarcasmo ni ironía, con respeto.

Usuario: No sé por qué mi pareja está preocupada por esto. Yo no bebo más que ninguno de mis amigos

Terapeuta: Así que su esposa se está preocupando innecesariamente

3. Reflejo desde dos ángulos

Una tercera estrategia implica reconocer lo que el usuario ha dicho, pero a la vez señalar las contradicciones del pasado. Esto requiere el uso de información que el usuario ha podido ofrecer anteriormente en otras sesiones.

Usuario: S que usted quiere que deje de beber completamente, ¡Pero yo no lo voy a hacer!

Terapeuta: Puede observar que tiene verdaderos problemas en su vida, pero no está dispuesto a dejar de beber finalmente.

4. Cambio de enfoque

El terapeuta puede eliminar la resistencia ayudando al usuario a desviar el enfoque puesto en los obstáculos y las barreras. El método ofrece una oportunidad para afirmar la elección personal del terapeuta en cuanto a su forma de gestionar su vida.

Usuario: No puedo dejar de fumar porros cuando todos mis amigos lo están haciendo.

Terapeuta: Se está adelantando. Todavía estamos trabajando sus preocupaciones en cuanto a si puede o no entrar en la universidad. Quizás aún no estamos listos para decidir de que forma encaja la marihuana en sus planes.

5. Acuerdos con matices

Una estrategia sutil es estar de acuerdo con el usuario, pero con un ligero giro o cambio de dirección que impulsa el debate futuro.

Usuario: ¿Por qué usted y mi mujer/marido están tan obsesionados con lo que bebo? ¿Qué ocurre con todos los problemas que ella tiene? Usted también bebería si su familia estuviese todo el día agobiándolo.

Terapeuta: Tiene razón en parte de lo que ha comentado. Seguramente existan problemas en relación a su mujer y es probable que no le haya prestado suficiente atención. Estoy de acuerdo en que no deberíamos buscar a quién echar la culpa, los problemas de bebida, como los que estamos *tratando* involucran a toda la familia.

6. Reformular

Una buena estrategia para emplear cuando un usuario niega los problemas personales es reformular – ofrecer una interpretación nueva y positiva de la información negativa

que ha proporcionado el usuario. Reformular “reconoce la validez de las observaciones del usuario, pero ofrece un nuevo significado a las mismas”.

Usuario: Mi pareja está fastidiándome todo el día con la bebida – siempre llamándome alcohólico/a. Sinceramente me molesta mucho.

Terapeuta: Parece que su pareja está realmente preocupada/o e interesado/a por usted, a pesar de que lo expresa de una forma que puede hacerle daño. Quizás podamos ayudar a su pareja a aprender cómo decirle que lo/a ama y que se preocupa por usted, de una forma más positiva y aceptable.

7. Asumir la postura contraria

Otra estrategia para adaptarse a la resistencia del usuario es “asumir la postura contraria” en la discusión. No significa utilizar la “psicología inversa”, ni tampoco implica dilemas éticos como en la “paradoja terapéutica”. Generalmente, asumir la postura contraria, es señalar lo que el usuario ya ha dicho mientras argumenta en contra del cambio positivo. Hay que tener especial cuidado con esta técnica demasiado pronto en el tratamiento o con usuarios con sintomatología depresiva.

Usuario: Bueno, sé que alguna gente piensa que bebo demasiado, y que puedo estar dañando mi hígado, pero aun así no creo que sea alcohólico o que necesite tratamiento.

Terapeuta: Hemos pasado bastante tiempo trabajando sobre sus sentimientos y preocupaciones sobre el consumo de alcohol, pero aun así usted no cree que este preparado o que quiera cambiar su patrón de consumo. Quizás cambiar sería muy difícil para usted, especialmente si no quiere cambiar su situación. De todas formas, no estoy seguro de que crea que podría cambiar aún si quisiera.

REFUERZO DE LA AUTOEFICACIA

Muchos usuarios no tienen un sentido de autoeficacia bien desarrollado o encuentran difícil creer que puedan comenzar un cambio de comportamiento o mantenerlo. Por lo tanto, uno de los papeles más importantes del terapeuta es fomentar la esperanza y el optimismo del usuario, reforzando la confianza en sus propias habilidades y capacidades (Yahne y Miller, 1999).

Una de las formas es ayudarles a identificar como han gestionado de forma adecuada y con éxito, situaciones problemáticas en el pasado. Por ejemplo: “¿Cómo saliste de donde te encontrabas para llegar hasta donde estás hoy?” Reforzando exclusivamente sus fortalezas y habilidades, para reconstruir en el presente con base a éxitos en su pasado. Igualmente, es importante resaltar los avances pequeños que estén teniendo actualmente, reforzando cualquier cambio positivo.

Requiere que el terapeuta reconozca las fortalezas del usuario y las destaque y refuerce cada vez que sea posible. La educación familiar puede aumentar el sentido de autoeficacia de los usuarios. La información verosímil, comprensible y precisa, ayuda a los usuarios a entender como el consumo de sustancias se relaciona directamente con la dependencia y el desarrollo de la adicción. Exponer la biología de la adicción y los efectos médicos del consumo de sustancias, alivia la vergüenza y la culpa, y refuerza la esperanza de que la recuperación se puede lograr al emplear métodos y herramientas que sean adecuados. Un proceso que originalmente parece abrumador y agotador, se puede transformar en pequeños pasos de éxito para lograr la recuperación.

Puesto que la autoeficacia es un elemento crítico del cambio de comportamiento, es

fundamental que el terapeuta crea en la capacidad de sus usuarios para alcanzar sus metas. Los usuarios deben finalmente llegar a la conclusión de que el cambio es su responsabilidad y de que el éxito a largo plazo comienza con un simple paso hacia adelante.

4. Elementos que apoyan la motivación al cambio

Además de los principios básicos y fundamentales que configuran la entrevista motivacional, hay elementos críticos que también impulsan a una persona a generar un cambio positivo en su vida y de esta manera a reducir o eliminar el consumo de sustancias. Se dividen en acercamientos de MARCOS; discrepancias entre las metas y el comportamiento actual; ritmo flexible y contacto personal con usuarios que no están activos en el tratamiento.

Estos elementos se describen a continuación:

- **Retroalimentación**

La literatura que describe las intervenciones motivacionales exitosas, confirma la influencia tan poderosa de la retroalimentación personal e individualizada (Bien et al., 1993b; Edwards et al., 1977; Kristenson et al., 1983). Es fundamental que la retroalimentación no sea confrontativa ni enjuiciadora, sino que sea respetuosa, directa, empleando un lenguaje fácil de entender y culturalmente apropiada. Lo importante, es que ayude al usuario a reconocer la existencia de un problema de consumo de sustancias y la necesidad de cambiarlo.

La retroalimentación ha de ser individualizada, pues no todos los usuarios responden de la misma manera. Un usuario puede

alarmarse al descubrir que bebe más que sus compañeros, pero estar despreocupado acerca de los riesgos de la salud. Otro usuario podría estar preocupado por los riesgos de la salud, sin embargo, podría no impresionarle una patología concreta, como problemas sexuales, o de incapacidad (como puede ser una alta ingesta de alcohol). La retroalimentación enfocada en la mejoría del usuario, es muy valiosa como método para reforzar el progreso.

- **Responsabilidad**

Como se ha comentado previamente, los usuarios son los que tienen la máxima responsabilidad en la elección de continuar o cesar el consumo de sustancias, así como a realizar los ajustes necesarios. Una intervención motivacional permite a los usuarios que se conviertan en agentes activos en lugar de pasivos. Es importante no imponer a los usuarios a hablar, los puntos de vista, los objetivos o las metas, sino siendo más coherente pedir permiso para hablar del consumo de sustancias, e invitándolos a considerar la información. Si los usuarios perciben que tienen libertad de elección, se encontraran con menos resistencia al tratamiento o a la información dada.

Algunos terapeutas, comienzan la planificación de las agendas señalando claramente que no pedirán a ningún usuario hacer nada que no estén dispuestos a hacer, pero en la medida que se pueda negociarán una agenda en común en relación a las metas del tratamiento. Cuando los usuarios comprenden que ellos son los responsables del proceso, se sienten con mucha más fuerza a realizar cambios y ajustes en su vida, lo que conlleva mejores resultados en el tratamiento (Deci, 1975). Así mismo, cuando el usuario tiene la capacidad de escoger, el terapeuta se siente menos frustrado y más satisfecho.

- **Consejo**

De la misma manera que la retroalimentación, la forma en la que se dirige el terapeuta a los usuarios, determina como se utilizará ese consejo, de tal forma que el simple acto de un consejo amable, puede promover un cambio de comportamiento positivo. Un acercamiento motivacional para ofrecer consejo puede ser directivo, haciendo una sugerencia, o educacional, explicando información. Hay que plantearlo de forma muy cuidadosa, como: “¿Puedo decirle lo que veo, en relación a estas situaciones y a su pasado?” “Déjeme explicarle algo acerca de la tolerancia”. Este tipo de preguntas da la oportunidad al terapeuta de dar información acerca del consumo de sustancias de una forma amable y respetuosa.

Cualquier sugerencia que se, debe de ser simple, no abrumadora y debe ir a la par con el nivel de entendimiento, la preparación del usuario, la urgencia de la situación y su cultura (en algunas culturas, dar una sugerencia de forma directa puede dar un mayor énfasis y ser beneficioso, en otras culturas, dar una sugerencia de forma directa, puede resultar violento y grosero). El estilo de dar consejo, requiere mucha paciencia por parte del terapeuta.

Así mismo, también es importante escoger el momento oportuno para dar cualquier sugerencia, contando con la habilidad de “escuchar” lo que el usuario necesita saber y está dispuesto a recibir.

- **Ofrecer opciones**

Es importante, que los usuarios puedan percibir que son ellos quien eligen, de una variedad de opciones, tanto en las metas del tratamiento, como en los recursos que necesitan para ir consiguiéndolo, proporcionando información sobre cada una de las opciones, así como las

implicaciones de cada una de ellas y ayudando a aumentar en el usuario su habilidad para tomar decisiones adecuadas e informadas. Proporcionar varias opciones para que sea el usuario quien escoja, es consistente con el principio motivacional de que sean ellos quien asuman las responsabilidades de sus elecciones, aumenta el compromiso con el cambio, disminuye las tasas de abandono, y en general, aumenta la efectividad del tratamiento.

- **Ritmo flexible**

Cada uno de los usuarios, se mueven a diferente ritmo por las etapas del cambio. Algunos usuarios pasarán repetidas veces por la misma etapa, otros permanecerán estancados en una etapa ambivalente, etc. Por lo tanto, hay que evaluar la preparación del usuario para el cambio de forma individual. En relación al ritmo, es importante que el terapeuta programe sesiones, en cada una de las etapas, emplee el tiempo necesario en el usuario, emplee las estrategias y tareas necesarias en cada una de las etapas del cambio.

- **Contacto personal con usuarios que no están activos en el tratamiento**

Cuando el usuario ya no está en tratamiento, se pueden emplear algunas intervenciones motivacionales sencillas, diseñadas para aumentar la continuidad de la relación terapeuta creada entre el usuario y el terapeuta. Esas actividades pueden incluir desde cartas escritas a mano o llamadas telefónicas, son algunos de los ejemplos. La investigación ha demostrado que estas simples intervenciones para aumentar la motivación, son efectivas para estimular al usuario a que vuelvan a otra sesión, o a aumentar la continuidad del tratamiento (Intagliata, 1976; Koumans y Muller, 1965; Nirenberg et al., 1980; Panepinto

y Higgins, 1969).

El acercamiento PIES

En la I Guerra Mundial, fueron los psiquiatras militares los primeros en darse cuenta de que las intervenciones motivacionales, realizadas en el momento oportuno, lograban un gran éxito entre sus soldados. El método corresponde con un acrónimo: PIES

Proximidad: Proporcionar tratamiento cerca del lugar, sin trasladar al hospital

Inmediatez: Intervenir y tratar tan pronto como se detecte el problema

Expectativa: Confiar y creer en que el tratamiento será exitoso y devolver a la persona a su puesto de trabajo

Simplicidad: Con escuchar, mostrar empatía y devolver al usuario el significado de lo que intenta expresar.

Fue muy importante, resaltar el hecho de que la persona era normal, mientras la situación era anormal, reforzando la recuperación con descanso y alimentación. Para la gran mayoría de los casos no se necesitó una terapia prolongada ni compleja. La necesidad de derivación a un mayor nivel de cuidado se utilizó para un porcentaje bajo de individuos que no respondieron a esta intervención directa

Kenneth J. Hoffman, Investigador de Campo

5. ¿Por qué la entrevista motivacional en prisiones?

A continuación, se destacarán los motivos por los cuales la entrevista motivacional es una intervención fundamental en el ámbito penitenciario, derivado de las bondades y la eficacia que genera en el sistema y en el usuario.

- **Efectividad de la Entrevista Motivacional**

Como establecen Bachiller et al. (2015), la participación en grupos terapéuticos de intervención motivacional, durante el tratamiento de deshabitación, se asocia con

efectos positivos sobre el mantenimiento de la abstinencia y la retención a un tratamiento posterior de deshabituación, y más aún si la experiencia terapéutica ha sido satisfactoria, así mismo, encontraron que el 73,9% de los usuarios mantuvieron adherencia al tratamiento tras el alta, porcentaje que es superior al habitual en drogodependencias, pero muy similar a los buenos resultados obtenidos en otros programas que trabajan con la entrevista motivacional y con grupos motivacionales (Santa Ana et al., 2007)

En la misma línea, que los resultados de esta investigación, Borsari y Carey's (2000), encontraron una elevada tasa de satisfacción tras un programa motivacional, donde el éxito residía fundamentalmente en los terapeutas, que eran percibidos como empáticos y con una actitud fundamentalmente de escucha y apoyo.

Tras contrastar la existencia de literatura científica que alaba la importancia de la intervención motivacional dentro del tratamiento de deshabituación, se destaca la importancia de dicha intervención dentro del ámbito penitenciario. Su origen se sitúa con el Modelo Matrix desde finales de 1990, en California, donde ha sido el programa más largo y más destacado en la media nacional y extensamente reconocido como modelo, obteniendo premios a escala nacional.

• **Bondades de la Entrevista Motivacional**

Además de la efectividad de la entrevista motivacional, son numerosos los beneficios que se pueden obtener de su fácil aplicación, siempre que se mantenga una coordinación adecuada. Los beneficios son:

- Bajo coste: La entrevista motivacional se diseñó originariamente para ser una intervención breve y normalmente es

suficiente de dos a tres sesiones a la semana.

- Eficacia y adherencia: Existe evidencia, como hemos destacado previamente, de que provoca el cambio en el usuario manteniendo una alta tasa de éxito y una adherencia terapéutica tras el alta.

- Efectividad: Los efectos positivos de la entrevista motivacional, se han aplicado y demostrado en una variedad de diferentes ambientes clínicos, con alta tasa de éxito.

- Moviliza los recursos del usuario: Dicha intervención, se focaliza también en que sea el usuario el que movilice sus propios recursos para el cambio y en su beneficio.

- Promociona la salud: dicha entrevista no obliga a generar una relación usuario-terapeuta a largo plazo si no es necesario. Pues con una sola intervención, puede generar el cambio, lo cual se puede aplicar en diferentes sistemas de salud, no únicamente en deshabituación de sustancias.

- Enfatiza la motivación del usuario: la motivación es un aspecto fundamental para el cambio, y dicha intervención se concentra en generar en primer lugar, la motivación en el usuario en el consumo de sustancias.

6. Evidencia empírica de la entrevista motivacional

La *Guía Clínica de Intervención en Adicciones (2008)* recoge y describe los diferentes estudios empíricos que tratan de determinar la eficacia de la Entrevista Motivacional, combinándola o no con otro tipo de intervenciones. Donde los niveles de evidencia, se dividen en:

- Grado de Recomendación Máxima,

Nivel 1: Ensayos clínicos controlados, aleatorizados y bien diseñados, o bien, metaanálisis.

- Grado de Recomendación Alta, *Nivel 2:* Ensayos clínicos que tienen pequeñas limitaciones metodológicas.
- Grado de Recomendación Alta, *Nivel 3:* Estudios descriptivos, comparativos y de casos controles.
- Grado de recomendación Media, *Nivel 4:* Consenso de comités de expertos, informes técnicos de las autoridades sanitarias y series de casos.

Comenzando con Feldstein y Forcehimes (2007), se destacan los resultados encontrados con un grupo de adolescentes con consumo abusivo de alcohol asignados a una Entrevista Motivacional, comparados con un grupo control de no tratamiento. En este estudio se comprobó cómo se redujo significativamente los episodios de consumo abusivo en la evaluación a los dos meses.

Spirito et al. (2004) estudiaron una muestra de 152 niños entre 13 y 17 años, con consumo abusivo de alcohol, que mejoraron significativamente, en el seguimiento a 12 meses, en número de días de consumo y frecuencia de episodios de gran ingesta, cuando recibían Entrevista Motivacional, en comparación con quienes sólo recibieron cuidados estándar.

En primer lugar, existe un Nivel de evidencia 3: la entrevista motivacional ofrece mejores resultados en reducción del consumo abusivo, en consumidores jóvenes, que la ausencia de tratamiento.

McCambridge y Strang (2005) aplicaron una sesión de una hora de Entrevista Motivacional a un grupo de 105 jóvenes, entre 16 y 20 años, consumidores habituales de drogas ilegales, y

compararon los resultados con los obtenidos en un grupo control (N=85) que sólo recibió información. A los 3 meses, encontraron superioridad de la Entrevista Motivacional en la reducción del consumo de cigarrillos, el consumo de alcohol y el uso de cannabis. Sin embargo, a los 12 meses esta mejoría había desaparecido. Los autores concluyeron que los efectos beneficiosos de la Entrevista Motivacional eran visibles sólo a corto plazo, pero que su utilidad se reducía a medida que avanza el tiempo.

Hulse y Tait (2002) efectuaron un estudio aleatorizado con 120 sujetos que presentaban consumo abusivo de alcohol y patología dual. Sesenta y dos de ellos fueron asignados aleatoriamente al grupo de Entrevista Motivacional, mientras que los 58 restantes sólo participaron en una sesión informativa. A los seis meses ambos grupos presentaban una reducción significativa del consumo semanal de alcohol. Sin embargo, esta reducción era significativamente mayor entre los sujetos que participaron en la entrevista motivacional, quienes, además, presentaron una reducción significativa de su sintomatología psicopatológica. Los autores concluyeron que las intervenciones motivacionales podían y debían incorporarse en el tratamiento de personas con problemas psicopatológicos asociados a la adicción. Estos mismos autores (Hulse y Tait, 2003) efectuaron un seguimiento a los cinco años, encontrando que ambos ofrecían mejores resultados que los controles emparejados, pero que no existían diferencias entre ellos. A la vista de estos resultados, los autores recomiendan la utilización de intervenciones informativas fundamentándose en su bajo coste y mínima estructuración, de acuerdo con lo encontrado por estudios aleatorizados precedentes (Babor y Grant, 1992).

Hettema, Steele y Miller (2005) efectuaron un

metaanálisis con 72 estudios aleatorizados que utilizaban la Entrevista Motivacional. En esta revisión se concluye que los efectos de la entrevista decaen con el tiempo, pero muestran una pequeña pero significativa eficacia a los 12 meses. Miller (2005) reflexiona sobre este declive en el tiempo de los efectos y constata que es algo común a muchos tratamientos, incluso farmacológicos. Concluye que lo sorprendente no es este descenso, sino que los efectos de una intervención breve persistan tras muchos meses después de su aplicación.

En segundo lugar, hay un Nivel de evidencia 1: Tiene una eficacia pequeña pero significativa a los 12 meses, pues los efectos de la entrevista motivacional decaen con el tiempo.

Martino, Carroll, Nich y Rounsaville (2006) asignaron aleatoriamente a un grupo de usuarios con patología dual a una intervención basada en dos sesiones de Entrevista Motivacional (N=26) o a dos entrevistas psiquiátricas estándar (N=20). La evaluación a los tres meses mostró que ambos grupos habían mejorado considerablemente, aunque sin diferencias entre ellos. Sin embargo, cuando se tuvo en cuenta la droga principal de los participantes se observó un efecto significativamente mayor de la Entrevista Motivacional en los consumidores de cocaína, mientras que la entrevista psiquiátrica obtuvo mejores efectos cuando la droga principal era la marihuana.

