



UNIVERSIDAD DE MURCIA

FACULTAD DE MEDICINA

**ADAPTACIÓN CULTURAL E IMPLANTACIÓN DEL
PROGRAMA MATRIX DE TRATAMIENTO DE LAS
ADICCIONES EN LA REGIÓN DE MURCIA**

Dña. Pilar Galindo Piñana

2012

Director: Dr. Joaquín Nieto Munuera



D. Joaquín Nieto Munuera, Profesor Titular de Universidad, del Área de Psiquiatría, en el Departamento de Psiquiatría y Psicología Social,
AUTORIZA:

La presentación de la Tesis Doctoral titulada “**Adaptación cultural e implantación del Programa Matrix de tratamiento de las adicciones en la Región de Murcia**”, realizada por Dña Pilar Galindo Piñana, bajo mi inmediata dirección y supervisión, y que presenta para la obtención del grado de Doctor, por la Universidad de Murcia.

En Murcia a 15 de Mayo del 2012

“La gota agujerea la piedra, no por la fuerza, sino por la constancia”
Ovidio

“Buscando el bien de nuestros semejantes, encontramos el nuestro”
Platón

AGRADECIMIENTOS

Al Profesor Doctor. Joaquin Nieto Munuera, por brindarme su amistad y su apoyo incondicional, y por haber despertado en mi, el interés por la investigación y por la consecución de los objetivos que me había marcado y que han hecho posible la realización de esta Tesis Doctoral.

Al Servicio de Patología Dual del Santo y Real Hospital de Caridad de Cartagena, en especial al Dr. Juan Jiménez Roset, Coordinador Regional de Drogodependencias, que con su apoyo y entusiasmo, me animó en todo momento y contribuyó decisivamente a la instauración del Programa Matrix, y, a hacer posible que el proceso de adaptación e implantación se llevara a cabo en nuestra Región.

Al Departamento de Psiquiatría y Psicología Social de la Universidad de Murcia, por darme la oportunidad de desarrollar mi actividad investigadora.

A la Consejería de Sanidad, y al Servicio Murciano de Salud que con su respaldo institucional, han contribuido a la realización del presente trabajo.

A Dña. Caridad Albalat Alcaraz, psicóloga del Servicio de Patología Dual, que en su labor de observador externo, ha permitido que el desarrollo del programa estuviera en todo momento orientado, con sus acertadas indicaciones, contribuyendo de esta forma, a la evaluación del programa.

A todos los profesionales de la Red de Salud Mental y Drogodependencias del Servicio Murciano de Salud, que con sus aportaciones y sugerencias, hicieron posible la adecuada puesta en marcha del proceso de adaptación del programa.

A mi familia, en especial a mi hermana por su apoyo y estímulo incondicional, en el día a día en la elaboración de esta Tesis Doctoral.

A los pacientes que han participado en este estudio, por haberme enseñado que todo cambio es posible, y que han influido decisivamente en mí, a la hora de intervenir para mejorar y aliviar, en la medida de mis posibilidades, su realidad clínica y personal.

A mi Familia

ÍNDICE

	Página
INTRODUCCIÓN.....	17
I. CAPÍTULO PRIMERO	
HISTORIA Y BASES TEÓRICO CIENTÍFICAS DEL PROGRAMA DE TRATAMIENTO PARA LAS ADICCIONES DEL INSTITUTO MATRIX DE LOS ANGELES, EN CALIFORNIA	34
II. CAPÍTULO SEGUNDO	
DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA MATRIX.....	49
2.1. Descripción.....	50
2.2. Sesiones Individuales y Conjuntas	62
2.3. Grupo de Habilidades de Recuperación Temprana.....	73
2.4. Grupo de Prevención de Recaídas	92
2.5. Grupo de Educación Familiar	132
2.6. Grupo de Apoyo Social	148
2.7. Programa de Analíticas de Orina	167
2.8. Trabajar con <i>usuarios facilitadores</i> o <i>co-líderes</i>	171
III. CAPÍTULO TERCERO	
PROCESO DE ADAPTACIÓN DEL PROGRAMA MATRIX EN LA REGIÓN DE MURCIA	173
3.1. Curso de capacitación y entrenamiento en el Modelo Matrix de Tratamiento Intensivo a Pacientes Externos.....	178
3.2. Proceso de Adaptación del Modelo Matrix	180

3.3. Implantación del Modelo Matrix de tratamiento de las adicciones	205
---	-----

IV. CAPÍTULO CUARTO

ESTUDIO PRELIMINAR

DE LA IMPLANTACIÓN DEL MODELO MATRIX	209
---	------------

4.1. Objetivos e Hipótesis	210
4.2. Muestra	210
4.3. Instrumentos	212
4.4. Metodología	217

V. CAPITULO QUINTO

RESULTADOS DEL ESTUDIO PRELIMINAR	223
--	------------

5.1. Resultados de las variables sociodemográficas e indicadores clínicos y de consumo	224
5.2. Resultados de las pruebas psicométricas.....	234
5.2.1. Resultados del Cuestionario MCMI-II, de Millon.....	235
5.2.2. Resultados del Cuestionario 16PF-5, de Cattell.....	243
5.2.3. Resultados del Cuestionario SCL-90R, de Derogatis	246
5.2.4. Resultados del Cuestionario CTI, de Epstein	249
5.2.5. Comparación de puntuaciones de las escalas psicométricas en función del sexo.....	255
5.3. Resultados de las escalas de evaluación clínica	264