Baker et al. (2002) sirviéndose de una muestra de consumidores que cumplían los criterios de abuso o dependencia de sustancias, compararon los efectos de aplicar Entrevista Motivacional de 45 minutos (n=79) con los de una intervención de autoayuda mediante un libro (n=81). Los resultados mostraron efectos muy modestos de la Entrevista Motivacional a corto plazo y no sobre todas las sustancias,

puesto que no se observaron variaciones en el consumo de cannabis a los 12 meses. Esto les permitió anunciar la necesidad de desarrollar intervenciones más estructuradas y continuadas en el tiempo.

En tercer lugar, la Entrevista Motivacional tiene un Nivel de evidencia 2: Está más indicada para algunos perfiles de usuarios, que para otros.

Colby et al. (1998) no encontraron diferencias entre una sesión de Entrevista Motivacional y otra de carácter meramente informativo en adolescentes fumadores de tabaco. Ambas fueron eficaces en mantener la adherencia y la retención, en intentos de dejar de fumar y en la consecución de largos periodos de abstinencia, pero ninguna mostró una clara superioridad.

Murphy et al. (2004) no encontraron ventajas en añadir Entrevista Motivacional a una intervención de información personalizada sobre el consumo de alcohol, en una muestra de estudiantes con altos niveles de consumo y con un seguimiento de 6 meses.

Brown et al. (2006) elaboraron una versión grupal de la Entrevista Motivacional y la aplicaron a una muestra de usuarios (N=67), comparándola con un tratamiento estándar (N=64). Ambas modalidades mostraron efectividad en diversas variables, sin mostrar diferencias en la disfunción general asociada al consumo de drogas. Los autores concluyeron que no hay razones suficientes para sustituir los procedimientos terapéuticos habituales por otros basados en intervenciones motivacionales.

En cuarto lugar, existe un Nivel de evidencia 3: La entrevista motivacional no parece presentar mejores resultados que otras intervenciones poco estructuradas.

Swanson et al. (1999) encontraron que si a un programa de terapia cognitivo- conductual, aplicado a usuarios con patología dual, se le añadía entrevista motivacional, la adherencia mejoraba significativamente. Este mismo efecto se describe en otros estudios, como el de Secades, Fernández y Arnáez (2004), en el que 40 usuarios con adicción a heroína en espera de tratamiento fueron asignados aleatoriamente a un grupo de entrevista motivacional o a una condición control. A los seis meses de iniciar el tratamiento, los usuarios que recibieron la Entrevista Motivacional incrementaron considerablemente las tasas de retención en comparación al grupo control (50% frente al 20%). Los autores sugieren que la Entrevista Motivacional puede resultar un instrumento útil para mejorar las tasas de retención en los programas libres de drogas durante las fases iniciales del tratamiento, momento en el que se producen la mayoría de los abandonos.

En quinto lugar, existe un Nivel de evidencia 2: Una de las principales utilidades de la entrevista motivacional es incrementar la participación, la adherencia y la retención de los usuarios durante la fase inicial del tratamiento incluida en modalidades más estructuradas y duraderas en el tiempo.

Bell (2008) llevó a cabo un estudio relacionando las capacidades neurocognitivas y la posibilidad de cambio de conductas automáticas a conductas controladas mediante la Entrevista Motivacional. Treinta y dos sujetos participaron en una entrevista motivacional frente a 15 que no lo hicieron, y se midieron capacidades neurocognitivas y variables de consumo. En contra de lo que se predijo, fueron aquellos sujetos con más alteraciones neurocognitivas en el pretest quienes más se beneficiaron de la entrevista motivacional.

A los dos meses estos sujetos habían reducido más su consumo de alcohol y los problemas asociados. Esto permite hipotetizar que las intervenciones motivacionales pueden ser más útiles en sujetos con mayor deterioro.

En sexto lugar, La entrevista motivacional parece más indicada para el consumidor con un mayor deterioro cognitivo, con un grado de recomendación B.

Heather, Rollnick, Bell y Richmond (1996) estudiaron a 174 sujetos atendidos por problemas con el alcohol que asignaron aleatoriamente a un grupo de consejo o a otro de carácter motivacional -ambos en formato breve-, o bien a un grupo control sin tratamiento. En el seguimiento a 6 meses, los que recibieron cualquier forma de intervención breve mejoraron en sus niveles de consumo más que los que no recibieron ningún tratamiento. No se encontraron diferencias en cuanto a resultados entre ambas intervenciones, pero la Entrevista Motivacional mostró mayor eficacia en aquellos sujetos que partían con menores niveles de motivación para el cambio.

Un resultado similar se obtiene en los estudios recogidos por el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. En uno de ellos se muestra cómo la Entrevista Motivacional es más beneficiosa para usuarios con baja motivación inicial para el cambio los cuales informan de menor número de recaídas en cocaína y se aprecia alcohol y menores problemas con el alcohol (Rohsenow et al., 2004). En otro, se aprecia la eficacia de la entrevista motivacional breve (1 sesión) para lograr la abstinencia en 1175 consumidores de cocaína y heroína (Bernstein, Bernstein, Tassiopoulos, Heeren, Levenson y Hingson, 2005).

*En séptimo lugar, existe un Nivel de evidencia 1, donde la entrevista **Motivacional está más***

indicada cuanto menor sea la motivación para el cambio en la línea base.

Finalmente, se muestran las conclusiones obtenidas a partir de tres revisiones de investigaciones efectuadas sobre trabajos que analizan diferentes aplicaciones de la Entrevista Motivacional.

Guillén y Mañoso (2004) analizan los trabajos publicados desde 1983 a 2003, diferenciando la Entrevista Motivacional como intervención psicoterapéutica o como un elemento favorecedor del trabajo terapéutico posterior.

Si se atiende a la primera consideración, la literatura muestra que la Entrevista Motivacional:

- Resulta más eficaz para reducir el consumo de sustancias que el no tratamiento y la lista de espera. Resulta especialmente eficaz en la reducción de daños, por ejemplo, una menor incidencia de conducción bajo los efectos del alcohol, de infracciones de tráfico o de otras conductas problemáticas relacionadas con el consumo de drogas.
- Sin embargo, los resultados son heterogéneos al contrastar la entrevista motivacional con otro tipo de intervención psicoterapéutica.
- La Entrevista Motivacional se ha mostrado significativamente superior en diversas medidas de consumo cuando se compara con intervenciones consistentes en proporcionar información acerca del consumo de sustancias y material de autoayuda.
- Los efectos son menos claros cuando se compara la Entrevista Motivacional con intervenciones basadas en el *counseling*. Se ha señalado que añadir la Entrevista

Motivacional a una intervención consistente en varias sesiones de *counseling* no produce efectos significativos sobre los índices de abstinencia, con respecto al grupo que sólo recibe *counseling*. Tanto los participantes que reciben Entrevista Motivacional como aquellos que reciben un breve *counseling* suelen experimentar una reducción similar en la frecuencia de consumo, significativamente superior a grupos en lista de espera o que no reciben tratamiento.

En cuanto a la segunda forma de considerar la Entrevista Motivacional, es decir, como una técnica más que se puede añadir a un tratamiento estándar de manera que aumente su eficacia, la revisión de los estudios ofrece hallazgos interesantes. Esta incorporación genera un incremento tanto en la participación como en los resultados de la terapia, siendo más eficaz que añadir sesiones preparatorias de tipo psicoeducativo.

Pero estos resultados hay que tomarlos con cautela pues algunos estudios muestran limitaciones metodológicas como la de comparar el tratamiento versus Entrevista Motivacional más tratamiento, con lo cual el número de sesiones o la duración de la intervención que reciben los grupos comparados no son iguales. En este caso, no se puede determinar si los resultados positivos del grupo que recibe Entrevista Motivacional se deben a la técnica en sí misma o a haber recibido más sesiones. En todo caso, parece que los resultados más importantes de la Entrevista Motivacional se producen en aquellas medidas relacionadas con la motivación del usuario (adhesión al tratamiento, cumplimiento de prescripciones terapéuticas, satisfacción con la terapia, etc.) y no tanto con el consumo, lo que debería ser en realidad el objetivo a conseguir en este tipo de intervención.

También cabe destacar el metaanálisis realizado por Burke, Arkowitz y Menchola (2003) tratando de determinar la eficacia de la Entrevista Motivacional. La revisión de 30 trabajos les permitió demostrar que ésta era equivalente en resultados a otros tratamientos aplicados en situaciones de consumo de alcohol, drogas, conductas relacionadas con la dieta y el ejercicio. Además, se conseguían efectos moderados comparados con el no tratamiento con un tratamiento placebo. Donde no se apreciaba la eficacia de este tipo de intervención era en la conducta de fumar y en las conductas de riesgo de VIH.

Nahom (2005) tras revisar los estudios publicados entre 1986 y 2002, concluyó que en un amplio porcentaje de casos la entrevista motivacional logró buenos resultados, los cuales es posible que no sean superiores a los obtenidos mediante otras modalidades psicoterapéuticas (como la prevención de recaídas, escucha no activa o intervenciones informativas breves). Además, la adición de entrevista motivacional a otras modalidades podía no mejorar significativamente los resultados.

En octavo lugar, más que en los resultados del tratamiento, la utilidad de la entrevista motivacional parece focalizarse en la potenciación de otros tratamientos a través del incremento de variables de proceso (adherencia, retención, participación, satisfacción), con un nivel de evidencia 2.

La evidencia revisada parece indicar que las intervenciones motivacionales son eficaces para promover cambios, pero que estos cambios no son duraderos en el tiempo: la motivación obtenida decae progresivamente. En esa medida, las intervenciones motivacionales parecen ser insuficientes por sí solas para obtener buenos resultados en los procesos de cambio en conductas

adictivas. Son, sin embargo, de gran utilidad para favorecer la participación de los sujetos en el tratamiento, incrementar su adherencia y la retención. En este sentido, los estudios revisados parecen recomendar la inclusión de intervenciones motivacionales como complemento a procesos de tratamiento más estructurados, en la medida en que favorecen elementos procesuales, más que resultados de la rehabilitación.

Y por último, en noveno lugar, con un Nivel de evidencia 1, se demuestra que La entrevista motivacional es más eficaz que el no tratamiento.

En el mismo sentido, la evidencia sugiere que los mayores beneficiarios de las intervenciones motivacionales se da en los sujetos que, precisamente, presentan menores niveles de motivación. En términos del Modelo Transteórico, la Entrevista Motivacional parece especialmente útil en sujetos que se encuentran en el estadio de precontemplación, que no han considerado la posibilidad de abandonar el consumo y que, a partir de una intervención intencional, pueden empezar a considerar la conveniencia de hacerlo. También parece ser más efectiva en sujetos con limitaciones neuropsicológicas que les incapacitarían, al menos en las fases iniciales del proceso de cambio, para beneficiarse de intervenciones con mayor complejidad y exigencia. Estas características hacen especialmente recomendable este procedimiento en programas de reducción de daños de baja exigencia, como fase previa a la incorporación a programas de tratamiento más complejos.

En todo caso, la gran enseñanza de este modelo reside en el hecho de que ha sido capaz de mostrar que ningún proceso de tratamiento de las conductas adictivas tendrá éxito si no se tiene en cuenta al usuario, sus

motivaciones, sus opiniones, sus soluciones,
sus limitaciones y sus características
personales.

**Fichas
para las
sesiones
individuales
y conjuntas**

IC
OA

Compromiso tratamiento y comunicación de datos

Nombre _____

con NIS _____

DECLARO

Que me comprometo a realizar las tareas y actividades terapéuticas, siguiendo las indicaciones propuestas por el equipo terapéutico acreditado del Programa Matrix. Penitenciario PMP.

Que conozco en este momento las normas de funcionamiento del grupo de usuarios del programa Matrix. Penitenciario PMP.

AUTORIZO

A los miembros del equipo terapéutico acreditado del Modelo Matrix a la utilización, tratamiento y comunicación de datos en los términos que recoge la Ley Orgánica 15/1999, 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD).

Al uso y/o publicación de mi imagen, durante la realización de actividades en el centro, para el uso de investigación o soporte informático. Reconocido el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen art. 18 de la Constitución, recoge en la Ley 1/1982, de 5 mayo.

Murcia,

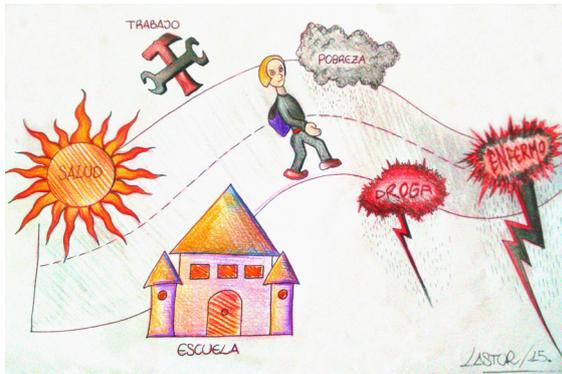
de

201

EL USUARIO

Equipo Terapéutico PMP

Sesión IC 0B: El camino de la droga



FUNDAMENTACION

Al inicio del Programa Matrix Penitenciario, se observa la necesidad de tomar contacto con la realidad del interno dro-godependiente, de forma no traumática.

Con el recurso lúdico del dibujo se acerca a su propia realidad y su memoria. Reflexiona sobre su trayecto vital en referencia al consumo de drogas.

OBJETIVOS

La FICHA IC0 B “EL CAMINO DE LA DROGA” persigue la ubicación presente del usuario PMP en el trayecto de la toxicomanía. Situándolo dentro del espacio y tiempo que se iniciará con el camino de la recuperación.

Las diferentes áreas vitales y variables que le han guiado en su vida, quedan focalizadas en el trabajo del dibujo.

Permite al usuario PMP, comprender su proceso en el consumo y sus consecuencias, además

permite que sus emociones, pensamientos y conductas sean analizadas de forma inicial

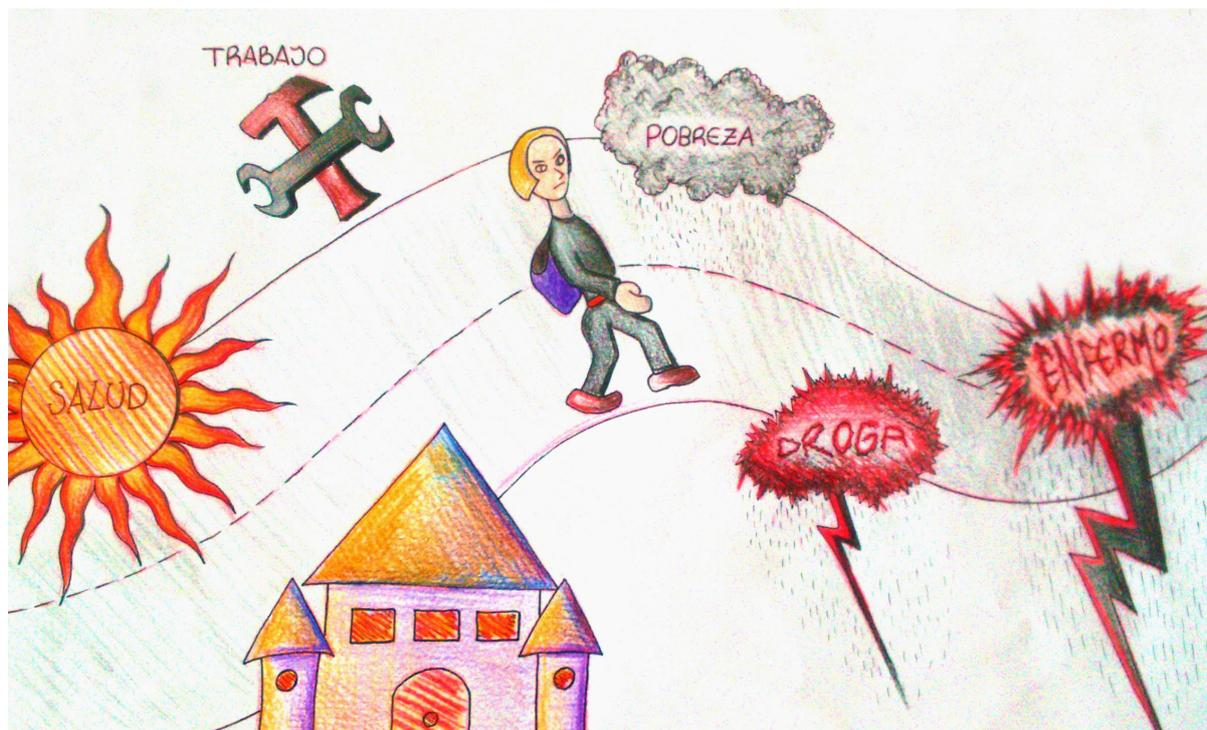
Consigue ser el aterrizaje conciso a su realidad de drogodependiente.

DESARROLLO

- Se entrega la ficha
- Se les pide a los usuarios que visualicen el dibujo
- Se le indica que contesten y reflexionen sobre cada pregunta concreta
- Se le invita a proyectar su historia vital de consumo de drogas respecto al dibujo

IC OB

El Camino de la droga



1. ¿Qué dibujos ves en la foto?

2. ¿Qué rasgos tiene cada dibujo?

3. ¿Qué significa cada dibujo

4. ¿Qué significan para ti esos dibujo?

5. ¿Te identificas en algo?

6. ¿En qué etapa del viaje estás?

7. Imagina el final de tu viaje

8. ¿Cómo quieres que sea ese final?

Sesión IC 0C: Rol terapeuta profesional IIPP



FUNDAMENTACION

La implementación del Programa Matrix Penitenciario en las instituciones penitenciarias, supone una paradoja dado que los mismos profesionales de los centros, que desarrollan sus funciones establecidas en los mismos, se convierten o desdoblan en la figura del terapeuta del programa PMP.

Esto supone que los usuarios, que a la vez son internos del centro, tienen que realizar un esfuerzo notable a la hora de saber distinguir nítidamente los diferentes roles que suponen para ellos y los profesionales del centro que a la vez juegan esos roles que implica el PMP.

Se necesita un periodo de ajuste por ambas partes, para ubicarse de forma concreta y concisa sobre las tareas y expectativas que le compete a cada uno. Pues el ser a la vez terapeuta y profesional puede llevar consigo incompatibilidades regimentales, terapéuticas o personales que incidan de forma en ocasiones negativa al curso de la terapia, sesiones o responsabilidades personales y profesionales.

OBJETIVOS

Que tanto los usuarios-internos como los profesionales-terapeutas, consigan reajustar sus papeles, responsabilidades y cometidos a cada situación.; comprendiendo en todo momento el papel y la situación que están desempeñando

DESARROLLO

Se les entrega la ficha a los usuarios-internos, para que reflexionen, analicen y describan los rasgos que perciben de sus terapeutas y de sus profesionales del centro penitenciario que aglutinan en una misma persona los dos perfiles o roles profesionales y terapéuticos

La ficha **IC0 C** rol terapeuta/profesional, se incorpora de forma transversal a la carpeta de

IC OC

Rol terapeuta profesional IIPP

1. Perfil del Terapeuta

2. Perfil del Profesional del IIPP

3. Semejanzas ambos papeles profesionales

4. Diferencia ambos roles

5. ¿Qué implica ser interno en Programa Matrix Penitenciario PMP?

6. Qué supone ser interno en Módulo o Departamento?

Sesión IC 0D: Saca el mayor partido a la terapia grupal



FUNDAMENTACION

Los usuarios reciben información, asistencia para estructurar un modo de vida libre de sustancias, y apoyo para conseguir y mantener la abstinencia de drogas y alcohol. La terapia individual y/o de grupo y otros tipos de terapias de comportamiento constituyen componentes críticos del tratamiento efectivo para la adicción. Su aprovechamiento y eficacia permiten a los usuarios PMP alcanzar sus objetivos de recuperación y deshabituación de drogas, pero permite la integración diaria, la cohesión del grupo de apoyo y la firmeza en los pasos de su proceso. Por ello deben utilizar todos sus recursos de aprendizaje y trabajo terapéutico como instrumento general de cambio.