VI. CAPÍTULO SEXTO	
EVALUACIÓN DE LA APLICACIÓN	
DEL PROGRAMA MATRIX	269
6.1. Evaluación del grado de mejoría clínica	270
6.2. Evaluación del grado de satisfacción experimentado	
tras la aplicación del Programa Matrix	270
6.2.1. Análisis de la Evaluación realizada por el Paciente	
en las Sesiones Individuales del Programa Matrix	271
6.2.2. Análisis de la evaluación realizada por el Terapeuta	
en las Sesiones Individuales del Programa Matrix	273
6.2.3. Análisis de la Evaluación realizada a los Pacientes	
por un Observador Externo en las Sesiones Grupales	
de Recuperación Temprana del Programa Matrix	275
VII. CONCLUSIONES	278
VIII. BIBLIOGRAFÍA	282
ANEXOS	298
Anexo 1: Acuerdo y Consentimiento de Servicios	299
Anexo 2: Cuestionario de Variables Sociodemográficas	302
Anexo 3: Cuestionario de Indicadores Clínicos y de Consumo	305
Anexo 4: Escala de evaluación del paciente,	
en las sesiones individuales: valoración del terapeuta	308
Anexo 5: Escala de evaluación del Terapeuta,	

en las sesiones individuales: valoración del paciente	309
Anexo 6: Escala de evaluación realizada a los pacientes, por un Observador Externo, en las Sesiones Grupales de Recuperación Temprana	310

ÍNDICE DE TABLAS

Página

CAPÍTULO II

Tabla 2.1. Diferencias entre el Modelo Matrix y el Modelo Tradicional en el tratamiento de las adicciones.....	52
Tabla 2.2. Diferencias entre el Modelo Matrix y el Modelo Residencial en el tratamiento de las adicciones.....	52
Tabla 2.3. Estructura Temporal del Programa de Tratamiento Matrix	61
Tabla 2.4. Lista de Recuperación Comprobable	68
Tabla 2.5. Listado de Síntomas	70
Tabla 2.6. Emociones y Recuperación	72
Tabla 2.7. Cuestionario de Estímulos Compulsivos Externos	83
Tabla 2.8. Cuestionario de Estímulos Compulsivos Internos	85
Tabla 2.9. El Comportamiento Adictivo	90
Tabla 2.10. Consejos de los 12 Pasos	91
Tabla 2.11. Inteligencia versus Fuerza de Voluntad	113
Tabla 2.12. Justificación de la Recaída I	117
Tabla 2.13. Justificación de la Recaída II	121
Tabla 2.14. Situaciones de Riesgo	131
Tabla 2.15. Alcohol	137

	Página
Tabla 2.16. Panel Matrix de AA	138
Tabla 2.17. Metanfetamina	139
Tabla 2.18. Formulario Sesión Grupal Familiar 6	140
Tabla 2.19. Formulario Sesión Grupal Familiar 7	141
Tabla 2.20. Formulario Sesión Grupal Familiar 9	145
Tabla 2.21. Formulario Sesión Grupal Familiar 10	146
Tabla 2.22. Formulario Sesión Grupal Familiar 11	147
Tabla 2.23. Marihuana	148
Tabla 2.24. Guía del <i>Facilitador</i>	167
Tabla 2.25. Criterios para la elección del <i>Co-líder</i>	172

CAPÍTULO IV

Tabla 4.1. Listado de Cuestionarios	212
Tabla 4.2. Listado de Escalas	215
Tabla 4.3. Balance Decisional	219
Tabla 4.4. Análisis Funcional	220

CAPÍTULO V

Tabla 5.1. Características Sociodemográficas e Ingresos psiquiátricos.....	224
Tabla 5.2. Características Sociodemográficas de la muestra	225

	Página
Tabla 5.3. Características Sociodemográficas de la muestra	226
Tabla 5.4. Distribución y Frecuencias de la variable Tipo de Convivencia.....	226
Tabla 5.5. Distribución y porcentajes de las variables Antecedentes Judiciales, Problemas Judiciales y Situación Legal	227
Tabla 5.6. Distribuciones y frecuencias de las variables Apoyo Percibido Familiar y Social	228
Tabla 5.7. Evaluación Categorical de los Estadíos de Cambio	228
Tabla 5.8. Distribución y porcentaje de la muestra para los Estadíos de Cambio	229
Tabla 5.9. Distribución y porcentaje por Tipo de Tratamiento	230
Tabla 5.10. Distribución y porcentaje por Tipo de Tratamiento Farmacológico	230
Tabla 5.11. Perfil de Edad de Inicio y Tiempo Máximo de Abstinencia	231
Tabla 5.12. Distribución y porcentajes de la variable Sustancia Principal de Consumo	231
Tabla 5.13. Distribución y porcentajes de la variable Vía de Administración.....	232
Tabla 5.14. Distribución y porcentaje de la variable Frecuencia de Consumo.....	232
Tabla 5.15. Distribución y porcentaje de la variable Control de la Abstinencia.....	233
Tabla 5.16. Distribución y porcentaje de la variable Antecedentes Médicos	233
Tabla 5.17. Distribución y porcentaje de la variable Antecedentes Psiquiátricos	234
Tabla 5.18. Estadísticos descriptivos del cuestionario MCMI-II de Millon	236
Tabla 5.19. Personalidad Antisocial	239
Tabla 5.20. Personalidad Límite	240

Tabla 5.21. Estadísticos descriptivos del cuestionario 16 PF-5 de Cattell	244
Tabla 5.22. Estadísticos descriptivos del cuestionario SCL- 90-R de Derogatis	246
Tabla 5.23. Estadísticos descriptivos del Inventario CTI de Epstein	250
Tabla 5.24. Diferencias significativas, prueba t de Student, de comparación de medias entre hombres y mujeres	260
Tabla 5.25. Análisis de Varianza de medidas repetidas	265

CAPÍTULO IV

Tabla 6.1. Resultados del análisis de la evaluación del Programa Matrix realizada por el paciente en las Sesiones Individuales	272
Tabla 6.2. Resultados del análisis de la evaluación del Programa Matrix realizada por el terapeuta en las Sesiones Individuales	274
Tabla 6.3. Resultados del análisis de la evaluación del Programa Matrix realizada por un Observador Externo en las Sesiones Grupales de Recuperación Temprana del Programa Matrix	276

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Página

CAPÍTULO V

Grafico 5.1. Perfil de las puntuaciones medias del Cuestionario MCMI-II de Millon	237
Grafico 5.2. Perfil de las puntuaciones medias del Cuestionario MCMI-II de Millon	238
Gráfico 5.3. Perfil de las puntuaciones medias del Cuestionario 16 PF-5 de Cattell	245
Gráfico 5.4. Perfil de las puntuaciones medias del Cuestionario 16 PF-5 de Cattell	246
Gráfico 5.5. Perfil de las puntuaciones medias del Cuestionario SCL-90-R de Derogatis	249
Gráfico 5.6. Perfil de las puntuaciones medias del Inventario CTI de Epstein	254
Gráfico 5.7. Perfil de las puntuaciones medias del Inventario CTI de Epstein	254
Gráfico 5.8. Comparación de los perfiles del Cuestionario MCMI-II de Millon	256
Gráfico 5.9. Comparación de los perfiles del Cuestionario MCMI-II de Millon	256
Gráfico 5.10. Comparación de los perfiles del Cuestionario 16 PF-5 de Cattell	257
Gráfico 5.11. Comparación de los perfiles del Cuestionario 16 PF-5 de Cattell	257

Gráfico 5.12. Comparación de los perfiles del Cuestionario SCL-90-R de Derogatis SCL-90-R	258
Gráfico 5.13. Comparación del Inventario CTI de Epstein	259
Gráfico 5.14. Perfil Medio de las puntuaciones en la Escala Impresión Clínica Global – ICG	266
Gráfico 5.15. Perfil Medio de las puntuaciones en la Escala de Obsesión-Compulsión de Yale-Brown -Y-BOCS	266
Gráfico 5.16. Perfil Medio de las puntuaciones en la Escala de Impulsividad de Barrat - BIS-11	267
Gráfico 5.17. Perfil Medio de las puntuaciones en la Escala de Valoración de la Gravedad Selectiva para Cocaína –CSSA	267

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con el último Informe Anual del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT, 2010), existe un alto nivel de demanda de tratamiento por consumo de drogas ilegales en la Unión Europea, que se estima, en el año 2007, en un millón de personas.

El abuso de drogas es un problema especialmente complejo, ya que está modulado por factores de muy diversa índole y se relaciona con la presencia de problemas médicos, familiares, sociales, laborales, económicos, legales y psicológicos asociados a su uso. Hasta la actualidad, se ha venido desarrollando un sólido marco teórico y empírico sobre las conductas adictivas y su tratamiento, instrumentos de evaluación cada vez más sensibles, específicos y refinados, e intervenciones cada vez más eficaces (Secades y Fernández, 2003). Sin embargo, a pesar del indudable avance en el conocimiento y en el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias, aún quedan muchas cuestiones abiertas tanto para explicar su desarrollo como, sobre todo, para avanzar en el tratamiento eficaz del mismo.

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 aplicados en pacientes drogodependientes. El incremento de la motivación por el cambio, la prevención de recaídas, las intervenciones psiquiátricas y farmacológicas y sociales, forman parte de los tratamientos comprehensivos multidisciplinares, considerados la mejor estrategia terapéutica en el tratamiento de las adicciones (Carroll, 2004; NIDA, 2001, 2009).

En general, los tratamientos producen mejores resultados cuando se tratan los problemas adicionales del individuo. Además de disminuir (o eliminar) el uso de sustancias, los objetivos de los tratamientos se dirigen a procurar que los individuos vuelvan a funcionar productivamente dentro de la familia, el trabajo y la comunidad. Las formas de medir la eficacia de los

tratamientos incluyen el funcionamiento de la persona a nivel laboral, legal, familiar, social y su condición médica y psicológica. En general, el tratamiento de la adicción a drogas es tan efectivo como el tratamiento de otras enfermedades crónicas como la diabetes, la hipertensión y el asma (NIDA, 1999).

Aunque los tratamientos en adicciones se abordan desde una perspectiva multidisciplinar, el tratamiento psicológico es fundamental en los resultados de las intervenciones. El National Institute for Drug Abuse de Estados Unidos (NIDA), propuso unas directrices básicas (Principios de Tratamiento Efectivo), que deben de guiar a los profesionales que trabajan en dicho ámbito. En uno de estos principios se señala: *"El consejo psicológico (individual o en grupo), y otras terapias conductuales son componentes críticos para el tratamiento efectivo de la drogodependencia"* (NIDA, 1999). De esta forma, el NIDA recoge así, las recomendaciones realizadas por la Asociación Psicológica Americana, basadas en los estudios de evaluación sobre efectividad de los tratamientos realizados.