OBJETIVOS

1. Establecer una relación terapéutica motivacional, positiva y colaboradora con el paciente.
2. Desarrollo de una organización explícita, basada en expectativas realistas.
3. Enseñanza psico-educativa a pacientes y

familiares

4. Entrenamiento en técnicas cognitivo-conductuales
5. Refuerzo positivo de conductas deseables
6. Implicación familiar tanto en las sesiones individuales como las grupales.
7. Introducción a la participación en grupos de autoayuda

DESARROLLO

La Ficha IC0 D sacar el mayor partido a la terapia grupal, se incorpora de forma transversal a la carpeta de trabajo y al manual del terapeuta, en las sesiones previas a la recuperación temprana. Se refiere a una serie de recomendaciones para optimizar el trabajo en las sesiones semanales y grupales de los usuarios PMP.

IC OD

Sacar el mayor partido a la terapia grupal

- ASISTE a todas las sesiones
- Llega PUNTUAL
- PON MAXIMO ESFUERZO en la Terapia. A mas esfuerzo mayores beneficios recibirás
- LEE Y REFLEXIONA sobre los materiales, y sobre lo que tu terapeuta y otros compañeros discutan en sesión
- ESCUCHA CON ATENCIÓN Y RESPETO a los compañeros y a tu terapeuta
- APOYA A TUS COMPAÑEROS. No te enfrentes personalmente a nadie
- CONFIDENCIALIDAD. No hables de la información personal de otros compañeros fuera del grupo
- NO TRATES DE DOMINAR LA SESIÓN. Da tiempo a otros para que también participen
- PREGUNTA siempre que no entiendas algo
- PARTICIPA en las discusiones de grupo
- SÉ HONESTO
- Después de la sesión, REFLEXIONA SOBRE LO QUE HAS APRENDIDO e intenta aplicarlo a tu vida diaria y tu recuperación
- HAZ LAS TAREAS que el terapeuta te pida fuera de la sesión

**Fichas
para
sesiones
transversales**

Sesión ST 01: Slogan o lema

FUNDAMENTACION

Advertidos de las dificultades, en muchas ocasiones, de comprensión y asimilación por parte de los internos, de las ideas a transmitir, y con la intención de resumir y representar las ideas esenciales de los temas tratados, se propone la elaboración de un eslogan o lema al final de las sesiones.

Los juegos de palabras que aparecen durante su elaboración constituyen mnemotécnicas o procedimientos de asociación mental que facilitan el recuerdo de la idea esencial del tema tratado y a su vez, mediante esta fórmula breve y original, se ayuda al interno a su comprensión.

OBJETIVOS

Un eslogan, mediante una frase corta y fácil de entender, trata de transmitir una idea de forma directa. En su elaboración, se intenta expresar esta idea, de forma concreta y concisa, lo que no es en absoluto un proceso sencillo.

DESARROLLO

Durante las primeras sesiones, se dedican unos minutos al final de las mismas, para “jugar” con la construcción del eslogan oportuno, de esta forma se ayuda a que el interno entienda y aprenda a construirlos, a la vez que participa en una especie de competición que llevará a la elección de los mejores lemas.

Posteriormente serán los propios los internos, los que fuera de las sesiones, durante su tiempo libre, construirán los eslógans, de forma que les lleve durante el día, a meditar sobre las ideas de los temas tratados y así presentarlos en las siguientes sesiones. Posteriormente, con la intención de reforzar estas conductas, se elaborarán pegatinas y panfletos con los mejores lemas, que se repartirán por todo el centro y se utilizarán en futuras presentaciones de Power Point entre otros.

EJEMPLOS

- ¡Si adoras la justificación ,con las drogas, cárcel y muerte encontrarás.
- ¡Justificarte¡¡ te destruye a ti y a los que más quieres; tu familia.¡.
- ¡Sin drogas, vida y libertad, y nunca más a justificarte volverás¡.
- ¡Enfréntate a la vida, la droga es para cobardes y así nunca más que justificarte tendrás¡
- ¡Estaba sobre el mundo. Pero la realidad es que estaba bajo el mundo!.
- ¡Mi madre se llama soledad... la droga es lo que me llevaba a ello, a la soledad. Reaccioné y ahora la puedo llamar mamá!
- ¡Cuanto más consumo, más valoro un día sin consumo!
- ¡Lo que la droga te da rápidamente, te lo quita lentamente!

-
- ¡Por culpa de la droga, lo mas grande se me hizo lo más pequeño!
 - ¡Quieres sentirte bien de cuerpo y mente..., piensa tranquilamente!
 - ¡En tus ojos me reflejé, al tiempo cuando te vi, lágrimas salieron de mí!
 - ¡Lo que la droga te ofrece, poco lo merece!
 - ¡La droga pega fuerte. El mantenerte abstinentemente te hace más fuerte!
 - ¡Mis manos, mis gustos, mi cerebro se anulaban. Al estar abstinentemente saboreo la vida!
 - ¡Mi amigo me decía, no pasa nada. Al tiempo en su lápida ponían ramón fernández G., murió a los 25 años!
 - ¡No sabía lo que estaba tomando. Me gustó y me sentí vivir. Ahora que vivo día a día se lo que es vivir!
 - ¡Los chicos mayores me ofrecían. Con los años no hago caso y de quien me ofrezca siento
 - ¡lástima!
 - ¡Una dosis de droga en el cuerpo en un día menos que vives!
 - ¡Con un consumo paso el día, la culpa dura toda la vida!
 - ¡¡por la droga lo perdí todo... estando abstinentemente lo recupero lentamente !!.
 - Si la droga quieres dejar, en matrix debes entrar

ST 01

Slogan o lema

Sesión	
Slogan	

Sesión	
Slogan	

Sesión	
Slogan	

Sesión	
Slogan	

Sesión	
Slogan	

Sesión	
Slogan	

Sesión	
Slogan	

Sesión ST 02: Presión del grupo en prisión

FUNDAMENTACION

Cada vez que regresa un interno de la terapia de PMP , vuelve al entorno penitenciario, con los mismos internos que no están en proceso de recuperación, con los mismos amigos y compañeros que hasta hace poco eran sus colegas de causas, aventuras, trafico, consumo y en muchos casos familia. No todos entienden que ya no quieres consumir y traficar.

Deben reflexionar sobre la presión que reciben por parte de los demás internos para no alejarse o salirse del grupo de consumo y trafico de drogas. Se les hace en muchos casos imposible mantener la presión que supone no ser uno de los consumidores, se encuentran ante la tesitura y lucha interior de mantener su estatus en el módulo o renunciar a ella y afrontar un camino alejado del consumo. Es preciso que analicen como se sienten y que piensan cuando se encuentran con tus compañeros en el Modulo.

OBJETIVOS

Conseguir vencer la presión grupal del módulo, saber decir que no a los internos que le ofrecen o muestran droga, adquirir fuerza para llevar a cabo conductas alejadas de los círculos de consumo y tráfico. Por supuesto a la vez que ello no suponga verse inmersos en situaciones regimentales o personales conflictivas por ello.

El cómo pueda cada interno usuario PMP resolver la lucha interna que supone dicha presión de grupo, servirá a otros como herramientas de cambio para ellos

DESARROLLO

Se les presenta la situación diaria que encuentran en su módulo o departamento, al regresar de la terapia. Se leen las preguntas para aclarar sus dudas , y una vez comprendidas se procede a escribir cada uno sus respuestas y ponerlas en común.

PREGUNTAS

- ¿Qué pienso cuando veo a mis compañeros de modulo consumiendo?
- ¿Qué siento al verlos?
- ¿Qué me dicen respecto a mi proceso de recuperación?
- ¿Me ayudan? ¿Cómo?
- ¿Me perjudican en mi proceso? ¿Cómo?
- ¿Me siguen aceptando con ellos?
- ¿Notas algún reproche por su parte?
- ¿ te sientes cómodo con ellos? ¿Por qué?

ST 02

Presión del grupo en prisión

Cada vez que vuelves de la terapia de PMP , vuelves al entorno penitenciario, con los mismos internos que no están en proceso de recuperación, con los mismos amigos y compañeros que hasta hace poco eran tus colegas de causas, aventuras, trafico, consumo y en muchos casos familia. No todos entienden que ya no quieres consumir y traficar.

Reflexiona y analiza cómo te encuentras con tus compañeros en el Modulo

¿Qué pienso cuando veo a mis compañeros del módulo consumiendo?

¿Qué siento al verlos?

¿Qué me dicen respecto a mi proceso de recuperación?

¿Me ayudan? ¿Cómo?

¿Me perjudican en mi proceso ? ¿Cómo?

¿Me siguen aceptando con ellos?

¿Notas algún reproche por su parte?

¿Te sientes cómodo con ellos? ¿Por qué?

Sesión ST 03: Preparación del permiso

FUNDAMENTACION

El permiso es un momento crucial en el proceso de recuperación y abstinencia para el interno usuario PMP, pues supone una vuelta a la realidad anterior al ingreso marcada por ambientes de consumo, relaciones familiares en muchos casos abandonadas, amigos y compañeros de consumo en el mismo entorno social; y sobre todo una salida a para afrontar personalmente el reto de mantener la abstinencia. Por eso se hace necesaria una buena preparación y programación personal

OBJETIVOS

Conocer las condiciones, los requisitos y las consecuencias del disfrute de permiso Programar paso a paso los días de disfrute del permiso en un entorno social, familiar que refuerce la recuperación.

Diseñar actividades que sirvan de control y zona de seguridad ante posible craving motivado por el condicionamiento del cerebro adicto al momento anterior al ingreso en prisión.

Generalizar la práctica las herramientas del PMP en situaciones reales.

DESARROLLO

Cuando un interno del programa PMP reciba auto de disfrute de permiso o vaya a disfrutar alguno de los permisos autorizados, se procede en el grupo de terapia a programar y desglosar el disfrute del permiso, analizando la normativa , programando las actividades, seleccionar los hábitos de vida saludable a llevar a cabo, la preparación personal para el disfrute psicológica y emocional, además de analizar la interacción social que va a encontrar a su salida. Valorando la prioridad de mantener el contacto en su salida con los recursos externos terapéuticos del modelo Matrix

Áreas a desarrollar

LA NORMATIVA REFERENTE A PERMISOS	Concesión de permiso, incidencias legales durante el disfrute de permiso.
PROGRAMACION	Elaborar un registro de las actividades laborales, deportivas, de ocio, descanso, etc que desarrollan a lo largo del permiso
FORMAS DE VIDA SALUDABLE, OCIO Y TIEMPO LIBRE	Conductas básicas relacionadas con necesidades biológicas, alimentación y
PREPARACION PERSONAL	Ansiedad, autoconcepto, asertividad, creencias irracionales, autocontrol emocional, habilidades sociales, estilos de gestión de conflictos
LUGAR Y PERSONAS DE DISFRUTE DEL PERMISO	Interacción social: trabajo, aficiones, y relaciones personales.
OTRAS	

ST 03

Preparación del permiso

El permiso es un momento crucial en el proceso de recuperación y abstinencia para un interno usuario PMP, pues supone la vuelta a la realidad anterior al ingreso marcada por ambientes en su mayoría de consumo, relaciones familiares deterioradas o a veces abandonadas, amigos y compañeros de consumo en el mismo entorno social; y sobre todo una salida a para afrontar personalmente el reto de mantener la abstinencia. Por eso se hace necesaria una buena preparación y programación personal

Completa esta serie de cuestiones

LA NORMATIVA REFERENTE A PERMISOS

PROGRAMACIÓN

Elaborar un registro de las actividades laborales, deportivas, de ocio, descanso, etc que desarrollan a lo largo del permiso

FORMAS DE VIDA SALUDABLES, OCIO Y TIEMPO LIBRE

relacionadas con necesidades biológicas, alimentación y sueño

PREPARACIÓN PERSONAL

Describe tus niveles de: ansiedad, autoconcepto, autocontrol ,emociones, habilidades sociales, gestión de conflictos, etc

LUGAR Y PERSONAS DE DISFRUTE DEL PERMISO

Interacción social: trabajo, aficiones, y relaciones personales.

Sesión ST 04: Preparación de salida a libertad

FUNDAMENTACION

La salida en libertad es un momento crucial en el proceso de recuperación y abstinencia para el interno usuario PMP, pues supone una vuelta a la realidad anterior al ingreso marcada por ambientes de consumo, relaciones familiares en muchos casos abandonadas, amigos y compañeros de consumo en el mismo entorno social; y sobre todo una salida a para afrontar personalmente el reto de mantener la abstinencia.

Por eso se hace necesaria una buena preparación y programación personal

OBJETIVOS

Programar paso a paso una vez se obtenga la libertad en un entorno social, familiar que refuerce la recuperación.

Diseñar actividades que sirvan de control y zona de seguridad ante posible craving motivado por el condicionamiento del cerebro adicto al momento anterior al ingreso en prisión.

Generalizar la práctica las herramientas del PMP en situaciones reales.

Valorar la prioridad de mantener el contacto en su salida con los recursos externos terapéuticos del modelo Matrix y continuar en grupos de apoyo social en centros de día o similares

DESARROLLO

Cuando un interno del programa PMP recibe o conoce la fecha de libertad, se debe proceder en el grupo de terapia a programar y desglosar el planig de actuación y seguimiento que debe seguir en libertad; analizando la normativa que acompaña su puesta en libertad, programando las actividades, seleccionar los hábitos de vida saludable a llevar a cabo, la preparación personal para el disfrute psicológica y emocional, además de analizar la interacción social que va a encontrar a su salida.

Valorando la prioridad de mantener el contacto en su salida con los recursos externos terapéuticos del modelo Matrix, para culminar su itinerario terapéutico Matrix en su entorno más próximo.

Áreas a desarrollar

RECURSOS EXTERNOS	Valorar la asistencia a centros de día, grupos de apoyo social, etc
PERSONAL	Programar conductas básicas relacionadas con necesidades biológicas, alimentación y sueño Evaluar los niveles de ansiedad, autoconcepto, asertividad, creencias irracionales, autocontrol emocional, habilidades sociales, estilos de gestión de conflictos
FAMILIA	Describir las situaciones futuras Interacción social: familiares, trabajo, aficiones, y relaciones personales
TRABAJO	
AMISTADES	
OCIO	Elaborar un registro de las actividades laborales, deportivas, de ocio, descanso, etc que desarrollan a lo largo de la semana.

ST 04

Preparación de salida a libertad

La salida en libertad es un momento crucial en el proceso de recuperación y abstinencia para el interno usuario PMP, pues supone una vuelta a la realidad anterior al ingreso marcada por ambientes de consumo, relaciones familiares en muchos casos abandonadas, amigos y compañeros de consumo en el mismo entorno social; y sobre todo una salida a para afrontar personalmente el reto de mantener la abstinencia. Por eso se hace necesaria una buena preparación y programación personal

Completa esta serie de cuestiones

RECURSOS EXTERNOS

PERSONAL

Programar conductas básicas relacionadas con necesidades biológicas, alimentación y sueño. Evaluar los niveles de ansiedad, autoconcepto, autocontrol, emociones, habilidades sociales, gestión de conflictos en libertad

FAMILIA

Elaborar un registro de las actividades laborales, relaciones sociales y de amistad , de ocio, , etc que desarrolles en libertad.

TRABAJO

AMISTADES

OCIO

Sesión ST 05: Derivación a recursos externos

FUNDAMENTACION

Tanto en la salida de permisos, como en la salida de libertad, se precisa completar el itinerario terapéutico Matrix, una vez ha concluido la participación en el programa PMP; puesto que se precisa generalizar en el ambiente exterior de origen todas las herramientas terapéuticas aprendidas y desarrolladas en la estancia en prisión desde el programa PMP.

OBJETIVOS

- Continuar itinerario terapéutico Matrix
- Completar programa de recuperación, prevención de recaídas y seguimiento de control.
- Adquirir nuevas herramientas ante situaciones nuevas en libertad.
- Mantener cohesión con modelo Matrix a través de grupo de apoyo social.
- Mejorar la inserción social desde la abstinencia.

DESARROLLO

Se le pide que cada interno usuario exprese su experiencia, contactos o deseos de

continuar su programa terapéutico en el exterior a través de centros metodología Matrix

u otros recursos de deshabitación de drogas, una vez disfrutan o vayan a disfrutar de

permisos o de libertad.

ST 05

Derivación a recursos externos

Expresa tu experiencia, contactos o deseos de continuar su programa terapéutico en el exterior a través de centros metodología Matrix u otros recursos de deshabituación de drogas, una vez disfrutes o vayas a disfrutar de permisos o de libertad.

AMAS

CENTRO DE DÍA PARÉNTESIS

PISO TUTELADO MODELO MATRIX

OTROS

Sesión ST 06: Videoforum

FUNDAMENTACION

El videoforum es un recursos material terapéutico de máxima utilidad a la hora de información, formación e interiorización por parte de los internos drogodependientes de su problemática. El análisis de las diferentes sustancias, patrones de consumo, consecuencias y posibilidades de recuperación de las diferentes películas relacionadas con el consumo de drogan, permite una concienciación de su problemática por parte de los asistentes al programa PMP.

OBJETIVOS

- Conocer las diferentes drogas existentes, sus efectos biológicos y sus consecuencias
- Adquirir mayor información de los patrones de consumo.
- Proyectarse en los diferentes protagonistas con drogodependencia, analizar sus vidas y visualizar las consecuencias del consumo.
- Interiorizar valores de autocontrol, autoestima y refuerzo en su abstinencia.
- Fortalecer su motivación al cambio y recuperación

DESARROLLO

Se le proyecta una película del ámbito de toxicomanías y se procede a analizarla desde el punto de vista temático, personajes, trama y desarrollo temático, conclusiones y análisis personal

ST 06

Vídeoforum

Completa una vez visionada la película o documental

TÍTULO PELÍCULA O DOCUMENTAL

TEMÁTICA

PROTAGONISTAS

OBJETIVO

ANÁLISIS TRAMA

DESENLACE

CONCLUSIONES PARA MI PROCESO DE RECUPERACIÓN

ST 06

Vídeoforum

Completa una vez visionada la película o documental

TÍTULO PELÍCULA O DOCUMENTAL

TEMÁTICA

PROTAGONISTAS

OBJETIVO

ANÁLISIS TRAMA

DESENLACE

CONCLUSIONES PARA MI PROCESO DE RECUPERACIÓN

**Fichas
para las
habilidades de
recuperación
temprana**

Sesión HRT 2 y 3: Disparadores externos e internos

FUNDAMENTACION

Con el tiempo ciertas personas, lugares, cosas, situaciones, e incluso emociones se terminan asociando en la mente de aquel que consume drogas. Estar rodeado de estos disparadores puede provocar deseos de consumo (craving) de la sustancia y terminar en recaída.

OBJETIVOS

- Que los internos usuarios del PMP identifiquen sus disparadores internos y externos, tanto en su módulo o departamento, como lo eran en su exterior (libertad) en la hoja.
- Que descubran que situaciones o cosas específicas han actuado como disparadores en ellos.
- Que descubran y analicen los potenciales disparadores que pueden encontrar cuando

dejen la sesión y regresen a su celda, patio o destino.

- Que sepan fortalecerse y usar recursos para evitar disparadores

DESARROLLO

La disparadores externos

- a. Se entrega la ficha
- b. Se les pide a los usuarios que analicen e identifiquen los disparadores
- c. Se le indica que contesten y reflexionen sobre cada potencial disparador
- d. Se le invita a proyectar su historia penitenciaria y en libertad sobre los disparadores identificados como propios de su experiencia de consumo

DISPARADORES EXTERNOS	
EN LA CALLE	EN EL CENTRO

DISPARADORES INTERNOS	
EN LA CALLE	EN EL CENTRO

HRT 02

Cuestionario de disparadores externos

EN LA CALLE

- Seguir juntándome con los mismos amigos con los que consumo
- Viejos amigos que consumen
- Conocidos que consumen
- Pasar por los sitios o puntos donde se vende
- Familiares o amigos que venden
- Que alguien me ofrezca ó me enseñe la droga directamente
- Llevar dinero en abundancia
- Recién cobrado
- Las fiestas
- Los bares y discotecas
- El barrio
- La soledad
- Sólo en casa
- La monotonía, todos los días lo mismo
- Discusiones
- No tener trabajo
- Ir a prostitutas

EN EL CENTRO

- Los colegas que consumen
- Los compañeros que consumen
- Estar en los grupos donde se está consumiendo
- Estar toda la mañana hablando de batallitas y tonterías
- Ver gente trapicheando con cualquier sustancia
- Que ofrezcan droga
- Que me pase tomando pastillas
- Ver el consumo
- Estar en la sala oliendo el hachís
- Mal rollo con los funcionarios
- Enfrentamientos
- Malas noticias
- Duelo
- No tener el tiempo libre organizado adecuadamente
- No tener el tiempo ocupado
- Permitirme gozar
- Estando solo

HRT 03

Cuestionario de disparadores internos

EN LIBERTAD

- La impotencia
- Autoengaño, diciéndome que solo voy a consumir una vez
- Cualquier discusión familiar hace que piense en negativo diciéndome que todo me da igual y voy a consumir
- Frustración
- La desconfianza de mi familia en mí
- Alteraciones emocionales
- Autoengaño diciéndome que solo voy a consumir la última vez
- Pensar que nadie se va a enterar
- Ansiedad
- Pensar que he salido de prisión y voy a darme un homenaje
- Permitirme gozar
- Autoconfianza (autocontrol)
- Depresión, todo está perdido y todo me da igual
- Sentirme insuficiente hacia los demás
- La rutina o el aburrimiento
- Sentirme solo
- Cansancio
- Ira, rabia

EN PRISIÓN

- El verme aquí
- La impotencia de no poder hacer nada por cambiar la condena
- La impotencia que se me presenta algunos días cuando me enfrento con la realidad
- El pensar en la calle
- El aburrimiento que me genera el estar aquí
- Aburrimiento
- Recibir notificación de un permiso
- Cuando llamo a mi madre y discuto, empiezo a comerme la cabeza
- Las llamadas a mi casa a mi familia
- Una discusión familiar en un vis a vis
- Cualquier frustración que tengo conmigo mismo
- La frustración
- Autoengañarme y pensar que sólo va a ser un consumo
- Permitirme gozar
- Estar bajo de autoestima y no valorarte como persona
- Autoconfianza (autocontrol)
- La depresión
- La rabia
- La impotencia

**Fichas
para la
Prevención
de Recaídas**

Sesión PR 2: Bienestar y aburrimiento

FUNDAMENTACION

El aburrimiento es un precursor de la recaída. Para muchos usuarios, el aburrimiento es un disparador: cuando estaban aburridos, consumían. A menos que los usuarios tomen alguna acción, el aburrimiento y el riesgo de recaída que lo acompaña no se disipará.

OBJETIVOS

- Reflexionar sobre los aspectos diarios y en este momento nos aportan bienestar, sosiego y felicidad
- Conseguir que los internos penitenciarios entiendan que el aburrimiento representa un riesgo para su recuperación.
- Ayudar a los reclusos a entender que la situación mejorará con el tiempo.
- Optimizar que los internos usuarios identifiquen nuevas actividades y técnicas que les ayuden a superar el aburrimiento.

DESARROLLO

La ficha PR 2 bienestar y aburrimiento

- a. Se entrega la ficha
- b. Se les pide a los usuarios que analicen e identifiquen las situaciones, cosas o actividades que les proporcionan bienestar y felicidad
- c. Se le indica que contesten y reflexionen sobre cada actividad o situación que le previene del consumo
- d. Se le pide que enumeren y analicen que necesitan ellos para superar el aburrimiento

PR 3B

Cuadro de amarres para la recuperación

AMARRES CENTRO																				
Estoy haciendo Conductas o actividades																				
Estoy evitando... Cosas, personas, lugares																				



AMARRES CALLE														
Estoy haciendo Conductas o actividades														
Estoy evitando... Cosas, personas, lugares														



Sesión PR 10: Sexo y recuperación

FUNDAMENTACION

La salida de permiso o libertad es un momento propicio para recuperar tu actividad sexual, pero dependiendo si es en el ámbito de la pareja o de los clubs de prostitutas va a caminar tu recuperación por la senda correcta o no.

Relaciones sexuales íntimas

Las relaciones sexuales íntimas necesitan de una persona significativa. El sexo es parte de la relación. A veces los sentimientos íntimos son cálidos. Otras son más pasionales e instintivos. Pero son el resultado de los sentimientos que cada uno tiene por el otro.

Relaciones sexuales impulsivas

En las relaciones sexuales impulsivas, el otro es en realidad irrelevante; la otra persona se convierte simplemente en un vehículo para la excitación. El sexo impulsivo puede incluso tomar la forma de masturbación excesiva. El sexo impulsivo se usa y se abusa de la misma forma que se usan y abusan las drogas. Se puede llegar a ser un adicto del sexo impulsivo.

OBJETIVOS

- Adquirir habilidades sociales para complementar el sexo y las relaciones personales afectivas en un marco libre de consumo de drogas.
- Evitar que el disparador sexual que significa la prostitución posibilite el condicionamiento hacia el consumo de drogas.

- Interiorización de prácticas sexuales preventivas de enfermedades de transmisión sexual

DESARROLLO

Responder a las siguientes cuestiones:

- ¿Qué tipo de experiencias has tenido relacionadas con el sexo impulsivo?
- ¿Qué tipo de sexualidad encontrarás al salir de permiso o libertad?
- ¿Qué conductas de riesgo para tu abstinencia encontrarás al salir?
- ¿Está el sexo impulsivo relacionado con tu consumo de sustancias? Explica cómo
- Describe una relación sexual saludable que hayas tenido o que quieras tener

PR 10

Sexo y recuperación

La salida de permiso o libertad es un momento propicio para recuperar tu actividad sexual, pero dependiendo si es en el ámbito de la pareja o de los clubs de prostitutas va a caminar tu recuperación por la senda correcta o no.

Relaciones sexuales íntimas

Las relaciones sexuales íntimas necesitan de una persona significativa. El sexo es parte de la relación.

Relaciones sexuales impulsivas

En las relaciones sexuales impulsivas, el otro es en realidad irrelevante; la otra persona se convierte simplemente en un vehículo para la excitación. El sexo impulsivo se usa y se abusa de la misma forma que se usan y abusan las drogas. En general ambas van juntas de la mano.

¿Qué tipo de experiencias has tenido relacionadas con el sexo impulsivo?

¿Qué tipo de sexualidad encontrarás al salir de permiso o libertad

¿Qué conductas de riesgo para tu abstinencia encontrarás al salir?

¿Está el sexo impulsivo relacionado con tu consumo de sustancias? Explica cómo

Describe una relación sexual saludable que hayas tenido o que quieras tener



Sesión PR 15: Gestionar mi vida y mi peculio

FUNDAMENTACION

Mantener un estilo de vida dependiente de drogas necesita mucha energía y tiempo. Aquellos que dependen de sustancias dedican poco tiempo a las responsabilidades diarias.

Cuando comienza la recuperación, las responsabilidades que se han dejado de lado vuelven a inundar tu vida.

Para consumir hay que comprar la sustancia o realizar conductas no adecuadas para obtenerla. Las deudas, los intercambios de objetos, la petición de ayuda a la familia, los problemas en el patio por el tráfico y consumo hacen que nuestro peculio sea un verdadero conflicto si no se utiliza correctamente y para hábitos saludables de alimentación.

- Enumera productos que compras en el economato
- ¿Actualmente controlas mejor tu peculio que cuando consumías?
- ¿Cuánto gastabas antes de dejar el consumo de drogas?
- ¿Qué problemas evitas respecto al dinero en tu patio, cuando dejas de consumir?

OBJETIVOS

- Controlar el gasto de peculio y el destino del gasto
- Fortalecer el uso racional y saludable del peculio
- Reforzar la compra de productos saludables que consoliden su proceso de recuperación

DESARROLLO

Responder a las siguientes cuestiones:

- ¿Cuánto dinero tengo en peculio?
- ¿Quién me lo ingresa normalmente?
- ¿Cuántos euros gasto a la semana de mi tarjeta de peculio?

PR 15

Gestionar mi vida y mi peculio

Mantener un estilo de vida dependiente de drogas necesita mucha energía y tiempo. Para consumir hay que comprar la sustancia o realizar conductas no adecuadas para obtenerla. Las deudas, los intercambios de objetos, la petición de ayuda a la familia, los problemas en el patio por el tráfico y consumo hacen que nuestro peculio sea un verdadero conflicto si no se utiliza correctamente y para hábitos saludables de alimentación.

¿Cuánto dinero tengo en peculio?

¿Quién me lo ingresa normalmente?

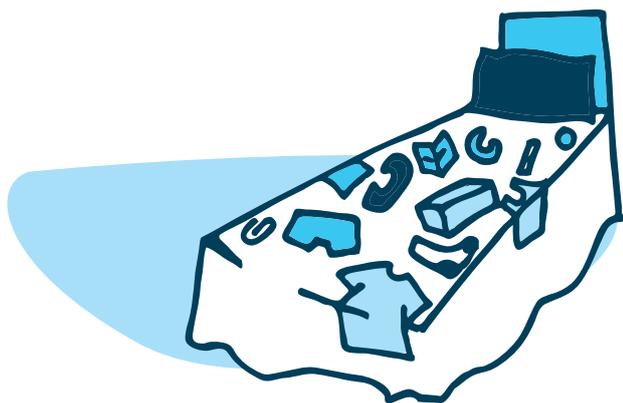
¿Cuántos euros gasto a la semana de mi tarjeta de peculio?

Enumera productos que compras en el economato

¿Actualmente controlas mejor tu peculio que cuando consumías?

¿Cuánto gastabas antes de dejar el consumo de drogas?

¿Qué problemas evitas respecto al dinero en tu patio, cuando dejas de consumir?



Sesión PR 16: Controles de orina

FUNDAMENTACION

Los controles de analíticas de orina suponen una forma objetiva y segura de recoger información relativa al consumo de sustancias a lo largo de todo el proceso de recuperación, por lo que dicho control es fundamental.

Los internos de un Centro Penitenciario, suelen “sufrir” controles de orina de forma periódica ó esporádica ante la sospecha de consumo de sustancias tóxicas. Dichos controles son ordenados de por la Dirección del Centro y por lo general conllevan la formalización de un parte de sanción regimental cuando el resultado de los mismos es positivo.

Es esencial y así se hace saber a los internos, que a diferencia los controles regimentales, estos otros, son de carácter exclusivo para el programa Matrix y que al formar parte de su Hª clínica, en ningún caso se dará información del resultado de los mismos a nadie que no forme parte del equipo terapéutico Matrix, e igualmente en ningún caso, la positividad de alguno de ellos conlleva una sanción.

OBJETIVOS

- Recoger y evaluar la información de los resultados.
- Estimular el cese en el consumo de sustancias.
- Reforzar el proceso de recuperación.
- Fortalecer el vínculo de apoyo de los familiares.

DESARROLLO

- Se explica el objeto de los análisis.
- Se establecen las diferencias con los controles regimentales.
- Se firma un consentimiento informado.
- Se entrega hoja de control gráfico individualizado.
- Se realizan las analíticas de forma esporádica e imprevista.
- Se evalúan los resultados en el grupo o de forma individual si así lo solicita algún interno.

Se pasan los resultados a una gráfica de control de consumo individualizado

PR 16A

Controles de orina

¿Qué te parece la realización de analíticas de orina?

¿Temes la realización de las mismas o por el contrario te gusta que las hagan?

¿Consideras que se deberían hacer con más o menos frecuencia?

¿Qué te supone un resultado positivo?

¿Qué te supone un resultado negativo?

¿Confías en que no tendrá repercusiones regimentales

¿Le parece bien que se expongan y comenten los resultados en el grupo, le ayuda esta exposición?

¿Qué otras cosas haría con estos resultados... Considera una información importante para que sus familiares vean su progreso?

¿Qué ha cambiado en su disposición para hacer las analíticas al principio y ahora?

PR 16B

Controles de orina

FECHA						
OPIOIDES						
ANFETAS						
COCAINA						
METADONA						
BENZIODIACEPINAS						
HACHIS (THC)						
OTRAS						

FECHA						
OPIOIDES						
ANFETAS						
COCAINA						
METADONA						
BENZIODIACEPINAS						
HACHIS (THC)						
OTRAS						

FECHA						
OPIOIDES						
ANFETAS						
COCAINA						
METADONA						
BENZIODIACEPINAS						
HACHIS (THC)						
OTRAS						
FECHA						
OPIOIDES						
ANFETAS						
COCAINA						
METADONA						
BENZIODIACEPINAS						
HACHIS (THC)						
OTRAS						

SE SC



Sesiones complementarias.

N ^a	SESIONES	CONTENIDOS
1	Día violencia de género	Teatro, poesía, testimonios, música
2	Díadel sida	Charlas, testimonios, etc
3	No pares por tu salud	Videoforum, charlas, deporte
4	Enfermedades raras	Videoforum, charlas
5	Educación para la salud	Conceptos drogodependencias, prevención, intervención y recuperación
6	Ciclos culturales y festivos	
7		
8		

9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		

**Módulo de
sesiones
Psicoeducativas
Familiares**

Módulo de sesiones psicoeducativas familiares

RESUMEN

Las personas con trastornos por consumo de sustancias que están cumpliendo una medida de privación de libertad, se encuentran separadas de sus familias y, a menudo, en conflicto con ellas. La familia (cuando nos referimos a ella lo hacemos a la familia extensa y al grupo social más cercano a la persona) y otras personas significativas, pueden experimentar sentimientos de abandono, ansiedad, miedo, ira, preocupación, vergüenza o culpa. En muchos de los casos, estas personas allegadas no son capaces de comprender en qué consisten los trastornos por consumo de sustancias, ni el porqué de los cambios que se han producido, a consecuencia de ello, en la persona y en el funcionamiento de la familia.

A menudo, también les cuesta entender las dinámicas que surgen en el proceso de recuperación del adicto y las situaciones y cambios que se generan durante la deshabitación de sustancias. Por todo esto, es fundamental proporcionar a las familias información, no solo sobre en qué consiste este trastorno y lo que debemos esperar de una persona que lo sufre, sino también sobre qué le va a ocurrir, durante el proceso de recuperación a esta persona, así como proporcionarles un espacio de apoyo en un ambiente seguro, dónde puedan resolver sus dudas y preocupaciones, en el que reciban ayuda en su labor de apoyar a la persona que está en tratamiento, aunque sea en la distancia.

Esta intervención con las familias aliviará la ansiedad y otros sentimientos como la culpa y la angustia, que a menudo sufren las personas que tienen a un familiar privado de libertad.

Las sesiones psicoeducativas ayudan a las familias a entender las conductas que suelen presentar las personas que padecen un trastorno por consumo de sustancias o cualquier adicción comportamental (sexo, ludopatía...etc).

Estas conductas no solo ponen en riesgo la integridad física de la persona y la de otras, sino que suelen ir acompañadas de conductas delictivas, lo que genera en el familiar una doble preocupación: las repercusiones físicas y las consecuencias legales que puedan tener estos actos, tanto para la persona como para su entorno. Todo ello suele generar una vivencia de angustia ante la incompreensión de lo que está sucediendo.

Sin información acerca de estos trastornos, difícilmente podrán entender la situación que están produciendo. Otro aspecto de vital importancia para la persona que decide someterse a tratamiento en el Modelo Matrix y abandonar el uso de sustancias, es el refuerzo que supone el apoyo y la implicación de la familia en el tratamiento, que, a menudo, constituye el inicio del camino hacia la recuperación de las relaciones deterioradas.

Al inicio del tratamiento, las familias pueden pensar que todos los problemas están ocasionados por el consumo en sí de la sustancia (y puede que estén en lo cierto), por eso esperan que una vez que su familiar deje de consumir sustancias, todos los problemas se habrán solucionado; y esto no es exactamente así, al menos, no de forma inmediata. La familia irá entendiendo que hay una serie de conductas aprendidas que forman ya parte del repertorio conductual de la persona

que, sumado al deterioro de determinadas estructuras cerebrales, como consecuencia de la toxicidad de las sustancias consumidas y que se irán recuperando progresivamente, llevará un tiempo reconducir.

Otra cuestión fundamental, para que las familias puedan entender los cambios que van a ir experimentando sus familiares, es saber que la persona que se somete a un proceso de deshabituación va a ir experimentando una serie de síntomas físicos y psíquicos desagradables, como consecuencia de la retirada/abstinencia de la sustancia, que pueden hacer incluso empeorar la sensación de malestar de la persona con respecto a la de consumo, por lo que es fundamental que tanto ellos como sus familias reciban información sobre todos estos cambios que irán experimentando y que son parte de un proceso más o menos lento, cuyo final es la recuperación de la persona, con el bienestar físico y psicológico consiguiente. Hacerse una idea de lo que puede ocurrir, conforme el usuario progresa en la recuperación, ayuda a los familiares a adaptarse y a mantener el apoyo y el refuerzo necesario para acompañarlo en los momentos difíciles. Esto multiplica la probabilidad de que el paciente finalice el tratamiento con éxito y disminuye enormemente la tasa de abandonos.

Además de proporcionar información específica, las sesiones educativas para familias proporcionan al terapeuta una oportunidad para aumentar la implicación de la familia en la recuperación del usuario y los anima a colaborar en el cambio conductual de este. A menudo, el abuso de sustancias coloca a la familia en una situación de violencia generalizada de la que los terapeutas deben ser conscientes, en lo referente a preservar la seguridad de los usuarios y de los familiares implicados en el tratamiento (en el caso en el que estas sesiones sean conjuntas, familia/

usuario). Por tanto, otro de los objetivos de estas sesiones consiste en ayudarles a reconducir y cambiar algunas dinámicas instauradas como “normales” en la dinámica familiar, en los que la suele primar la violencia.

Por otro lado, conviene aclarar que el grupo educativo para familias no es terapia familiar y no pretende una intervención directa en las dinámicas particulares de la familia, pero sí servir de guía en el proceso de mejora y normalización de las relaciones. No hay que olvidar que el módulo familiar del Modelo Matrix tiene un enfoque esencialmente psicoeducativo, no terapéutico. Proporcionar, en un ambiente seguro, información (sobre la dependencia a las sustancias, el consumo de alcohol y otras drogas, el tratamiento, la recuperación, las formas en las que la familia se ve afectada por el uso o la dependencia del usuario y cómo pueden, los miembros de la familia, apoyar su proceso de recuperación...) y crear una oportunidad conjunta para los usuarios y sus familias de sentirse cómodos y unidos en el tratamiento, es el objetivo principal.

La experiencia del Modelo Matrix muestra que, si los usuarios están estrechamente relacionados con la familia u otras personas significativas, éstos últimos se convierten en un elemento positivo dentro del proceso de recuperación, independientemente de si están presentes en las actividades del tratamiento, es por eso que se recomienda aplicar este módulo aún cuando no es posible que estas sesiones se apliquen de forma conjunta, a pesar de los beneficios añadidos que implicaría la interacción usuarios-familias. Si bien es cierto que las relaciones familiares pueden estar rotas al inicio del tratamiento, el terapeuta puede trabajar con los usuarios para ayudarles a entender la importancia de implicarlas desde el inicio, ejerciendo así de mediador, aunque si el usuario se resiste a la participación de los miembros de su familia,

el terapeuta debe respetar la decisión del paciente y volver a plantearlo en una etapa más avanzada del tratamiento.

Igualmente, es común entre los familiares pensar “este no es mi problema”. Algunos pueden estar enfadados y poco dispuestos a implicarse en el tratamiento del usuario. Por lo tanto, el terapeuta debe invitar personalmente a los familiares a que vayan a las sesiones y explicar detenidamente y de forma individual, la importancia de su implicación en el éxito de la terapia y en el posterior mantenimiento de la abstinencia después de este.

Cuando se decide quién debería estar incluido en el Grupo Psicoeducativo Familiar, se suele usar una definición de “familia” en el sentido amplio de la palabra, que tiene en cuenta a las personas particularmente importantes en la vida del usuario. Por ejemplo, una pareja estable suele considerarse familia tanto si la otra persona está casada con el usuario como si no lo está. Un usuario puede considerar familia a un amigo íntimo o un mentor. Los hijos, siempre y cuando sean adolescentes mayores también pueden ser adecuados para el programa (el Grupo Psicoeducativo Familiar no está recomendado para niños jóvenes. En estos casos los programas deberían considerar el ofrecer servicio de guardería durante las sesiones de grupo para facilitar la asistencia de los miembros de la familia).