Ciertas modalidades de tratamiento parecen ser particularmente prometedoras respecto a su influencia en el consumo de sustancias psicoactivas y los problemas relacionados con su uso, y en general los resultados mejoran, cuando también se proporciona un apoyo adicional para otros problemas del sujeto (laborales, legales, educativos, médicos...). Sin embargo, las características de los pacientes antes y después de los tratamientos, así como su entorno social, influyen en el éxito terapéutico. Los individuos que sufren de trastornos psíquicos graves y los que carecen de apoyo social para alcanzar un estado de abstinencia o disminuir su consumo, por lo general no obtienen tan buenos resultados como los otros.

De este modo, es conveniente favorecer el tratamiento grupal y ambulatorio, las intervenciones de corta duración, y la aplicación de las intervenciones por parte de terapeutas con sólidas cualidades de

comunicación interpersonal. Es decir con empatía y capacidad para forjar una buena alianza terapéutica. (NIDA, 1999).

Existe suficiente soporte científico que avala la eficacia de determinadas técnicas psicológicas en el tratamiento de las conductas adictivas. Las principales orientaciones de psicoterapia que se han estudiado en pacientes con trastornos por consumo de sustancias son la terapia conductual, la terapia cognitivo-conductual, la terapia motivacional, y la terapia psicodinámica/interpersonal. Además se ha evaluado la efectividad de las terapias de grupo, la terapia familiar/conyugal, y la asistencia a grupos de autoayuda.

Los datos empíricos existentes junto con la experiencia clínica, sugieren que los tratamientos psicológicos son útiles si se adaptan a las necesidades especiales de este tipo de pacientes. La terapia de conducta, incluyendo la formulación cognitivo-conductual, cuenta con tratamientos empíricamente validados. La eficacia de las estrategias conductuales viene dada por su utilización dentro de programas multicomponentes y multimodales, incluyendo, la utilización de terapias farmacológicas. (National Institute on Drug Abuse, 1999)

Una línea de investigación que profundiza en la eficacia de las distintas opciones terapéuticas, para tratar la drogadicción, es la que trata de identificar las diferentes opciones posibles, considerando las características de los pacientes y los factores del tratamiento que incrementen la eficacia de los programas. Esta línea de trabajo acerca, de la adecuación paciente-tratamiento (*patient-treatment matching*), trata de buscar la combinación idónea entre ambos. Se trataría de desarrollar pautas válidas y útiles para asignar a cada paciente al programa de tratamiento que se adapte mejor a sus características y necesidades. Se subraya, por tanto, la heterogeneidad clínica existente en los pacientes drogodependientes, lo que requiere, en definitiva, el desarrollo de tratamientos especializados para subgrupos de pacientes con necesidades diferentes. (Secades, Fernández, 2001)

Patología Dual y tratamientos integrados

La coexistencia de la adicción a sustancias con otros trastornos mentales o de comportamiento (Diagnóstico Dual) supone una complicación que afecta al curso y al pronóstico del trastorno adictivo y la necesidad de emplear abordajes psicoterapéuticos más complejos. En la actualidad están bien establecidos los siguientes datos (Mueser, Drake y Miles, 1997):

1. La presentación concomitante o consecutiva de un trastorno relacionado con sustancias y otro trastorno mental no es explicable sólo por azar.
2. En la práctica clínica de las drogodependencias los diagnósticos duales representan un porcentaje considerable de la población que demanda tratamiento.
3. En los servicios de Salud Mental, un 30-50% de los pacientes presentan, además, un trastorno relacionado con el consumo de sustancias.
4. La presencia de un Trastorno Mental es uno de los factores de riesgo de mayor peso para presentar, adicionalmente, un Trastorno por Consumo de Sustancias.
5. La presencia de un trastorno relacionado con sustancias es, asimismo, un poderoso factor de riesgo para presentar otro trastorno mental.
6. Los pacientes con diagnóstico dual presentan mayor frecuencia de recaídas en el consumo de sustancias y se incrementa la resistencia a los tratamientos del trastorno mental concomitante, lo que conlleva un empeoramiento del pronóstico de ambos trastornos.

7. Los pacientes con diagnóstico dual utilizan muy frecuentemente los servicios de salud, generando costes muy elevados a los Sistemas Sanitarios.

8. Algunos diagnósticos duales presentan riesgos específicos sobreañadidos, como es el caso de la concomitancia de un episodio depresivo mayor y alcoholismo, combinación que muestra, consistentemente, un elevado riesgo de suicidio.

Hipótesis Etiológicas de los Trastornos Duales

Se han analizado ampliamente las diversas formas con que pueden relacionarse los trastornos mentales y los trastornos por consumo de sustancias, tanto si son procesos de abuso o cuadros de dependencia. Las principales posibilidades son:

1.- Un trastorno mental primario y preexistente, determina la aparición de un abuso de drogas o alcohol, tales como, la preexistencia de trastornos de ansiedad en el alcoholismo, de trastornos por déficit de atención en cocainómanos o de sintomatología psicótica en heroínómanos.

Una hipótesis que intentó explicar esta forma de relación es la denominada Hipótesis de la Automedicación (Khantzian, 1985), aunque no ha conseguido acumular un apoyo empírico consistente, encontrándose en muchos casos que el consumo de drogas incrementa la sintomatología adversa en lugar de reducirla (Arendt et al., 2007).

2.- Un Trastorno por Consumo de Sustancias preexistente determina la aparición de un Trastorno Mental. En esta categoría se incluye:

A). La precipitación o desencadenamiento de un trastorno mental para el cual el individuo era previamente vulnerable. Por ejemplo, el inicio de un Trastorno de Angustia o de un Trastorno Depresivo Mayor

desencadenado por el abuso de cocaína. Este tipo de comorbilidad es la que algunos autores consideran como verdadera o genuina (Nunes y Deliyannides, 1996).