El terapeuta que imparte las sesiones educativas debe ser sensible a los asuntos relativos a la diversidad cultural y de otro tipo que sean relevantes de poblaciones concretas que estén siendo atendidas. El terapeuta tiene que entender la cultura en sentido amplio, de manera que incluya, no solo signos evidentes como raza, etnia y religión, sino también estatus socioeconómico, nivel educativo, y grado de incultura que representa la población reclusa, motivo por el cual estas sesiones ya

han sido previamente adaptadas respecto a las originales. Asimismo, extremará al máximo la atención en el vocabulario en el que se presenta el material para que sea fácilmente comprensible por los asistentes. El terapeuta debe mostrar ganas de entender a los usuarios dentro de su contexto cultural, aunque es importante recordar que cada usuario es un individuo, no solo una extensión de su cultura concreta. El trasfondo cultural es complejo y no se reduce fácilmente a una descripción simple y la generalización sobre la cultura del usuario es una práctica paradójica. Una observación que es acertada y útil cuando se aplica a un grupo cultural, puede ser errónea y perjudicial cuando se aplica a un individuo concreto de ese mismo grupo. El Protocolo de Mejora del Tratamiento “Mejora de la Competencia Cultural en el Tratamiento del Abuso de Sustancias” proporciona más información sobre la competencia cultural, un aspecto fundamental a tener en cuenta por los terapeutas que trabajan en el ámbito penitenciario (PMP).

El terapeuta del Módulo Psicoeducativo Familiar debe estar al tanto de los Grupos de Ayuda Mutua que existan en la localidad, porque pueden ayudar a los familiares y constituyen otra valiosa herramienta en el tratamiento y continuación de este (post-tratamiento). Se debe aprovechar la sesión de Psicoeducación Familiar, para motivar a la familia a que asista a las reuniones de grupos de ayuda mutua, aun cuando su familiar esté privado de libertad. El terapeuta también puede preparar una lista de las organizaciones (incluyendo la dirección Web y otra información de contacto) que ofrezcan reuniones en la localidad y tener copias disponibles en cada sesión de los programas de las reuniones.

La sección que sigue proporciona al terapeuta un resumen de los principales objetivos del módulo Psicoeducativo Familiar del Modelo Matrix, así como las líneas generales que ser-

virán de guía para llevar a cabo estas sesiones.

Las instrucciones concretas para cada una de las sesiones familiares se presentan más adelante.

OBJETIVOS GENERALES:

1. Presentar información exacta sobre la recuperación de la adicción, el tratamiento y de la complejidad de las dinámicas interpersonales que se instauran en el marco de una adicción.
2. Ayudar a los usuarios y la familia a entender como el proceso de recuperación puede afectar, ahora y en el futuro a las relaciones familiares, independientemente de la situación de separación que implica estar cumpliendo condena en un centro penitenciario.
3. Proporcionar un foro a las familias para tratar las dudas relativas a la recuperación.
4. Presentar información exacta sobre los efectos, a corto y a largo plazo, del uso de drogas, para mejorar el conocimiento que tienen acerca de estas y desechar falsos mitos.
5. Enseñar, promover y animar a la familia de los usuarios a que se cuiden mientras apoyan la recuperación del usuario, al tiempo que se les prepara para apoyar el proceso de deshabituación cuando se produzca la excarcelación.
6. Proporcionar una atmósfera profesional de comprensión en la que los usuarios y sus familias sean tratados con dignidad y respeto, aliviando la sensación de soledad y separación que implica tener un familiar en prisión.
7. Alentar a los participantes presentando a

personas recuperadas y a sus familiares, que hayan pasado por esta misma circunstancia

SESIONES FAMILIARES DEL PROGRAMA MATRIX PENITENCIARIO

Aplicar el Modelo Matrix en el medio penitenciario tiene una serie de limitaciones que se han intentado solventar en esta adaptación. Con respecto a la intervención familiar de este modelo, la primera es la imposibilidad de tener un primer contacto con el familiar del usuario en las primeras entrevistas (sesiones individuales/conjuntas), en las que, a diferencia con el medio extrapenitenciario, en el que la persona suele acudir a pedir tratamiento acompañado por un familiar, en el Modelo Matrix Penitenciario, estos primeros contactos se producen, como no puede ser de otra forma, a solas con los usuarios. Estas primeras sesiones (Sesiones individuales) se destinan a explorar la motivación del paciente hacia el tratamiento, a explicar en qué consiste la terapia de deshabituación del Modelo Matrix y a la firma del compromiso, tanto por parte del familiar como del usuario, del Compromiso, un documento en el que ambas partes firman haber comprendido y estar de acuerdo con los requisitos necesarios para entrar a formar parte del grupo (puntualidad, compromiso con el tratamiento, asistencia a las sesiones, donaciones de orina...etc).

En la adaptación Programa Matrix Penitenciario el primer contacto del terapeuta con la familia se va a producir telefónicamente, para informar sobre el inicio del tratamiento de su familiar e invitarles a participar en una primera sesión multifamiliar donde se les explicarán detenidamente los pormenores del tratamiento y en qué consistirá su implicación, como familiares, a lo largo de este. Para ello se ha confeccionado una pequeña introducción que pretende ser una guía para el terapeuta pero que

podrá adaptar con libertad, siempre y cuando las familias se vayan con una idea exacta de su papel en el tratamiento y firmen el compromiso en caso de estar de acuerdo. Si algunos familiares presentasen dudas, se les invitará a asistir a la primera sesión y a tomar la decisión más adelante. En la mayoría de ocasiones, estas reticencias o dudas tienen que ver con la confidencialidad de lo que se habla en ellas, por lo que nos aseguraremos que comprenden que el tratamiento de la información que se revela en las sesiones es **ABSOLUTAMENTE CONFIDENCIAL** y que en ningún momento trascenderá del grupo o tendrá consecuencias a nivel regimental. Esto queda claramente reflejado en el compromiso que van a firmar pero nos aseguraremos de que todos los asistentes lo hayan comprendido, mediante su lectura y las aclaraciones pertinentes, teniendo en cuenta las dificultades culturales que puedan tener algunos de los asistentes para comprender el documento escrito, antes de finalizar esta primera sesión introductoria, para que la firmen libremente, solo si están de acuerdo.

En esta primera sesión es importante aclarar que las sesiones tienen un componente informativo/educativo en materia de adicciones, lejos de constituir una terapia familiar, que supondría tener que tratar cuestiones íntimas y privadas de las familias, cosa que no ocurrirá en estas sesiones. Aclararemos que nos centraremos en ofrecer información y apoyo, exclusivamente, en lo referente a las adicciones.

A partir de ese momento, los familiares se comprometen asistir a seis sesiones psicoeducativas, una vez al mes, de 90 min. De duración, durante los seis meses que su familiar estará en tratamiento. Para estas sesiones se elegirá un día concreto del mes (el primer lunes de cada mes, por ejemplo) y siempre a la misma hora, para facilitar la planificación de los familiares, que en ocasiones tienen

dificultad para acudir por diversos motivos y facilitar también la labor del terapeuta, que no tendrá que contactar telefónicamente con cada familia para convocar cada sesión. Esto es solo un consejo práctico, que facilitó la experiencia de implantación de estas sesiones.

El lugar dónde llevar a cabo estas sesiones es una cuestión que se deja a decisión del equipo terapéutico, en función de las circunstancias del centro dónde se vaya a implantar el Programa Matrix Penitenciario. Hasta ahora, en los centros penitenciarios en los que ha sido implantado se ha resuelto de distintas maneras. En el primer centro en el que se ha realizado su implantación (C.P. Murcia I) estas sesiones han tenido lugar dentro del propio centro, lo que ha supuesto un gran esfuerzo del equipo por cuestiones de seguridad, e incluso se ha llegado a realizar de forma conjunta (interno-familiar) con el objetivo de fidelizar al máximo el Modelo Matrix y obtener el mayor beneficio terapéutico de estas sesiones, en cuanto a refuerzo, motivación y capacidad de empatizar con los usuarios. Estas experiencias han resultado tan complicadas como útiles y valiosas. En otros centros se ha optado por llevar a cabo estas sesiones fuera del medio penitenciario, con el ánimo de facilitar la accesibilidad de todas las familias y ha resultado muy prácticas en este sentido, concretamente en el C.P. Murcia II se están llevando a cabo en la sede de una ONG (Colectivo Paréntesis) que trabaja en el ámbito penitenciario. Otra opción sería solicitar hacerlas en la sede de algún Grupo de Ayuda Mutua, lo que podría favorecer la vinculación de los familiares con esta y, posteriormente, de los pacientes tras la excarcelación e incluso durante los permisos penitenciarios. Dejamos estas opciones a elección del equipo terapéutico implantador, en función de sus posibilidades y recursos.

Sesión familiar introductoria

“Vuestros familiares van a comenzar un programa de deshabituación de sustancias llamado Modelo Matrix. Aunque este tratamiento se diseñó para tratar a personas que se encuentran en libertad, se ha llevado a cabo una adaptación para personas que están cumpliendo condena en centros penitenciarios. Aprovechar el tiempo que van a estar privados de libertad para tratar sus adicciones y dejar el consumo de drogas es una decisión que puede dar sentido a este periodo de tiempo, además de disminuir la probabilidad de que reincidan cuando salgan en libertad. Las estadísticas apuntan a que un 80% de los delitos por los que las personas ingresan en una prisión están relacionados con el consumo de drogas. Superar su adicción les permitirá tener una vida distinta a la que tenían antes de ingresar en prisión

Si ustedes están aquí es porque ellos han decidido dar el paso necesario para abandonar el consumo de drogas y ponerse en tratamiento, así que es muy importante que se sientan apoyados por sus familiares durante este difícil proceso. Además, aquí ustedes aprenderán de qué manera pueden ayudarles a conseguirlo, así como resolver sus dudas y compartir sus experiencias.

Matrix es un modelo intensivo de tratamiento de seis meses de duración, durante los cuales sus familiares asistirán a tres sesiones semanales de terapia durante seis meses, pero en el que continuarán en seguimiento a través del grupo de apoyo social al menos durante un año y después mientras quieran.

El grupo de apoyo social es un grupo de personas que tuvieron en el pasado problemas con las drogas pero que dejaron de consumirlas. Se reúnen dos veces por semana para prestarse ayuda entre ellos. Las personas que llevan más tiempo abstinente han pasado por las mismas experiencias que vuestros familiares y eso hace que puedan comprenderlos mejor y ayudarlos a través de su experiencia. Las personas que están intentando dejar de consumir se sienten muy comprendidas por ellos y ellos, a su vez, representan el modelo de que “si se puede” dejar de consumir y cambiar de vida.

Este modelo tiene 6 sesiones familiares, una cada mes, mientras llevan a cabo el tratamiento. Es muy importante que asistáis porque en ellas os ayudaremos a entender qué es lo que realmente les ocurre a las personas que han desarrollado una adicción y cómo pueden ayudarlos en este duro y difícil proceso.

Todo el mundo sabe que las personas cuando empiezan a consumir drogas lo hacen de forma voluntaria y que solo algunas “se enganchan”. Estas drogas a las que llamamos tóxicos, porque intoxican el cerebro, tienen consecuencias a corto y a largo plazo distintas en función de las personas:

A corto plazo, de inmediato, la persona se comporta de una forma distinta cuando las consume y está bajo sus efectos, es decir, las drogas alteran el comportamiento. Generalmente estos efectos desaparecen unas horas después del consumo y la persona vuelve a su comportamiento “normal”. En estas sesio-

nes veremos cómo pasa esto y como afecta cada sustancia a la persona que la consume.

A largo plazo, después de estar un tiempo consumiéndolas, solo algunas personas desarrollan un trastorno cerebral, como consecuencia de esas repetidas intoxicaciones, el porqué unas personas sí y otras no también lo vamos a ver en estas sesiones. Pero lo realmente importante es que podamos comprender por qué la persona que ya es adicta se comporta de una determinada forma, aun cuando no está bajo los efectos de la sustancia.

Durante seis meses, aproximadamente, la persona que deja de consumirlas va a ir pasando por distintas etapas, que les explicaremos, durante las cuales van a ir experimentando síntomas físicos y psicológicos desagradables, antes de volver a encontrarse bien. Ajustarse de nuevo va a llevarle un tiempo al cerebro. Esto es lo que se llama deshabitación. Mientras que la desintoxicación física, que es el tiempo que el cuerpo tarda en eliminar los residuos de tóxicos que hay en su organismo, es rápida y dura solo unos días o semanas en función de la sustancia, la deshabitación es el periodo de tiempo que el cerebro tarda en volver a acostumbrarse a funcionar sin drogas y en recuperarse de los efectos de ellas.

Por eso, muchas personas que intentan dejar de consumir vuelven a ellas, porque piensan que al dejarlas se van a encontrar mejor y esto no es así desde el principio, por lo que llegan a la conclusión errónea de que se encuentran mejor consumiendo. Por eso es tan importante que, tanto ellos como ustedes, tengan toda esta información. Dejar de consumir sustancias no solo no es fácil, sino que es desagradable e implica un esfuerzo enorme por parte de la persona.

Todo lo que se habla en las sesiones Matrix es confidencial, todos firmareis un contrato de confidencialidad para que podáis hablar con libertad en estas sesiones, con la tranquilidad de que nadie hará uso de nada de lo que aquí se cuente.

Este también es un espacio donde podréis expresar vuestras dudas y preocupaciones, habrá un espacio para ello después de cada sesión.

El que las familias estéis aquí es una motivación más para seguir en el tratamiento, ellos se van a sentir mucho más comprendidos y vosotros más útiles si sabéis cómo ayudarlos durante este proceso. También es importante que aprendáis a saber cómo manejar situaciones de recaída porque es posible que esto ocurra y porque a veces, de cómo se manejen depende que el paciente siga o abandone el tratamiento.

A continuación les leeremos el compromiso que adquieren al formar parte del tratamiento para que lo firmen si están de acuerdo con él.

Para finalizar la sesión y a modo de reflexión, le proporcionaremos a cada uno de los familiares la Ficha nº1 (FAMILIAS), que se adjunta a continuación.

EF 01

Sesión familiar introdutoria

NOMBRE:	RELACIÓN DE PARENTESCO:
NOMBRE DEL INTERNO:	MÓDULO:

1. Escriba tres aspectos negativos que haya ocasionado en su familia el consumo de drogas de su familiar.

2. Escriba tres aspectos positivos acerca de la participación de su familiar en este proceso de deshabitación.

3. ¿Cómo valora usted que vaya a participar en el Programa Matrix Penitenciario?

RESUMEN E INSTRUCCIONES DE LAS SESIONES DE EDUCACIÓN FAMILIAR

NÚMERO DE SESIONES	TÍTULO DE LA SESIÓN	TIPO DE SESIÓN
1	DISPARADORES Y DESEOS	PRESENTACIÓN POWERPOINT
2	EL MAPA DE LA RECUPERACIÓN	PRESENTACIÓN POWERPOINT
3	ALCOHOL Y CANNABIS	PRESENTACIÓN POWERPOINT
4	LA RECUPERACIÓN	PRESENTACIÓN DE EXPERTOS
5	AFRONTAR LA POSIBILIDAD DE UNA RECAÍDA	GRUPO DE DISCUSIÓN FAMILIAR
6	RECUPERAR LA CONFIANZA	GRUPO DE DISCUSIÓN FAMILIAR

Sesión 1: Disparadores y Deseos

RESUMEN

OBJETIVOS DE LA SESIÓN

- Ayudar a los familiares a identificar el proceso de adicción frente al consumo de sustancias.
- Ayudarlos a entender el comportamiento de una persona adicta.
- Ayudarlos a entender la relación entre disparadores y el deseo de consumo.
- Informar a los familiares acerca de las estrategias de manejo de los disparadores que se trabajan con los pacientes.

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Antes de comenzar la presentación, en cada una de las sesiones, se recordará a los asistentes la importancia de respetar la confidencialidad de todo lo que se hable durante la sesión, compromiso que habrán firmado (CF) en la primera sesión, aunque se recordará siempre antes de comenzar y al finalizar cada una de las sesiones.

PRESENTACIÓN DE POWER POINT (40-45 MIN)

El terapeuta presenta las diapositivas de esta sesión, utilizando los contenidos que incluye cada una de las diapositivas, animando a los asistentes interrumpir, en cualquier momento, si tienen alguna pregunta relacionada con los contenidos de las diapositivas y explicando

que, tras la presentación, se abrirá un espacio de diálogo en el que podrán preguntar sobre cuestiones más generales.

DISCUSIÓN GUIADA (20 MINUTOS)

El terapeuta propicia una discusión sobre los contenidos de la sesión para asegurarse de que se han comprendido bien los contenidos y explorar si hay conceptos equivocados o dudas sin resolver.

- ¿Habéis escuchado alguna información nueva durante la sesión? ¿Hay algo que os haya sorprendido?
- ¿Tenéis alguna pregunta sobre lo que se ha comentado en esta sesión?
- ¿Se ajusta toda esta información a vuestra experiencia?
- ¿Creéis que esta información va a cambiar la forma en la que vuestra familia va a afrontar esta recuperación?

DISCUSIÓN ABIERTA (10-15 MINUTOS)

El terapeuta cede los últimos minutos de la sesión para que los familiares pregunten sobre cuestiones más generales o cualquier tema relacionado que les preocupe.

CIERRE

Se cierra la sesión recordando el compromiso de confidencialidad, agradeciendo la asistencia y las aportaciones de los participantes y emplazándolos para la próxima sesión.

CONTENIDOS DE LAS DIAPOSITIVAS DE LA SESIÓN 1

1-1 DISPARADORES Y DESEOS

Cuando una persona está intentando dejar de consumir drogas es imprescindible que entienda qué ocurre en su cerebro cuando entra en contacto, o simplemente, piensa en esa sustancia, es decir, en qué consiste una adicción y cuáles son los mecanismos de condicionamiento que ponen en marcha ese fuerte deseo de consumo (Craving).

Es muy importante que la persona identifique cuáles son esas situaciones en las que se desencadena el deseo de consumo y cómo manejarlo cuando ocurre para evitarlo. Esto es una habilidad que se aprende con la práctica, utilizando una serie de estrategias que los pacientes aprenden durante este tratamiento, así como la manera de evitar las recaídas cuando se ha logrado un tiempo de abstinencia. Igualmente importante es que lo entiendan las personas más allegadas al adicto, para que puedan ayudar a la persona durante el proceso de recuperación.

1-2 ¿QUÉ ES UNA ADICCIÓN?

Es muy importante hacer la distinción entre una persona consumidora de una sustancia y una persona adicta a ella.

La mayoría de las personas piensan que una persona adicta puede dejar de consumir si lo desea, pero no es así. Las drogas y el alcohol son sustancias tóxicas que alteran el funcionamiento de nuestro cerebro. Cuando el consumo es continuado acaban produciéndose daños en áreas del cerebro que tienen que ver con el control de los impulsos, que es lo que hace que la persona adicta no pue-

da evitar consumir la sustancia y habrá desarrollado un pensamiento obsesivo acerca del consumo, que hace que no pueda pensar en otra cosa y que el consumo adquiera la máxima prioridad sobre cualquier otro.

Estas áreas dañadas solo se recuperan con tiempo de abstinencia, pero como la persona, aun queriendo hacerlo, es incapaz de evitar consumir, abandonar el consumo se convierte en algo muy complicado, que requiere en algunos casos, un ingreso en un centro de rehabilitación donde no tenga acceso a sustancias y reciba ayuda profesional.

1-3 ¿PORQUÉ SE COMPORTAN ASÍ?

Los familiares deben comprender cómo las drogas son capaces de alterar el pensamiento y la conducta del adicto, incluso cuando no están bajo los efectos de las sustancias y porqué pueden comportarse de forma irracional o agresiva. También deben saber que esos comportamientos son consecuencia de un trastorno cerebral, que es recuperable con la abstinencia.

1-4 CEREBRO RACIONAL/CEREBRO ADICTO

El desarrollo de la adicción implica principalmente a dos áreas cerebrales: el córtex prefrontal y el sistema límbico.

El córtex prefrontal es la parte inteligente, racional y pensante del cerebro. Es la que toma las decisiones, el ordenador del cerebro. El córtex prefrontal dirige constantemente nuestro cerebro y evalúa lo positivo y lo negativo de cualquier situación para tomar una decisión.

El sistema límbico es la parte más instintiva del cerebro, la que garantiza la supervivencia de la especie, por eso experimentamos placer al comer, beber o tener una relación sexual. Cuando utilizamos cualquier droga, incluido el alcohol, esta parte del cerebro más primitiva se activa y baja la actividad de la parte prefrontal del cortex. A los adictos les ocurre esto incluso simplemente al pensar en consumir, por eso su conducta se vuelve más impulsiva y menos racional.

Esto explica porqué las personas adictas se vuelven más agresivas y son capaces delinquir, sin medir las consecuencias de sus actos.

1-5 ¿PORQUÉ UNAS PERSONAS SE HACEN ADICTAS Y OTRAS NO?