B). La presentación de psicopatología no preexistente durante la intoxicación o abstinencia de sustancias. Esta opción, recogida por el DSM IV como Trastornos Mentales inducidos por Sustancias, es incluida como una forma de diagnóstico dual por algunos autores como Zimberg (1999) bajo la denominación de Diagnóstico Dual tipo II. Sin embargo, los estudios epidemiológicos más importantes efectuados hasta la fecha parecen excluir esta alternativa, excluyendo en los estudios a quienes se encuentran en desintoxicación o con sintomatología atribuible a la droga.

3.-. Los trastornos se presentan de una manera primaria e independiente en su inicio. Posteriormente ambas entidades pueden influirse mutuamente. Es posible que trastornos altamente prevalentes se presenten en un mismo individuo por azar. Sin embargo, esta opción se plantea sólo para la asociación de abuso de alcohol con trastornos de ansiedad -en particular en hombres-, o, en el caso de abuso de drogas, con los trastornos del estado de ánimo, dado que para la mayoría del resto de las asociaciones los estudios epidemiológicos han podido establecer que el riesgo de comorbilidad, -odds ratio-, sea superior a uno.

4. Es posible que un factor etiológico subyacente determine la génesis de ambos trastornos. El concepto de espectro de trastornos se basa en esta posibilidad. Existiría una alteración (p.ej., genética) que compartirían varios miembros de una familia y que se podría expresar, clínicamente, como distintos trastornos. Se planteó inicialmente que la comorbilidad entre alcoholismo y trastornos depresivos podría corresponder a este tipo de relación. Estudios basados en epidemiología genética han mostrado que la

asociación entre dichos cuadros no está determinada genéticamente (Schuckit, 1986).

A pesar de ser la vía más estudiada, este enfoque basado en la fenomenología psiquiátrica (presentación de síntomas y signos criterio para el diagnóstico de trastornos) no es la única estudiada. Los estudios sobre factores ambientales sobre trayectorias en el desarrollo de comportamientos y conductas antisociales (Moffitt, Caspi, Harrington y Milne, 2002), los modelos de diátesis-estrés bioconductual (Verheul y Van den Brink, 2005), las aportaciones de la psicología evolucionista (Lende y Smith, 2002) o las recientes aportaciones neuropsicológicas (Yücel, Lubman, Solowij y Brewer, 2007), también deberán ser contempladas en el futuro como explicaciones etiológicas de la concurrencia de adicción y otros trastornos.

Epidemiología de los trastornos duales.

Existen dos importantes estudios realizados en Estados Unidos que examinan los diagnósticos duales. El primero de ellos es el *Epidemiologic Catchment Area Study* (ECA) (Klerman, 1986; U.S. *Department of Health and Human Services*, 1992-1994), basado en criterios DSM III, que utilizó una entrevista estructurada (*Diagnostic Interview Schedule*) sobre una población de 20.291 personas, considerando tanto sujetos en la comunidad como en instituciones de salud mental y prisiones. Es destacable que se excluyeron aquellos trastornos mentales que se presentaron exclusivamente en el contexto de consumo de sustancias, con lo que se pretendió detectar predominantemente los trastornos mentales primarios. Este estudio si bien fue efectuado en una gran muestra de población de cinco ciudades de Estados Unidos, no fue diseñado para ser representativo de dicho país.

El segundo de ellos es el *National Comorbidity Survey* (NCS) (Kessler, Crum, Warner, Nelson, Schulenberg y Anthony, 1997) efectuado en una muestra nacional de 8.098 sujetos entre los 15 y 54 años, basado en criterios DSM III-R y realizado con la utilización de la entrevista estructurada

CIDI. Este estudio, a diferencia del ECA, fue diseñado de una manera representativa de la población no institucionalizada de Estados Unidos. Es evidente que dada la naturaleza y características de ambos estudios, difícilmente sus resultados podrán ser extrapolados a otros países o continentes, por lo que sus datos deben considerarse como simplemente orientativos.

En el estudio ECA se determinó que la prevalencia de vida de los trastornos por consumo de sustancias, en el grupo que presentaba cualquier trastorno mental (22.5% de la muestra total) era del 29%, 2,7 veces mayor que la prevalencia observada en sujetos sin un trastorno mental.

De aquellos individuos que presentaban un trastorno por consumo de alcohol (13.5 % de la muestra total), un 37% presentó, al menos, un trastorno mental adicional, es decir, el doble de la prevalencia observada en los que no tenían trastornos por consumo de alcohol.

De las personas con cualquier trastorno por consumo de drogas (6.1% de la muestra), un 53.1% presentó otro trastorno mental, lo que supone 4.5 veces lo observado en las que no presentaban trastornos por consumo de drogas.

La prevalencia de los trastornos del estado de ánimo fue de un 8,3% y la mayor comorbilidad apareció con el trastorno bipolar tipo I. En esta población el riesgo de consumo de tóxicos fue 11 veces mayor, mientras que el de consumir alcohol fue cinco veces superior.

La esquizofrenia presentó una prevalencia del 1,5% con una comorbilidad con el consumo de alcohol de un 33,7%. En comparación con la población normal, el paciente con esquizofrenia presentó 6 veces más riesgo de consumir tóxicos y tres veces más de consumir alcohol.

La prevalencia en los trastornos de ansiedad fue de un 14,6%, siendo el riesgo de consumir drogas 3 veces superior al de la población normal.

Los datos sobre presencia de trastornos psicopatológicos específicos a lo largo de la vida en pacientes que consumen drogas según el estudio ECA son los siguientes: Trastorno Antisocial de la personalidad: 83,6%,

Trastorno Bipolar tipo I: 60,7%, Esquizofrenia: 47%, Trastornos Afectivos: 32%, Trastorno Obsesivo-Compulsivo: 32,8 %, Trastornos Fóbicos: 22,9%.

En el NCS, se encontraron, en general, prevalencias de comorbilidad mayores, a las del estudio ECA, en gran parte debido a mayores frecuencias de los trastornos específicos y a diferencias en la metodología, tales como la restricción por tramos de edad (15 a 54 años), la representatividad nacional y el perfeccionamiento de la entrevista CIDI (superando los problemas de la entrevista DIS del estudio ECA). Al analizar la edad de inicio de ambos trastornos, se observó que en la gran mayoría de los diagnósticos duales, el trastorno mental se presentaba antes que el primer trastorno adictivo, lo que es particularmente significativo para los trastornos de conducta y para las fobias.

Revisando otros estudios (Abbott, Weller y Walker, 1994; Brooner, King, Kidorf, Schmidt y Bigelow, 1997; Cacciola, Alterman, Rutherford, McKay y Mulvaney, 2001; Chen, Tsai, Su, Yang, Tsai y Hwu, 1999; Darke y Ross, 1997) se encuentra que la prevalencia de doble diagnóstico entre los sujetos dependientes de opiáceos que acuden a tratamiento varía entre el 44% y 93%, siendo los trastornos depresivos y de ansiedad y los trastornos de personalidad antisocial y límite los más frecuentes.

En el Informe Anual 2004 de prevalencia de comorbilidad en la Unión Europea y Noruega (<http://ar2004.emcdda.europa.eu/es/page001-es.html>) se destacan una serie de estudios. Uchtenhagen y Zeiglgänsberger (2000) concluyeron que el diagnóstico concurrente más común entre los consumidores de drogas es el trastorno de la personalidad, que afecta a un porcentaje de población situado entre el 50 y el 90 por ciento, seguido de un trastorno afectivo (del 20 al 60%) y de trastornos psicóticos (20%). Entre el 10 y el 50% de los pacientes presentan más de un trastorno mental o del comportamiento concurrente.

El Informe nacional de España señala que el aumento observado en la comorbilidad podría deberse, en parte, al incremento de la dependencia de psicoestimulantes (Verheul, 2001). Las estimaciones de la prevalencia global del Eje II son del 10 al 14,8% en los sujetos normales, del 45,2 al 80% en los pacientes psiquiátricos y del 34,8 al 73% en los adictos. Los trastornos de la personalidad son cuatro veces más prevalentes entre los pacientes psiquiátricos y los adictos que entre los individuos de la población general. En la revisión de López y Becoña (2006), en pacientes con abuso o dependencia de cocaína, las cifras oscilan entre el 30 y el 74%.

Tratamiento de los Trastornos Duales

Con la toma de conciencia de la magnitud y especificidad de los problemas de los pacientes con los trastornos coexistentes se han intentado desarrollar programas terapéuticos ajustados a los mismos. Los modelos terapéuticos básicos que se han tenido en cuenta han sido los siguientes:

1. Tratamiento secuencial: en este modelo el paciente es tratado primero en uno de los sistemas o redes de tratamiento (Salud Mental o Drogodependencias) y posteriormente por el otro. El orden de los tratamientos depende de distintas variables: preferencia del clínico, magnitud de los trastornos, primacía en el tiempo (con qué red contacte en primer lugar...) y/o en la causalidad, etc.
2. Tratamiento paralelo: implica al paciente simultáneamente en programas o recursos de tratamiento de Salud Mental y de Drogodependencias. Al igual que en la modalidad anterior, se utilizan recursos terapéuticos existentes de ambas redes, aunque con mayor coincidencia en el tiempo. Sin embargo el grado de coordinación entre ambos tratamientos es variable y muchas veces insuficiente.

3. Tratamiento integrado: combina elementos o recursos terapéuticos tanto de la red de Salud Mental como de la de Drogodependencias en un programa de tratamiento unificado para pacientes con trastornos duales. Idealmente, este tipo de tratamiento se daría desde un mismo equipo que integrara a profesionales formados en los dos campos, capaces de seguir al paciente en su evolución y abordar su doble trastorno.

En los últimos años se ha hecho hincapié en que el tratamiento de los trastornos duales en dispositivos distintos era inadecuado (Rubio, 1998), debido a varios fenómenos, tales como: la desconfianza entre los profesionales de salud mental y los que se dedican al tratamiento las de conductas adictivas, la emisión de mensajes contradictorios al paciente, y la lucha que existe entre algunos de los clínicos que atienden a un mismo paciente, hacen que se dificulte la coordinación y la recuperación del mismo.

Aunque los estudios sobre tratamientos integrados no han evaluado largos períodos de tiempo, la mayor parte de los autores y profesionales se muestran partidarios de este tipo de abordaje. La idoneidad del programa integrado es avalado por sus resultados: Durrell, Lechtenberg, Corse y Frances (1993), estudiaron el pronóstico de 84 enfermos mentales graves, atendidos por un modelo de tratamiento integral, en los dos tercios utilizaron adecuadamente los dispositivos comunitarios y el 75% había reducido el consumo de drogas.