Los factores que van a determinar si una persona desarrolla una adicción son biológicos, psicológicos y ambientales y también van a influir en el desarrollo y las manifestaciones (síntomas) de la enfermedad.

“Biológicos” significa que algunas personas nacen con cierta predisposición para ser adictos a las drogas y al alcohol. Nos referimos a la vulnerabilidad individual de cada persona a una sustancia, que en ocasiones tiene un componente hereditario. No todas las personas tienen la misma experiencia con el consumo de una misma sustancia; Lo “bien o mal que nos siente”, es decir, lo que nos afecta cada sustancia, también tiene mucho que ver con el desarrollo de una adicción a una sustancia en particular. A pesar de ello, una persona con baja predisposición a desarrollar una adicción, puede acabar desarrollándola como consecuencia de un consumo muy continuado y a otras no les ocurrirá nunca.

“Factores psicológicos” se refiere a las

características psicológicas individuales (introversión, ánimo bajo, ansiedad...) de la persona juegan un papel importante en la tendencia a usar una u otra sustancia.

“Factores sociales” el entorno y el ambiente en el que vive la persona, (accesibilidad, estilo educativo, familiares y amigos consumidores, experiencias traumáticas...) y otras circunstancias también van a influir en el consumo de sustancias.

1-6 PROCESO ADICTIVO: FASE INICIAL

Una adicción es un proceso que comienza con el consumo de la sustancia. Al principio las personas no son adictas, consumen de forma voluntaria buscando únicamente los efectos positivos de las drogas, ya sea pasarlo bien o para aliviar determinadas emociones o sensaciones desagradables.

En esta primera fase, consumir tiene muchos más efectos positivos que negativos en la persona y el control sobre el consumo es absoluto, lo que hace que la persona no tenga ninguna percepción del riesgo que implica seguir consumiendo, por lo que seguirá haciéndolo.

1-7 PENSAMIENTO EN LA FASE INICIAL

Durante esa fase, el consumo de alcohol u otras drogas ocupa solamente una pequeña parte del pensamiento de la persona.

1-8 PROCESO ADICTIVO: FASE DE ABUSO

Durante la fase de abuso o consumo continuado, la frecuencia del consumo de

AOD aumenta, ya no se consume solo en situaciones “especiales”, sino que forma parte ya del estilo de vida. En cuanto a los efectos y consecuencias negativas, los platillos de la balanza van a empezar a inclinarse hacia lo negativo.

Que alivia la depresión es algo que no es del todo cierto, aunque es la sensación que producen en un primer momento algunas drogas, a medio y largo plazo, el consumo de cualquier droga va seguida de una depresión dopaminérgica que hacen a la persona sentirse peor anímicamente.

1-9 PENSAMIENTO EN LA FASE ABUSO

Los pensamientos de usar AOD ya ocurren más frecuentemente en la persona en esta fase.

1-10 PROCESO ADICTIVO: FASE DE DEPENDENCIA

Durante la fase de dependencia, hay más aspectos negativos que positivos como consecuencia del consumo, pero en esta fase la persona ya no puede dejar de hacerlo.

Las consecuencias del consumo de alcohol y drogas son ya graves y la vida de la persona está deteriorada.

En este momento, la decisión racional sería dejar el consumo de drogas, pero la parte cortical del cerebro ya está dañada, lo que lo hace casi imposible controlar el impulso.

Puede parecer que el pensamiento y la toma de decisiones están ocurriendo, pero es el “cerebro adicto” (sistema límbico), y no el “cerebro racional” (cortex prefrontal), el que

controla y determina la conducta del sujeto.

Las personas pueden decidir dejar de tomar drogas, pero pueden encontrarse fuera de control con el simple pensamiento sobre drogas y alcohol, con un simple estímulo como encontrarse o recibir una llamada de alguien que toma drogas con ellos, con la disponibilidad de dinero o con otros potentes disparadores.

1-11 PENSAMIENTO EN LA FASE DE DEPENDENCIA

Durante la fase de dependencia, la frecuencia de los pensamientos sobre droga y alcohol aumenta, desplazando la mayoría de los pensamientos relacionados con otros aspectos de la vida.

En esta fase, el consumo ha adquirido ya la máxima prioridad sobre el resto de aspectos de la vida de un adicto.

1-12 PROCESO ADICTIVO: FASE DE DESASTRE

En la fase del desastre, el uso de AOD es a menudo automático y obsesivo.

No hay un pensamiento racional en el uso de drogas, es una conducta compulsiva e inevitable.

La conducta de quien consume, en esta fase, se parece mucho más a la conducta de los animales de laboratorio, que buscando la gratificación mediante el uso de drogas, pueden llegar a olvidar alimentarse e incluso morir.

1-13 PENSAMIENTO EN LA FASE DE DESASTRE

Los pensamientos sobre el consumo dominan totalmente la conciencia de la persona, es un pensamiento obsesivo y recurrente orientado al consumo.

1-14 ¿QUÉ ES UN DISPARADOR?

Explicar que la secuencia del consumo suele ser esta y la importancia de aprender a reconocer y evitar los disparadores es imprescindible para el mantenimiento de la abstinencia.

En contra de lo que comúnmente se cree, exponerse a los disparadores siempre implica un riesgo de recaída muy alto durante el proceso de recuperación.

La técnica más efectiva para la prevención de recaídas es evitar los disparadores y aprender técnicas de parada de pensamiento cuando nos exponemos a ellos.

1-15 DISPARADORES: PERSONAS

Cualquier persona que el cerebro haya asociado al consumo, disparará el deseo de consumo. Ya sea la persona que la proporcionaba, compañías con las que solía consumir. A veces, incluso oír sus voces o ver en la pantalla del teléfono su número, tendrá ese mismo efecto disparador de deseo de consumo.

1-16 DISPARADORES: LUGARES

Igualmente ocurre con los lugares en los que

se consumía y que el cerebro ya ha asociado, en ellos se desencadenará un fuerte deseo de consumo.

1-17 DISPARADORES: COSAS

De la misma forma, todos aquellos objetos que estaban asociados al consumo, se han convertido en disparadores del deseo de hacerlo.

1-18 DISPARADORES: MOMENTOS

Los disparadores relacionados con *momentos* concretos pueden incluir:

Momentos de ocio, Momentos de estrés, La hora del día en la que se solía consumir, Días de cobro, Noches de viernes y sábado, Después del trabajo, Vacaciones, Cumpleaños, aniversarios y otras ocasiones especiales...etc.

1-19 MAPA DEL CRAVING

Independientemente de lo cuidadosas que sean las personas evitando los disparadores, es probable que se encuentren con una persona, un lugar, una situación o un estado emocional que dispare pensamientos de consumo.

Las personas en la fase de abstinencia temprana deben conocer los conceptos de disparador y parada de pensamiento. Los familiares también tienen que entenderlos.

A las personas en recuperación puede parecerles que la secuencia disparador-pensa-

miento-deseo-consumo ocurre toda junta.

En realidad, las personas en recuperación pueden aprender a interrumpir esta secuencia en un punto, en el momento en el que son conscientes de que se ha producido el deseo y se está pensando en consumir.

Las técnicas de detención de pensamiento pueden usarse para interrumpir el ciclo disparador-pensamiento-deseo-consumo.

El primer paso para usar las técnicas de parada de pensamiento con éxito es identificar los pensamientos de consumo en cuanto aparecen.

Las personas que inician la recuperación no siempre identifican estos pensamientos pero pueden aprender.

Cuando las personas reconocen un pensamiento de consumo, pueden elegir interrumpirlo usando una de estas técnicas de parada:

Visualización:

Cuando las personas tienen pensamientos de consumo pueden visualizar un interruptor o palanca e imaginar que la mueven del ON (encendido) al OFF (apagado).

Es importante tener otro pensamiento preparado para reemplazar a los de consumo. Este pensamiento debería ser placentero o significativo para la persona y no relacionado con el consumo de alcohol u otras drogas.

Golpe de goma:

La técnica de la goma elástica ayuda a las personas en recuperación “golpeando” su atención lejos de los pensamientos de consumo.

Pueden ponerse una goma elástica en su mu-

ñeca, como una pulsera, de forma que quede algo holgada.

Cuando el deseo de consumo se produce, golpean ligeramente la goma contra su muñeca y dicen “NO” (gritando o no, dependiendo de las circunstancias) a los pensamientos de consumir.

Como con la visualización, las personas necesitan tener otro pensamiento preparado que reemplace el pensamiento de consumir.

Esta técnica funciona mejor si se lleva la goma durante todo el tiempo.

Relajación:

Los deseos crean frecuentemente sensaciones de vacío, pesadez y pinchazos en el estómago.

Estas sensaciones se alivian muchas veces con respiración profunda, se llenan los pulmones de aire y se vacían más lentamente que como se han llenado, se repite el proceso varias veces y la persona se centra en relajar el cuerpo tanto como sea posible durante unos minutos.

Este proceso puede repetirse tantas veces como se presenten las sensaciones.

Llamar a alguien:

Hablar con otros proporciona una salida a estas sensaciones y permite a las personas “escuchar” su proceso de pensamiento. Expresar que se está teniendo deseo de consumir, además de aliviar o desahogar, permite a la persona que está con el paciente hacer una intervención improvisada de distracción y alerta de la importancia de no dejarlo sólo o darle acceso a consumir en ese momento (dinero, coche...)

Las personas en recuperación deberían llevar consigo los números de teléfono de personas de apoyo, incluyendo familiares, para llamar a alguien cuando lo necesiten si no se encuentran acompañados en el momento en el que aparece el craving.

1-20 ACTIVIDADES NO DISPARADORAS O SEGURAS

Si la parada de pensamiento funciona pero los pensamientos vuelven frecuentemente, las personas en recuperación pueden cambiar su entorno más cercano o involucrarse en actividades que sean incompatibles con el consumo y ayuden a la persona a mantenerse ocupada mientras para ganar días de abstinencia, lo que hará que los cravings aparezcan menos y con menor intensidad.

Ejemplos de actividades no disparadoras podrían ser:

Ejercicio, Meditar/rezar, Reuniones de grupos de ayuda mutua, Comer o dormir, Actividades recreativas o aficiones nuevas, Películas en las que el tema principal no tenga que ver con las drogas, Actividades religiosas o de comunidad espiritual, Tiempo estructurados/supervisados (con la familia o amigos no consumidores, por ejemplo).

Las personas en recuperación deberían tener una lista de actividades a mano para cuando les haga falta.

FIN DE LA PRESENTACIÓN

Sesión 2: El mapa de la recuperación

RESUMEN

OBJETIVOS DE LA SESIÓN

- Ayudar a los familiares, mediante la descripción del mapa de la recuperación, las cuatro fases por las que va a evolucionar a medida que se va recuperando.
- Ayudarlos a reconocer los síntomas de cada una de las cuatro fases.
- Ayudarlos a conocer los riesgos de recaída particulares de cada una de las fases de la recuperación.
- Ayudarles a entender de qué forma pueden colaborar en cada una de ellas para evitar las recaídas.

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Antes de comenzar la presentación, en cada una de las sesiones, se recordará a los asistentes la importancia de respetar la confidencialidad de todo lo que se hable durante la sesión, compromiso que habrán firmado (CF) en la primera sesión, aunque se recordará siempre antes de comenzar y al finalizar cada una de las sesiones.

PRESENTACIÓN DE POWER POINT (40-45 MIN)

El terapeuta presenta las diapositivas de esta sesión, utilizando los contenidos que incluye cada una de las diapositivas, animando a los asistentes interrumpir, en cualquier momento, si tienen alguna pregunta relacionada con los contenidos de las diapositivas y explicando que, tras la presentación, se abrirá un espacio

de diálogo en el que podrán preguntar sobre cuestiones más generales.

DISCUSIÓN GUIADA (20 MINUTOS)

El terapeuta propicia una discusión sobre los contenidos de la sesión para asegurarse de que se han comprendido bien los contenidos y explorar si hay conceptos equivocados o dudas sin resolver.

- ¿Habéis escuchado alguna información nueva durante la sesión? ¿Hay algo que os haya sorprendido?
- ¿Tenéis alguna pregunta sobre lo que se ha comentado en esta sesión?
- ¿Se ajusta toda esta información a vuestra experiencia?
- ¿Creéis que esta información va a cambiar la forma en la que vuestra familia va a afrontar esta recuperación?

DISCUSIÓN ABIERTA (10-15 MINUTOS)

El terapeuta cede los últimos minutos de la sesión para que los familiares pregunten sobre cuestiones más generales o cualquier tema relacionado que les preocupe.

CIERRE

Se cierra la sesión recordando el compromiso de confidencialidad, agradeciendo la asistencia y las aportaciones de los participantes y emplazándolos para la próxima sesión.

CONTENIDOS DE LAS DIAPOSITIVAS DE LA SESIÓN 2

2-1 EL MAPA DE LA RECUPERACIÓN

Las personas tienden a pensar que si el problema de su familiar es una sustancia, que cuando deje de consumirla, la persona volverá a encontrarse bien y desaparecerán los problemas que le causaba. Esto no es exactamente así, o al menos de forma inmediata.

El cerebro de la persona adicta ha sufrido una serie de daños que llevará un tiempo reparar y además, la propia retirada de la sustancia provocará al principio una serie de síntomas indeseables que hacen de la deshabituación un proceso desagradable e incómodo para la persona.

El proceso de la recuperación tiene un mapa de ruta que, tanto los familiares como la persona, deben conocer para estar preparados e identificar los síntomas que van apareciendo con cada una de estas fases.

2-2 EL PROCESO DE LA RECUPERACIÓN

Esta es la duración aproximada de cada una de las fases desde que se produce la retirada de la sustancia, es decir, desde el momento en que la persona deja de consumir. Su duración puede variar dependiendo de las personas y en función de la sustancia.

Estas fases se ajustan bastante en el caso de la adicción a estimulantes y alcohol.

2-3 LAS FASES DE LA RECUPERACIÓN

Las fases de recuperación que explicaremos son:

Fase 1: Retirada y/o síndrome de abstinencia

Fase 2: Abstinencia temprana (llamada algunas veces la fase de “luna de miel” o de “nube rosa”)

Fase 3: Abstinencia prolongada (llamada algunas veces “el muro”)

Fase 4: Adaptación y resolución

2-4 DURACIÓN DE LAS FASES DE LA RECUPERACIÓN

Las personas que dejan de tomar una sustancia y son adictas, generalmente pasan por estas fases a lo largo de su recuperación, aunque su duración puede variar de una persona a otra y de una sustancia a otra.

Saber que hay un patrón de recuperación y saber a lo que se van a enfrentar en cada fase suele animar a los familiares y les ayuda a apoyar mejor a la persona en recuperación.

2-5 FASE 1: ABSTINENCIA TEMPRANA

La fase de Abstinencia Temprana empieza con el primer abandono del consumo de alcohol y otras drogas. Esta fase dura de 1 a 2 semanas.

Las características típicas del síndrome de abstinencia durante la retirada (particularmente para los que consumen cocaína/metanfetamina u otros estimulantes) son:

- Desintoxicación física
- Deseos intensos de consumir
- Depresión o ansiedad
- Baja energía

- Irritabilidad o agresividad
- Agotamiento
- Insomnio y/o prolongados periodos de sueño
- Pensamiento desordenado
- Paranoia (desconfianza de los demás)
- Problemas de memoria y dificultad para concentrarse
- Sensación de hambre intensa

Las personas que han abusado de otras drogas como tranquilizantes, barbitúricos, heroína o han bebido alcohol en exceso, pueden experimentar síntomas de abstinencia de esas drogas también.

La depresión, ansiedad y paranoia que las personas experimentan con la primera abstinencia de estimulantes son el resultado directo del ajuste cerebral a la ausencia de una droga estimulante y, en la mayoría de casos, son temporales.

Es importante para la persona que se encuentra en esta fase y para su familia entender que estos estados emocionales pasarán pero cada uno puede llevar, a corto plazo, a pensamientos o planes suicidas. Si la depresión, la ansiedad o la paranoia son muy graves, es recomendable una consulta psiquiátrica o ir a urgencias.

Además de los síntomas relacionados, las personas en recuperación pueden necesitar atención médica para problemas físicos resultantes del consumo de drogas.

2-6 OBJETIVOS PARA LA FASE DE ABSTINENCIA TEMPRANA

El principal objetivo de la persona en recuperación durante la fase de retirada es detener el

consumo.

La persona aprende técnicas específicas para reducir los deseos y evitar la recaída en sesiones de grupo centradas en habilidades de recuperación temprana.

La persona en recuperación también empieza a aprender sobre el proceso de adicción y cómo afectan la drogas a la química cerebral y al resto del cuerpo.

Cuando la persona en recuperación está en la fase de retirada, los familiares tienen una importante decisión que tomar: si quieren o no formar parte del proceso.

Los familiares encontrarán fácil estar implicados si ven al consumo y no a la persona en recuperación, como el problema y si el consumo se reconoce como una condición médica, independientemente de cómo empezó.

Los familiares verán más fácil implicarse si ven el consumo como el problema (y no el familiar) y la dependencia como una enfermedad médica (independientemente de cómo empezó)

2-7 FASE 2: LUNA DE MIEL

A la fase de abstinencia temprana se la llama algunas veces la fase de “luna de miel” o de “nube rosa”, porque es la fase en la que las personas se suelen sentir mucho mejor y empiezan a pensar que sus problemas con las sustancias están resueltos.

Esta fase suele durar unas 4-6 semanas.

Las características típicas de la fase de abstinencia temprana (concretamente para los que usan metanfetamina y otras drogas estimulantes) son:

- Aumento de energía y optimismo

- Sentimientos intensos
- Exceso de confianza
- Cambios de humor
- Dificultad para concentrarse
- Consumo de otras drogas
- Continuos problemas de memoria
- Falta de habilidad para priorizar
- Preocupación por la ganancia de peso
- Leve paranoia

2-8 OBJETIVOS PARA LA LUNA DE MIEL

Durante la fase de luna de miel, las personas en recuperación trabajan para mejorar su salud física y fijan su recuperación en el ejercicio y en permanecer activos.

Las personas en recuperación también empiezan a identificar sus disparadores y las justificaciones para la recaída y a utilizar técnicas dirigidas a seguir abstinentes.

Normalmente las personas en recuperación se sienten curadas durante este periodo, pero es muy importante continuar trabajando en su recuperación y evitar probarse acercándose a las drogas.

Los familiares pueden ayudar mucho durante la fase de luna de miel, trabajando con la persona en recuperación para afianzar el primer objetivo de abstinencia.

Aunque los familiares no son responsables de la recuperación de su ser querido, su conducta y actitudes durante este tiempo puede aumentar o disminuir significativamente las oportunidades de la persona en recuperación para conseguir y mantener la abstinencia.

Los familiares deben de reconocer y acabar con interacciones disparadoras.

2-9 FASE 3: EL MURO

La fase de abstinencia prolongada dura aproximadamente de 3 a 4 meses.

Esta fase, también llamada el Muro, supone una vuelta atrás desde la cúspide de la fase de luna de miel a un periodo de baja energía y un estado emocional con apatía, tristeza y anhedonia (incapacidad para experimentar placer).

Este cambio puede ocurrir incluso aunque la persona siga haciendo cambios positivos en su vida y comience a recoger los beneficios de la recuperación.

Las características habituales de esta fase de recuperación incluyen:

- Continuos cambios en el estilo de vida
- Rabia y tristeza
- Episodios de paranoia o recelo
- Soledad
- Adaptación familiar y conflicto
- Preocupación por la pérdida del impulso sexual, dificultades con el funcionamiento sexual y reducción de la actividad sexual
- Beneficios positivos de la abstinencia
- Cambios emocionales
- Dificultad para pensar
- Ganancia de peso
- Regreso de los deseos de consumo
- Regreso de antiguas conductas

Es importante para la gente en recuperación y sus familiares saber que los cambios en esta fase son el resultado de un proceso de mejora continuo en el cerebro y que si se mantiene la abstinencia, la química de sus cerebros se estabilizará y las emociones negativas y la baja energía de esta fase pasarán.

2-10 OBJETIVOS PARA EL MURO

Con el tiempo las personas en recuperación han estado abstinentes durante varios meses y pasan a una fase conocida como el muro. Continúan trabajando en mantener la abstinencia poniendo en práctica las técnicas de prevención de recaídas que han aprendido.

La persona en recuperación también se centra en recuperar las relaciones con los familiares y amigos y en desarrollar redes de apoyo para afrontar los problemas que surgen durante la recuperación.