El programa de Apoyo Comunitario desarrollado por el Instituto Americano Mental incluía 13 estudios que se llevaron a cabo entre 1987 y 1990. En los resultados se observó que todos los programas fueron exitosos en mantener a los individuos en tratamiento ambulatorio, el mantenimiento de los dispositivos ambulatorios conlleva la disminución de ingresos hospitalarios y había una ligera disminución en el consumo de sustancias, no muy bien evaluado.

En el estudio de New Hampshire-Dartmount (Drake et al., 1998), se incluyeron a 172 indigentes con trastornos por uso de sustancias y

comorbilidad psiquiátrica, siendo sometidos a diferentes modalidades de tratamiento, mostrando mejoría superior al grupo control.

Igualmente, se han descrito unidades de ingreso hospitalario específicas en la patología dual (Wilens, O'Keefe y O'Connell, 1993), para efectuar la desintoxicación y poder diagnosticar en abstinencia el trastorno asociado al consumo de sustancias. Estas unidades incluyen además de la desintoxicación a sustancias, la valoración simultánea psiquiátrica y de consumo, programas de tratamiento altamente estructurados con componentes psicoeducativos, consejo y manejo de casos, y deberían contar con una unidad de crisis para enfermos severos, excluyendo a pacientes con riesgo severo de suicidio o psicóticos que necesitaran contención. Es necesaria la colaboración y el apoyo de la familia en el tratamiento como una parte importante del mismo, ya que ellos deben ser también tratados para el beneficio del paciente y de ellos mismos (Mueser y Fox, 2002). La terapia de grupo (Van Horn y Bux, 2001) es un componente fundamental, que favorece el apoyo y la actitud psicoeducativa sobre el consumo de drogas, los síntomas psíquicos y la medicación.

Tratamientos combinados

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 aplicados en pacientes drogodependientes. 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 nivel de evidencia, resultaría de la combinación de terapia cognitivo-conductual con otras modalidades terapéuticas (psicológicas o

farmacológicas) y es más eficaz que la aplicación de cada uno de los componentes de forma aislada. (elección de primer nivel, y alta eficacia).

Modelos multicomponentes

Comunidades Terapéuticas

Las Comunidades Terapéuticas (CC.TT) son modelos multicomponentes de tratamiento de las conductas adictivas que han mostrado efectividad principalmente en los primeros meses tras el abandono del consumo. Principalmente, el tratamiento en CT está indicado para pacientes con dependencia grave, pobre control de impulsos, con historia de fracasos en tratamientos menos intensivos y con escaso apoyo social.

El perfil recomendado para el tratamiento en CT es el de pacientes con dependencia grave a sustancias, policonsumidores, con un largo historial de abuso de drogas con múltiples recaídas, con bajo apoyo social y orientados a conseguir la abstinencia.

Los componentes activos de cambio en las Comunidades Terapéuticas son: control estímulos, modelado, reforzamiento de conductas adaptativas, manejo del tiempo, entrenamiento en habilidades, prevención de recaídas, toma de decisiones, manejo de cogniciones y emociones, y feedback y reforzamiento de los progresos.

El porcentaje de usuarios que abandonan el tratamiento en las Comunidades Terapéuticas es elevado y la mayoría de los abandonos se produce durante las primeras semanas de la admisión. Es por tanto recomendable, desarrollar estrategias para incrementar la retención de los pacientes ya que el aumento de las tasas de retención está asociado a la reducción del consumo de drogas. Los tratamientos en estas comunidades

son eficaces para la adicción, siempre y cuando el paciente permanezca en el programa durante un tiempo suficiente. La permanencia en el programa es un buen predictor del éxito del tratamiento, de tal forma que los sujetos que completan seis meses de tratamiento tienen significativamente mejores resultados que aquellos que permanecen menos tiempo, y aquellos que finalizan el tratamiento obtienen mejores resultados que los que lo abandonan prematuramente.

Se obtienen mejoras significativas en el estado clínico general del paciente, en la disminución del consumo de drogas, de las conductas delictivas, de la psicopatología asociada y mejora la situación laboral. Los logros obtenidos por los tratamientos se mantienen en seguimientos a largo plazo (de uno a cinco años).

El Modelo Matrix

El Modelo Matrix, que incluye elementos propios de la prevención de la recaída, terapia familiar y grupal, educación sobre drogas y participación en actividades de autoayuda es efectivo en el tratamiento de conductas adictivas. Constituye un modelo empírico de tratamiento de las adicciones, validado que cumple los principios de buenas prácticas terapéuticas. Su estandarización y materiales lo hacen fácil de implementar a nivel internacional. El Modelo Multicomponente Matrix, es efectivo en el tratamiento de las conductas adictivas con un nivel de evidencia científica de alta recomendación.

El enfoque seguido en este programa de tratamiento, fue desarrollado en el Instituto Matrix en los Ángeles, California, y, fue adaptado para este programa por el Center for substance abuse treatment (CSAT) y Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA).

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 evidencia basada en Programas y Prácticas (NREPP) en EEUU. Esta inclusión está avalada por los datos acumulados de las evaluaciones del Modelo Matrix en los últimos 25 años.

A la vista de esta panorámica general que nos sitúa en las distintas modalidades de intervención con pacientes drogodependientes y con patologías psiquiátricas asociadas, parece claro que los tratamientos multicomponentes resultan ser más eficaces, si los comparamos con otras técnicas psicoterapéuticas, sociales o farmacológicas aplicadas aisladamente.

La realización de la presente Tesis Doctoral se basa en la experiencia clínica de la doctoranda, a lo largo de los últimos quince años, en el tratamiento de pacientes drogodependientes, tanto a nivel ambulatorio, como hospitalario, centro de día, comunidad terapéutica, y en un servicio de patología dual.