El muro puede ser una parte frustrante y difícil de la recuperación. La persona en recuperación necesita apoyo y ánimo de cualquier parte. Es importante para la recuperación trabajar en el desarrollo de nuevos intereses y permanecer activo.

También es importante reconocer y tratar las emociones peligrosas.

Mientras la persona en recuperación está en la fase del muro, los familiares deben evitar expresar ira hacia ella.

Tanto como sea posible, los familiares deben alejar resentimientos pasados y trabajar para apoyar a la persona en recuperación. Los familiares comprometidos con este apoyo necesitan empezar a confiar en la recuperación del usuario.

Los familiares deben reaprender cómo cuidar de sí mismos para volver a las rutinas normales de la vida y buscar actividades placenteras.

También es importante examinar la forma de comunicarse de los miembros de la familia para mejorarla (la sesión 12 trata de las trampas de la comunicación)

2-11 FASE 4: OBJETIVOS PARA EL REAJUSTE

La fase de adaptación/resolución dura de 4 a 6 meses.

Aunque una persona puede haber superado bien los síntomas de abstinencia física y puede haber mejorado de muchos de los efectos físicos del consumo de la sustancia, la recuperación está lejos de haber terminado.

Frecuentemente se tiene la sensación de haber cumplido después de pasar la fase del Muro.

Esta sensación puede crear la falsa creencia de que por fin la vida de uno puede volver a la normalidad pre tratamiento.

Las personas que superan esta fase (y sus familiares) tienen que acostumbrarse a que los cambios hechos en el estilo de vida y las relaciones son ahora la nueva definición de “normal”.

Una vez que han completado el tratamiento deben de aprender nuevas habilidades para:

- Mantener un estilo de vida equilibrado
- Vigilar las señales de recaída
- Reconocer y aceptar que la recuperación es un proceso para toda la vida
- Desarrollar nuevas áreas de interés

-
- Dado el aumento de la estabilidad emocional de esta fase, la persona puede estar lista para abordar temas subyacentes que se han evitado o no han surgido antes por ser demasiado sensibles.

2-12 EN ADELANTE...

Con el tiempo las personas en recuperación pasan a la fase de readaptación o reajuste, saben qué conductas deben afianzar para mantenerse fuertes en la recuperación y qué conductas la ponen en riesgo.

La tarea para las personas en recuperación en esta fase y para el resto de sus vidas es monitorizar su recuperación asegurándose de que se aseguran en las conductas que les ayudan a evitar la recaída.

Debido a que las personas en recuperación suelen enfrentarse a la oportunidad y el deseo de consumir, deben ser conscientes de las situaciones y pensamientos que les ponen en riesgo de recaída, anticipando situaciones difíciles con planes detallados para tratarlas. El aspecto más importante para mantener la abstinencia es saber cómo evitar la recaída.

Durante la fase de reajuste, la persona en recuperación trabaja para tener nuevas y saludables relaciones y fortalecer las amistades existentes. También empieza a examinar los objetivos de vida a largo plazo.

Cuando se llega a la readaptación, la familia ha acompañado al usuario durante aproximadamente 4 meses de recuperación. La persona en recuperación y los familiares han aprendido mucho sobre qué supone apoyar la recuperación.

La fase de readaptación se caracteriza por la vuelta de la familia a un estilo de vida más

saludable. Los familiares deben saber que muchos de los cambios que han hecho en sus vidas para apoyar la recuperación necesitarán continuar y ser permanentes.

Es importante para la familia aceptar las limitaciones de vivir con una persona en recuperación; mantener un estilo de vida equilibrado y saludable y evitar la recaída en conductas anteriores.

La paciencia es crucial.

2-13 RESPUESTA FAMILIAR EN LA FASE INTRODUCTORIA

Durante la fase introductoria del consumo, los familiares no están muy afectados. La mayoría de las veces ni siquiera son conscientes del consumo de su familiar.

Los familiares pueden ver conductas que vienen del consumo ocasional pero no lo asocian con un problema de drogas.

O preguntarse por qué la persona deja de cumplir con sus responsabilidades u obligaciones de vez en cuando.

2-14 RESPUESTA FAMILIAR EN LA FASE DE ABUSO

Con frecuencia, durante la fase de mantenimiento de la adicción, los familiares se dan cuenta de que existe un problema e intentan resolverlo.

Pueden dar un apoyo económico, excusar la conducta irreflexiva del familiar o incluso intentar tomar toda la responsabilidad de ganar dinero, cuidar de la familia, conservar los ami-

gos y mantener la casa.

Estos esfuerzos ayudan solo temporalmente debido a que el problema real es el consumo y sus consecuencias.

Los problemas continúan en la medida que el consumo continúe, por muchas cosas de las que se hagan responsables los familiares.

Esta conducta hace más daño que bien. Tapar las consecuencias del consumo ayuda a la persona a mantenerse adicta. Cada acción da a la persona más tiempo, energía y dinero para continuar consumiendo y tapa el hecho de que el consumo debe parar.

Soluciones: apoyo económico, excusar, justificar.

Intentan hacerse responsables de familia, amigos, casa y dinero.

Funciona un tiempo pero alarga el consumo porque no deja ver las consecuencias del consumo

2-15 RESPUESTA FAMILIAR EN LA FASE DE DEPENDENCIA

Con el tiempo, para cuando la persona pasa a la fase de desencanto, los familiares suelen estar enfadados y han renunciado a resolver el problema.

Una vez reconocen que ninguna de las soluciones que han intentado funciona, los familiares intentan protegerse no queriendo saber lo que está pasando.

Cuando no pueden evitar enfrentarse a las consecuencias de la conducta de la persona adicta, los familiares tienden incluso a odiar

a la persona que está consumiendo o a ellos mismos.

La dependencia de la persona hace a los familiares sentirse culpables y avergonzados de lo que está sucediendo y de su incapacidad para controlar la situación.

2-16 RESPUESTA FAMILIAR EN LA FASE DEL DESASTRE

Durante la fase de desastre, los familiares suelen acabar separándose de la persona que consume para salvarse ellos mismos. Como resultado de la separación física y emocional, tienen una sensación de fracaso y desesperanza.

Cuando los familiares permanecen con la persona adicta, aprenden a comportarse y pensar de forma que se mantenga la paz, pero esto no suele ser saludable ni para la persona ni para el bienestar de la familia.

En el caso de que haya niños, están en un entorno en el que aprenden modos de comportamiento que pueden perjudicar su capacidad para tener relaciones saludables en el futuro.

Separación → fracaso y desesperanza

No separación → realidad muy conflictiva

2-17 TEMAS CLAVE EN LAS RECAÍDAS

Mientras que la persona en recuperación debe estar alerta para evitar la recaída, los familiares tienen que estar atentos para no volver a los modos anteriores de comportarse, pensar y comunicarse.

Esta diapositiva enumera los problemas comunes que pueden preceder a un cambio hacia antiguas conductas de los familiares.

Igual que ayudan a los usuarios a anticipar qué podría llevar a la recaída, estos temas ayudarán a los familiares a estar en guardia para lo que podría llevarles a ellos hacia conductas anteriores que destruirían la recuperación y la familia.

FIN DE LA PRESENTACIÓN

Sesión 3: Alcohol y Cannabis

RESUMEN

OBJETIVOS DE LA SESIÓN

- Proporcionar a los familiares información objetiva sobre el alcohol y el cannabis y sus perjuicios para la salud.
- Proporcionar a los familiares información sobre el riesgo que implica el consumo de alcohol y cannabis durante la recuperación.
- Proporcionar a los familiares la oportunidad de hablar sobre sus experiencias con el consumo de estas sustancias.
- Proporcionar a los familiares estrategias de manejo de situaciones sociales donde estarán presentes estas sustancias.

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Antes de comenzar la presentación, como en cada una de las sesiones, se recordará a los asistentes la importancia de respetar la confidencialidad de todo lo que se hable durante la sesión, compromiso que habrán firmado (CF) en la primera sesión, aunque se recordará siempre antes de comenzar y al finalizar cada una de las sesiones.

PRESENTACIÓN DE POWER POINT (40-45 MIN)

El terapeuta presenta las diapositivas de esta sesión, utilizando los contenidos que incluye cada una de las diapositivas, animando a los asistentes interrumpir, en cualquier momento, si tienen alguna pregunta relacionada con los

contenidos de las diapositivas y explicando que, tras la presentación, se abrirá un espacio de diálogo en el que podrán preguntar sobre cuestiones más generales.

DISCUSIÓN GUIADA (20 MINUTOS)

El terapeuta propicia una discusión sobre los contenidos de la sesión para asegurarse de que se han comprendido bien los contenidos y explorar si hay conceptos equivocados o dudas sin resolver.

- ¿Habéis escuchado alguna información nueva durante la sesión? ¿Hay algo que os haya sorprendido?
- ¿Tenéis alguna pregunta sobre lo que se ha comentado en esta sesión?
- ¿Se ajusta toda esta información a vuestra experiencia?
- ¿Creéis que esta información va a cambiar la forma en la que vuestra familia va a afrontar esta recuperación?

DISCUSIÓN ABIERTA (10-15 MINUTOS)

El terapeuta cede los últimos minutos de la sesión para que los familiares pregunten sobre cuestiones más generales o cualquier tema relacionado que les preocupe.

CIERRE

Se cierra la sesión recordando el compromiso de confidencialidad, agradeciendo la asistencia y las aportaciones de los participantes y emplazándolos para la próxima sesión.

CONTENIDOS DE LAS DIAPOSITIVAS SESIÓN 3

3-1 ALCOHOL Y EL CANNABIS

- Dado que el alcohol es una parte omnipresente en la cultura española, no beber supone un desafío particular para las personas en recuperación.
- El cannabis es considerado como una droga “blanda” para los consumidores de otras sustancias y su consumo está muy extendido en la población sobre todo en jóvenes, por lo que la percepción de su riesgo para la salud
- Las personas en recuperación deben entender cómo pueden afectar el alcohol y el cannabis a su cuerpo, su conducta y su recuperación.
- Aunque muchas personas beben alcohol o fuman cannabis ocasionalmente sin problemas, son sustancias tóxicas que puede causar graves daños a la vida y la salud física de las personas.

3-2 ¿QUÉ ES UNA DROGA?

El alcohol y el cannabis son igualmente drogas, lo único que las diferencia es que el alcohol es una droga legal. Ambas interfieren negativamente en el proceso de recuperación.

Mucha gente cree erróneamente que el cannabis no es peligroso, especialmente cuando la compara con drogas como heroína, cocaína, crack, metanfetamina o drogas de diseño.

- El cannabis es la droga ilegal más consumida, lo que puede contribuir a

la percepción de que es inocua. Cada año, aproximadamente el 10,6% de los mayores de 15 años consumen cannabis.

- El consumo de cannabis pone en peligro la salud y afecta a casi todo el cuerpo.
- Además de estos efectos físicos, puede tener un gran impacto en el rendimiento académico de las personas, el empleo y la vida personal.

3-3 ¿CÓMO ACTUAN LAS DROGAS EN EL CEREBRO?

- El desarrollo de la adicción implica principalmente a dos áreas cerebrales: el córtex prefrontal y el sistema límbico.
- El córtex prefrontal (Cerebro Racional) es la parte inteligente, racional y pensante del cerebro. Es la que toma las decisiones, el ordenador del cerebro. El córtex prefrontal dirige constantemente nuestro cerebro y evalúa lo positivo y lo negativo de cualquier situación para tomar una decisión.
- El sistema límbico es la parte más instintiva del cerebro, la que garantiza la supervivencia de la especie. Cuando utilizamos cualquier droga, incluido el alcohol o el cannabis, esta parte del cerebro se activa y baja la actividad de la parte prefrontal del cortex. Esta parte, más primitiva “Cerebro Adicto” es la responsable de que actuemos “sin pensar” y de forma impulsiva. Por eso todas las personas nos comportamos de forma distinta cuando estamos bajo los efectos de cualquiera de ellas. A los adictos les ocurre esto incluso aunque no las hayan consumido, porque su “cerebro racional” se encuentra dañado. Simplemente, al pensar en consumir o exponerse a disparadores, su conducta se vuelve más impulsiva y menos racional.

3-4 ABSTINENCIA TOTAL

Para que el tratamiento funcione las personas en recuperación deben estar totalmente abstinentes. Esto significa que, independientemente de por qué están en tratamiento, deben abstenerse de cualquier sustancia psicoactiva.

- Para asegurar el éxito de la recuperación, las personas que están en tratamiento por abuso de estimulantes deben alejarse del alcohol y de las drogas ilegales, incluso del consumo de drogas como la marihuana, que mucha gente cree que es sana.
- El consumo de cualquier sustancia puede poner en peligro la recuperación en la dependencia a estimulantes.
- Beber un poco de vez en cuando puede tener un efecto perjudicial en una persona en recuperación, incluso si esa persona nunca ha tenido problemas con el alcohol.
- A los usuarios del tratamiento Matrix se les pide que dejen de consumir todo tipo de drogas ilegales y alcohol, sin importar qué droga o drogas lo trajeron al tratamiento.
-

3-5 ABSTINENCIA TOTAL

Para que el tratamiento funcione las personas en recuperación deben estar totalmente abstinentes. Esto significa que, independientemente de por qué están en tratamiento, deben abstenerse de cualquier sustancia psicoactiva.

- Para asegurar el éxito de la recuperación, las personas que están en tratamiento por

abuso de estimulantes deben alejarse del alcohol y de las drogas ilegales, incluso del consumo de drogas como la marihuana, que mucha gente cree que es sana.

- El consumo de cualquier sustancia puede poner en peligro la recuperación en la dependencia a estimulantes.
- Beber un poco de vez en cuando puede tener un efecto perjudicial en una persona en recuperación, incluso si esa persona nunca ha tenido problemas con el alcohol.
- A los usuarios del tratamiento Matrix se les pide que dejen de consumir todo tipo de drogas ilegales y alcohol, sin importar qué droga o drogas lo trajeron al tratamiento.

3-6 RECAÍDAS...

A pesar de la dificultad, es crucial que las personas en recuperación de la dependencia de estimulantes se abstengan de tomar alcohol.

Una buena razón para esto es que los estudios muestran que las personas que consumen estimulantes tienen ocho veces más probabilidades de recaída en el consumo de estimulantes si beben alcohol que si no lo hacen.

3-7 EFECTOS INICIALES DEL ALCOHOL

Cuando se consume alcohol, los primeros efectos que se experimentan son :

- Sensaciones de bienestar o euforia
- Locuacidad y aumento de la sociabilidad
- Desinhibición (pueden decir o hacer cosas

que no dirían o harían en otras condiciones)

3-8 EFECTOS TARDÍOS DEL ALCOHOL

Conforme las personas continúan bebiendo, comienzan a sentirse sedados y somnolientos, y pueden:

- Tener problemas de equilibrio
- Vomitar
- Sufrir pérdida en la visión periférica (la capacidad de ver los laterales)
- Dormirse
- Sufrir retraso en el tiempo de reacción
- Mente en blanco y no recordar lo sucedido durante el periodo bajo la influencia del alcohol
- Tartamudear, enredar las palabras

3-9 EFECTOS A CORTO PLAZO DEL CANNABIS

Cuando alguien fuma marihuana, el THC va rápidamente de los pulmones al torrente sanguíneo y al cerebro haciendo que las células nerviosas del cerebro liberen el neurotransmisor dopamina.

La dopamina es responsable de las sensaciones de “subidón” de los consumidores, unas sensaciones de relajación y euforia.

El THC puede dañar la memoria a corto plazo, alterar el equilibrio y la coordinación, aumentar el tiempo de reacción, aumentar la tasa cardíaca, distorsionar la percepción y dar como resultados desorientación, confusión y pánico.

Los efectos iniciales de la marihuana pueden

durar de 1 a 3 horas.

Después de que el “subidón” baje, una persona puede sentirse somnolienta o triste. Es habitual tener sensaciones de pánico, ansiedad o desconfianza.

3-10 EFECTOS DEL CANNABIS A LARGO PLAZO

Cuando alguien fuma marihuana, el THC va rápidamente de los pulmones al torrente sanguíneo y al cerebro haciendo que las células nerviosas del cerebro liberen el neurotransmisor dopamina.

La dopamina es responsable de las sensaciones de “subidón” de los consumidores, unas sensaciones de relajación y euforia.

El THC puede dañar la memoria a corto plazo, alterar el equilibrio y la coordinación, aumentar el tiempo de reacción, aumentar la tasa cardíaca, distorsionar la percepción y dar como resultados desorientación, confusión y pánico.

Los efectos iniciales del cannabis pueden durar de 1 a 3 horas.

Después de que el “subidón” baje, una persona puede sentirse somnolienta o triste. Es habitual tener sensaciones de pánico, ansiedad o desconfianza.

3-11 EFECTOS NEGATIVOS PARA LA SALUD DEL CANNABIS

1. El consumo de cannabis puede tener efectos a largo plazo en la memoria y el aprendizaje:

- Las personas que consumen marihuana habitualmente tienen problemas de aprendizaje y de recuerdo, incluso 30 días después de haber dejado el consumo.
- Los estudiantes que fuman habitualmente marihuana obtienen menores puntuaciones en secundaria y en la universidad que aquellos que no lo hacen.
- La marihuana daña muchas habilidades relacionadas con el aprendizaje de modo que las personas que la consumen regularmente pueden estar funcionando todo el tiempo en un grado intelectual más reducido.
- Los trabajadores que fuman marihuana están más expuestos que sus colegas a tener problemas en el trabajo, incluidos accidentes, absentismo, retrasos y pérdida de empleo.

2. Riesgo de cáncer:

Las personas que fuman cannabis están tan expuestas a tener dañados los pulmones que las personas que fuman tabaco (la Marihuana Tiene cinco veces más alquitrán y monóxido de carbono y un 70% más de sustancias cancerígenas que el tabaco). El consumo habitual puede provocar resfriados, bronquitis y enfisema. Aumenta las posibilidades de desarrollar tumores cerebrales, de pulmón, garganta y esófago.

3. Fumar cannabis deprime el sistema inmunológico, por lo que se está más expuestos a infecciones y otras enfermedades.

4. Las mujeres que consumen cannabis durante el embarazo exponen al feto a diversos peligros. Se ha asociado al bajo peso al nacer y a problemas de desarrollo neurológico. Más adelante, los bebés expuestos durante el

embarazo, pueden tener problemas de concentración, aprendizaje y toma de decisiones. Estos problemas se agravan si la madre continúa consumiendo después del nacimiento. Las madres que dan el pecho a su hijo y consumen cannabis pasan el THC a sus bebés, que está muy concentrado en la leche materna. Se ha asociado también a problemas en el desarrollo motor en los niños.

3-12 SÍNTOMAS DE ABSTINENCIA CANNÁBICA

El cannabis es una sustancia liposoluble, lo que hace que se fije a los adipocitos (células grasas). Por ese motivo es una sustancia que el organismo tarda en eliminar por completo, ya que generan depósitos en estas células. El tiempo aproximado que tarda en negativizar una analítica de orina ronda los 21 días. Es por esto que las personas no suelen experimentar síntomas de abstinencia durante los primeros días de abstinencia. A medida que el organismo va quemando grasa y agotando estos depósitos, el malestar físico y psicológico se va agudizando y se prolonga por varias semanas, lo que convierte la deshabitación en un proceso lento y desagradable. El trastorno del sueño agrava este malestar general al aperecer el agotamiento consiguiente al insomnio, por lo que hay una elevada tasa de abandonos en el proceso de deshabitación de esta sustancia. La ansiedad y la tristeza son la otra causa de malestar psicológico que acompaña este proceso y otros síntomas somáticos clásicos son el dolor muscular y las contracturas (por la tensión muscular) y la falta de apetito que produce una pérdida de peso significativa.

3-13 CANNABIS Y RECAÍDA

La investigación sugiere que Las personas que fuman cannabis durante el tratamiento tienen 3 veces más de probabilidad de recaer en otras sustancias, que aquellos que no lo hacen.

Fumar cannabis es una forma de evasión o evitación de responsabilidades y problemas, incluyendo aquellas relacionadas con el tratamiento y la abstinencia ,como la ansiedad, la tristeza o el aburrimiento.

Además de hacer la recuperación de otras sustancias más difícil, el consumo puede contribuir al deterioro de la vida personal y familiar.

FIN DE LA PRESENTACIÓN

Sesión 4: Recuperación (presentación de expertos)

OBJETIVOS DE LA SESIÓN

- Proporcionar una oportunidad a los participantes de escuchar relatos de éxito en la recuperación en personas que han vivido la experiencia de estar encarcelado.
- Proporcionar una oportunidad a los familiares de hacer preguntas a las personas recuperadas y a sus familiares.
- Proporcionar información importante sobre el proceso de recuperación de manera personal y en el contexto concreto de la prisión, de forma que los participantes puedan proyectarse y ver que es posible hacerlo.

MATERIALES

EF 4A—Panel de expertos: ficha para usuario experto

EF 4B— Panel de expertos: ficha para familiar experto

PREPARACIÓN

Al menos una semana antes de la sesión, el terapeuta localiza, invita y orienta a uno o dos familiares de participantes que se hayan recuperado con el Programa Matrix Penitenciario. El panel de expertos puede estar formado por una mezcla de usuarios que se encuentren ya en libertad y estables en su recuperación, activamente implicados en Grupos de Ayuda Mutua, acompañados por algún familiar que haya asistido a las sesiones familiares PMP.

El terapeuta se asegura de que los participantes expertos reciben una copia de la ficha EF 4A— Guía para graduados: panel de participantes, y de que los participantes expertos familiares reciben una copia de la ficha EF 4B— Guía para miembros familiares: panel de participantes, antes de la sesión.

Justo antes de la sesión, el terapeuta debe recordar a los participantes expertos que tendrán unos 20 minutos para contar sus relatos, utilizando los puntos guía relacionados en las fichas.

PRESENTACIÓN (45 MINUTOS)

El terapeuta presenta a los participantes expertos y facilita cada presentación asegurándose de que cada participante se mantenga en lo acordado y no se tome demasiado tiempo. El terapeuta puede formular alguna pregunta sobre las fichas a un miembro del grupo de expertos si este parece tener dificultad para mantenerse en el tema. El terapeuta debe tener copias de sobra de las fichas para los miembros del grupo de expertos por si se necesitan.

PERIODO DE PREGUNTAS Y RESPUESTAS (30 MINUTOS)

El terapeuta anima a los miembros del grupo a formular preguntas a los participantes expertos y facilita la discusión. Cuando la discusión decae, el terapeuta agradece la colaboración a los miembros del grupo de expertos y se despide de ellos.

DISCUSIÓN ABIERTA (15 MINUTOS)

El terapeuta deja un tiempo para que los participantes hagan preguntas generales y planteen cualquier asunto urgente que puedan tener

EF 4A

Panel de expertos: ficha para usuarios expertos

¡Enhorabuena! Estar invitado al panel de recuperación significa que has hecho grandes progresos y ya puedes ayudar a otros. Es muy útil para los usuarios y sus familiares que alguien les hable en los primeros meses del tratamiento en prisión, historias sobre éxitos terapéuticos, y a ti puede ayudarte contar tu historia y enseñar a los demás tu experiencia.

Tú y otro usuario vais a ir describiendo por turnos el camino terapéutico, así como el éxito conseguido en la sesiones de los grupos de psicoeducación para familias del día: _____ a las _____ h.

Vas a tener alrededor de 20 minutos para hablar, cuando hayas terminado tu exposición, el grupo de familias tendrá la oportunidad de hacer preguntas. Por favor intenta responder de la forma más directa posible. Si alguna pregunta te incomoda, siéntete libre de decir a la persona que te ha preguntado que esa cuestión te hace sentir incómodo.

Cuando pienses sobre qué te gustaría compartir con el grupo, utiliza las preguntas que siguen a continuación para ayudarte a organizar tus ideas:

¿Qué efectos ha tenido el consumo abusivo en tu vida?

¿Quién te motivó a iniciar el tratamiento PMP en prisión?

¿Qué sensaciones recuerdas haber tenido durante las primeras semanas de tratamiento o primeros meses?

¿Qué experiencias, actividades y conductas han sido para ti las más útiles para tu recuperación?

¿Qué crees que harías de forma diferente en todo este proceso?

¿Qué papel han desempeñado los Grupos de Ayuda Mutua o Apoyo Social en tu vida?

¿Qué es lo que te habría gustado saber en las primeras semanas o meses de tratamiento?

RECUERDA:

Tu historia tendrá más poder si estás abierto/a y eres honesto/a con tus sentimientos. Intenta evitar decir a los demás lo que tienen que hacer. Ellos aprenderán mejor de tus emociones y experiencias.

¡GRACIAS POR PARTICIPAR!

EF 4B

Panel de expertos: ficha para familiares expertos

¡Enhorabuena! Estar invitado al panel de recuperación significa que tu familiar ha hecho grandes progresos el tiempo que ha permanecido en prisión y ahora, juntos, podéis ayudar a otros. Es muy útil para los usuarios y sus familiares que alguien les hable en los primeros meses del tratamiento en prisión, historias sobre éxitos terapéuticos, y a ti puede ayudarte contar tu historia y enseñar a los demás tu experiencia

Tú y otros participantes vais a ir describiendo por turnos el camino terapéutico que siguió vuestro familiar cuando empezó el PMP, los cambios que fuiste observando en el, así como la ayuda que os proporcionaron las sesiones de los grupos de Psicoeducación Familiar, el día: _____ a las _____ h.

Vas a tener alrededor de 10 minutos para hablar. Cuando hayas terminado tu exposición, el grupo de familias tendrá la oportunidad de hacer preguntas. Por favor intenta responder a las mismas de la forma más directa posible. Si alguna pregunta te incomoda, por favor siéntete libre de decir a la persona que te ha preguntado que esa cuestión te hace sentir incómodo.

Cuando pienses en qué vas a decir o contar en grupo, utiliza las preguntas que tienes a continuación para organizar tus pensamientos:

¿Qué efectos ha tenido en tu familia el abuso de sustancias de tu familiar?

¿Qué conductas intentaste aplicar con su miembro familiar que consumía?

.....

¿Qué es lo que pareció funcionar mejor durante este tiempo?

¿Qué crees tú qué harías de forma distinta?

¿Qué cambios recuerdas durante las primeras semanas o meses de tratamiento de tu familiar en el PMP?

¿Qué experiencias, actividades y conductas han sido más útiles en el proceso de recuperación de tu familiar?

¿Qué papel han desempeñado los Grupos de Ayuda Mutua o de Apoyo Social en vuestra recuperación?

¿Qué es lo que te habría gustado saber en las primeras semanas o meses de tratamiento?

RECUERDA:

Tu historia tendrá más poder si estás abierto/a y eres honesto/a con tus sentimientos. Intenta evitar decir a los demás lo que tienen que hacer. Ellos aprenderán mejor de tus emociones y experiencias.

¡GRACIAS POR PARTICIPAR!

Sesión 5: afrontar la posibilidad de una recaída

OBJETIVOS DE LA SESIÓN

- Ayudar a los participantes a explorar sus sentimientos y miedos sobre la recaída.
- Ayudar a los usuarios y sus familiares a entender mejor los miedos y necesidades de unos y otros.
- Ayudar a los participantes a compartir sus ideas sobre cómo afrontar la recaída.

MATERIALES

EF 5A—Afrontar la posibilidad de una recaída: para la persona en recuperación

EF 5B—Afrontar la posibilidad de una recaída: para los familiares de la persona en recuperación

EF 5C—Familiares y recuperación

INTRODUCCIÓN (2–3 MINUTOS)

El terapeuta explica que:

- La sesión de hoy proporciona a los usuarios y sus familiares la oportunidad de hablar sobre asuntos y miedos relacionados con la posibilidad de una recaída.
- A veces, tras un periodo de abstinencia más o menos largo, se produce un consumo. Es importante saber diferenciar entre “un consumo”, “un desliz” o “una caída” de una “Recaída”:
- Una caída o desliz es un consumo puntual en una situación de debilidad, que se interrumpe porque el usuario se protege, pide apoyo y vuelve a estar abstinentes. Cuando este consumo se produce, durante un corto espacio de tiempo, el paciente y familiares pueden poner en marcha las estrategias aprendidas y reconducir la situación.
- Las caídas son muy peligrosas porque si se ocultan y la persona no pide apoyo a familiares y terapeutas, pueden llevar fácilmente a una recaída.
- Una recaída es la vuelta al consumo continuado. El paciente abandona el tratamiento y opta por volver a la dinámica pasada. Las recaídas solo ocurren si se ha logrado previamente la abstinencia.
- Muchas personas tienen una caída o una recaída en algún momento. La recuperación es como el aprendizaje de una difícil habilidad como montar en bicicleta; la mayoría de personas no son capaces de adquirir la habilidad de recuperación sin tener caídas. Estas situaciones deben ser abordadas como episodios de aprendizaje, en el que lo más importante es analizar qué ha ocurrido y que situaciones han llevado al consumo para evitarlas y que el consumo no se vuelva a producir. Tras el consumo la persona va a encontrarse débil y vulnerable a otro consumo, por eso es importante que afronte esta situación con sinceridad y deje que terapeutas y familiares le ayuden a reconducir la situación.
- Aunque estas situaciones son frecuentes en el proceso de deshabituación, hay

que decir que las recaídas no son inevitables. Algunas personas consiguen la recuperación a largo plazo sin recaer.

- Los familiares también pueden recaer; los que han aprendido nuevas y saludables formas de comunicarse y comportarse pueden recaer en antiguas formas de comunicarse y volver a las dinámicas anteriores (chantaje emocional, enfado, abandono, culpabilización, victimismo... etc) cuando el familiar en recuperación recaer en el consumo. Recordemos que en esos momentos la persona se encuentra muy vulnerable a nuevos consumos y que todas estas actitudes negativas y pesimistas, pueden ser un potente disparador de nuevos consumos. La experiencia ha demostrado que si, ante estas situaciones las personas encuentran apoyo firme de la familia, las posibilidades de que una caída o desliz se convierta en recaída, disminuyen considerablemente.

A pesar de todo esto, es normal que las personas en recuperación y sus familiares teman la recaída, pero deben de recordar que está en sus manos el que esto no se produzca.

REVISIÓN DE LOS MATERIALES (10-15 MINUTOS)

El terapeuta:

- Da a los usuarios una copia de la ficha EF5A — Afrontar la posibilidad de una recaída: para la persona en recuperación, y les pide que la lean con atención y escriban sus respuestas a las preguntas.
- Da a los familiares una copia de la ficha EF5B — Afrontar la posibilidad de una recaída: para los familiares de la persona en recuperación, y les pide que la lean con

atención y escriban sus respuestas a las preguntas.

- Les dice a los participantes que sus respuestas servirán de guía en la discusión pero que nadie las verá.

DISCUSIÓN GUIADA (50-55 MINUTOS)

El terapeuta:

- Facilita la discusión, utiliza las respuestas de los materiales para darle estructura.
- Refuerza las buenas ideas para afrontar la recaída que surjan en la discusión.

RESUMEN (2-3 MINUTOS)

El terapeuta:

- Resume las ideas para “afrontar con efectividad la recaída” que se han discutido en el grupo.
- Le da a los familiares la ficha EF 6C— Familiares y recuperación.
- Explica que la ficha contiene algunos conceptos de importantes para que los familiares de las personas en recuperación los recuerden y vuelvan a ellos de vez en cuando.

DISCUSIÓN ABIERTA (15 MINUTOS)

El terapeuta deja un tiempo para que los participantes hagan preguntas generales y planteen cualquier asunto urgente que puedan tener.

FIN DE LA SESIÓN

EF 5A

Afrontar la posibilidad de una recaída (usuario)

La posibilidad de recaer es una realidad durante la recuperación y es normal para la mayoría de la gente que está en proceso de recuperación y sus familias afrontar dicha situación. Algunas personas evitan pensar en esta posibilidad. No obstante, considerar cómo podéis tu familia y tú reconducir una recaída puede prepararte para afrontarla minimizando su duración y el efecto sobre tu familia.

Piensa sobre las siguientes preguntas y contesta lo más honestamente posible. Estas cuestiones son para guiar las discusiones del grupo; nosotros no veremos tus respuestas a menos que decidas enseñárnoslas. No obstante, cuando los miembros del grupo comparten sus pensamientos con los demás, todos los miembros escuchan ideas nuevas, se sienten más aceptados y menos solos.

¿Qué diferencias hay entre una caída y una recaída?

¿Cuáles son tus mayores temores ante la recaída?

Si sufrieras una recaída, ¿qué sentimientos crees que tendrías?

Si sufrieras una recaída, ¿qué crees que tu familia haría o diría para que volvieres al proceso de recuperación cuanto antes?

¿Qué pasos estás siguiendo para evitar una recaída?

EF 5B

Afrontar la posibilidad de una recaída (familiar)

La posibilidad de que haya caídas o recaídas es una realidad durante la recuperación y es normal para la mayoría de la gente que está en proceso de recuperación y sus familias afrontar dicha situación. Algunas personas evitan pensar en esta posibilidad. No obstante, considerar cómo podéis tu familia y tú reconducir una recaída puede prepararte para afrontarla minimizando su duración y efecto.

Piensa sobre las siguientes preguntas y contesta lo más honestamente posible. Estas cuestiones son para guiar las discusiones del grupo; nosotros no veremos tus respuestas a menos que decidas enseñarlas. No obstante, cuando los miembros del grupo comparten sus pensamientos, los demás escuchan ideas nuevas y se sienten más aceptados y menos solos.

¿Qué diferencias hay entre una caída y una recaída?

¿Qué es lo que más te preocupa de una recaída?

Si hubiera una recaída, ¿qué sentimientos tendrías?

Si tu familiar recayó en el pasado, ¿qué le dijiste o hiciste para afrontar esa situación?

¿Qué es lo que más te ayudaría? (Si tu familiar nunca ha recaído, ¿qué crees que te ayudaría para afrontar dicha situación?)

EF 5C

Familiares y recuperación

Cosas para recordar:

- Estás participando en el tratamiento también por ti, no solo por la persona que consume sustancias.
- La recuperación de tu ser querido o su abstinencia no dependen de ti.
- La recuperación de tu familiar no depende de otras personas que consumen sustancias.
- Tú no eres el causante del problema de consumo ni de la situación de tu familiar. No es culpa tuya.
- Una caída es un consumo aislado, no tiene por qué llevar a una recaída, que es la vuelta al consumo como antes de empezar la abstinencia.
- Aunque ocurra una recaída, en cualquier momento la persona puede volver al proceso de recuperación. Anímalo a volverlo a intentar.
- Tú puedes ofrecer soporte a tu familiar en el proceso de recuperación, pero no eres el responsable su recuperación. La persona que está en proceso de recuperación es la responsable de evitar las recaídas, de ir con cuidado con las distintas situaciones peligrosas y de hacer los ajustes necesarios.
- Aunque sea importante que ofrezcas ayuda a tu familiar en proceso de recuperación, igual de importante que te cuides a ti mismo, tanto emocional como físicamente.
- Si tu familiar recae, es especialmente importante que tú continúes cuidándote. La lista a continuación puede darte algunas ideas sobre cómo:
 - Continúa asistiendo a grupos de ayuda mutua
 - Habla con tu familiar explicando cómo te sientes y expresa tus preocupaciones.
 - Haz ejercicio regularmente.
 - Come bien.
 - Duerme suficiente.
 - Habla con familiares y amigos que te den soporte.
 - Continúa practicando y asistiendo a actividades sociales, no dejes de practicar tus hobbies y diviértete.
 - Busca a un terapeuta si crees que es necesario que te puede ayudar en el proceso.

Sesión 6: reconstruyendo la confianza

OBJETIVOS DE LA SESIÓN

Dar la oportunidad a los participantes de pensar y examinar el papel que representa la confianza en las relaciones.

Proporcionar una oportunidad a los participantes para tratar la pérdida de confianza que se produce durante el consumo, incluidas las continuas sospechas de los familiares sobre el consumo de sustancias de los usuarios.

Proporcionar la oportunidad de reflexionar de la diferencia entre la desconfianza y el miedo a la recaída

Proporcionar una oportunidad a los participantes para que empiecen a reparar las relaciones dañadas.

MATERIALES

EF 6— Reconstruyendo la confianza

INTRODUCCIÓN (2-3 MINUTOS)

El terapeuta explica que la sesión de hoy proporciona una oportunidad a los participantes de examinar la pérdida de confianza que sobrevino con el consumo de estimulantes y la forma de reconstruir la confianza en las relaciones familiares.

El terapeuta ayuda a distinguir entre el miedo a una recaída, lógico en cualquier persona cuyo

familiar tenga una enfermedad con tendencia a las recaídas (el ejemplo del miedo a un nuevo episodio tras un infarto, suele ser muy útil), es distinto a la desconfianza. Hacer comprender la diferencia entre estos conceptos es básico para comenzar a reparar las relaciones. Normalmente, el usuario tiende a interpretar este miedo como algo negativo, cuando no es más que un sentimiento lógico de preocupación que, en la mayoría de los casos no se puede evitar. Explicar que este “miedo a la recaída”, que ellos interpretan como desconfianza, va desapareciendo conforme ellos acumulan días de abstinencia es fundamental, si bien algunas conductas como: acudir a terapia, compartir cómo se sienten con sus familiares, adoptar rutinas “sanas”, abandonar antiguos comportamientos, realizarse analíticas periódicas y, en definitiva, adoptar un patrón de comportamiento honesto, suelen agilizar este proceso.

REVISIÓN DE LOS MATERIALES (15-20 MINUTOS)

El terapeuta:

- Les da una copia de la ficha EF 9—Reconstruyendo la confianza, a los participantes y les pide que lean la información, piensen y escriban sus respuestas a las preguntas.
- Les dice a los participantes que las respuestas a las preguntas servirán de guía para la discusión pero que nadie las verá.

DISCUSIÓN GUIADA (50–55 MINUTOS)

El terapeuta facilita la discusión usando las respuestas al cuadernillo para estructurar la sesión.

RESUMEN (2–3 MINUTOS)

El terapeuta resume las ideas para reconstruir la confianza entre los familiares que se han tratado en el grupo.

DISCUSIÓN ABIERTA (15 MINUTOS)

El terapeuta da un tiempo para que los participantes pregunten cuestiones generales y expongan cualquier asunto estresante que puedan tener.

FIN DE LA SESIÓN

EF 06

Reconstruyendo la confianza

La mayoría de la gente que consume drogas oculta su comportamiento a la gente que le importa. Engañar a la familia es parte del comportamiento adictivo. Cuando el engaño sale a la luz mina la confianza de la familia. A menudo la gente que consume sustancias tiene dificultades para ser honesta, especialmente con sus relaciones más importantes. Dicen y hacen cosas que destruyen la confianza y dañan sus relaciones.

Los cónyuges, miembros de la familia y amigos que se ven afectados por el consumo de sustancias pueden contribuir al problema. Reaccionando con miedo y rabia, pueden llegar a decir cosas que dañen todavía más la confianza en la relación. Hay dos cosas que pueden ayudar a las familias a reconstruir la confianza. Primero, puede ayudarles conocer lo que está experimentando la persona en recuperación. Segundo, saber que la dependencia es una enfermedad crónica como la diabetes también puede ayudarles.

El primer paso para restablecer la confianza en una relación es dejar de consumir drogas y permanecer abstinentes. Pero la confianza no vuelve inmediatamente solo porque haya abstinencia. Aunque todas las personas implicadas desean que la situación mejore, la confianza es un sentimiento que no puede ser pedido o deseado. Las personas en recuperación tienen que ganarse de nuevo la confianza de los familiares, a veces con pruebas consistentes. Los usuarios y sus familiares deben de hacer un esfuerzo por hablar abiertamente sobre las heridas y el daño producido y trabajar conjuntamente para devolver la confianza a la relación.

El consumo de estimulantes, ¿ha dañado la confianza en tu relación? ¿Cómo?

Además de estar abstinentes, ¿qué puede hacer la persona en recuperación para restablecer la confianza?

¿En qué pueden contribuir los seres queridos al proceso de reconstrucción de la confianza?

**¿Qué pasos ha seguido tu familia para restablecer la confianza? ¿Cuáles han sido efectivos?
¿Cómo puedes fortalecer los esfuerzos que han funcionado?**

Reconstruir la confianza puede ser frustrante tanto para las familias como para los usuarios. Tómate un minuto para imaginar la lucha de la otra persona. Familiares, imaginad que os habéis esforzado mucho dejando de consumir y cambiando vuestra vida entera y aún así no tenéis la confianza de los que más queréis. Las personas en recuperación imaginad lo que se siente cuando un ser querido os engaña y perdéis la confianza en su palabra.