Por tanto esta investigación, se enmarca en el interés por profundizar, en el manejo de las distintas opciones de tratamiento y en concreto, en aplicar el Programa Matrix de tratamiento de las adicciones en nuestro medio,

Para ello, nos propusimos en primer lugar desarrollar el proceso de adaptación de dicho programa. El planteamiento inicial fue el de realizar, un estudio preliminar con una muestra de pacientes, para evaluar el grado de eficacia y consecuentemente la obtención de resultados satisfactorios que demostraran la bondad del programa y por tanto la oportunidad de su implantación en la Región de Murcia.

El desarrollo de esta investigación, se hizo posible gracias a la colaboración de profesionales pertenecientes a la Consejería de Sanidad, al Servicio Murciano de Salud y a la Universidad de Murcia.

La presente Tesis Doctoral, se estructura en seis capítulos, en el primero de ellos, se describe ampliamente la historia y las bases teórico científicas del programa de tratamiento para las adicciones del Instituto Matrix de Los Ángeles en California.

Es en el capítulo segundo, en donde se expone todas y cada una de las estrategias terapéuticas que fundamentan el referido programa, al igual que su ordenación en distintas sesiones, tanto de aplicación individual como grupal.

En el tercer capítulo, se describe el proceso seguido para adaptar el programa Matrix en nuestro entorno, proceso que implica un conjunto de estrategias dirigidas hacia la comprensión, fidelización y puesta en práctica de los distintos elementos que componen el programa de tratamiento de adicciones.

El cuarto capítulo trata del estudio preliminar, desarrollado en un centro de tratamiento de las adicciones, para valorar la idoneidad del programa Matrix. Para ello, seleccionamos una muestra de pacientes a los que, y, durante un período de cuatro meses, les fueron aplicadas el conjunto de intervenciones que componen el programa de tratamiento.

En el capítulo quinto se exponen los resultados obtenidos en este estudio preliminar, tras la aplicación de los distintos instrumentos que aseguran la posterior evaluación y eficacia del programa aplicado.

Es en el capítulo sexto en donde se desarrolla y explica todo el proceso de evaluación del programa Matrix, para finalizar con las conclusiones más relevantes obtenidas en esta investigación.

CAPÍTULO PRIMERO

HISTORIA Y BASES TEÓRICO CIENTÍFICAS DEL PROGRAMA DE TRATAMIENTO PARA LAS ADICCIONES DEL INSTITUTO MATRIX DE LOS ANGELES, CALIFORNIA

CAPÍTULO PRIMERO

HISTORIA Y BASES TEÓRICO CIENTÍFICAS DEL PROGRAMA DE TRATAMIENTO PARA LAS ADICCIONES DEL INSTITUTO MATRIX EN LOS ANGELES, CALIFORNIA

El Modelo de Tratamiento Intensivo para Pacientes Ambulatorios Matrix, es un modelo empírico de tratamiento de las adicciones, validado que cumple los principios de buenas prácticas terapéuticas del NIDA. Su estandarización y materiales lo hacen fácil de implementar a nivel internacional.

El enfoque seguido en este programa de tratamiento fue desarrollado por el Instituto Matrix en los Ángeles, California, y, fue adaptado para este programa por el Center for substance abuse treatment (CSAT) y Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA).

El Modelo Matrix (MM) para pacientes externos, fue originalmente desarrollado como respuesta a la epidemia de consumo de metanfetamina de los años 80 en EE.UU. Muchos modelos tradicionales, fueron desarrollados para tratar la dependencia al alcohol, y demostraban ser relativamente inefectivos para el tratamiento de la dependencia a la cocaína y otros estimulantes (Obert 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 (Prevención de recaídas), 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.

En 1998, SAMHSA inició un estudio multicéntrico de tratamientos para la dependencia y abuso de metanfetamina, el denominado, Proyecto de tratamiento a metanfetaminas (MTP), en el que se comparaba la efectividad clínica, así como el costo económico de un modelo de tratamiento integral desarrollado por el Instituto Matrix, con la efectividad de los enfoques terapéuticos en uso, en ocho programas comunitarios de tratamiento. Este estudio llevado a cabo durante 18 meses, es el mayor estudio clínico aleatorizado sobre tratamiento de la dependencia a metanfetaminas; en él participaron 978 individuos (Rawson y cols., 2004). Los investigadores asignaron a los usuarios de forma aleatoria a los dos centros de tratamiento (el tratamiento que sigue el modelo Matrix, o el centro que sigue el tratamiento tradicional). Las características de una muestra representativa de los usuarios en el Proyecto de Tratamiento de la Metanfetamina de ambos centros de tratamiento, tratamiento habitual y tratamiento Matrix, fueron consistentes con la población de estudios similares de tratamiento para el abuso de metanfetamina (Huber y cols. 1997; Rawson y cols. 2000).

En cuanto a los resultados, no hubo diferencias significativas en el consumo de sustancias, ni entre el funcionamiento entre el tratamiento habitual y el modelo Matrix, ni en el seguimiento a los 6 meses. Sin embargo, el estudio encontró que los usuarios que habían seguido el Modelo Matrix (Rawson y cols. 2004), tuvieron una tasa de retención en el tratamiento consistentemente mejor que los usuarios en el programa habitual, además, tuvieron un 27 % más de posibilidades de terminar el tratamiento que los que recibieron el tratamiento habitual, así mismo, tuvieron un 31% más de probabilidades de obtener test de orina limpios durante el tratamiento que quienes siguieron el tratamiento habitual, y, finalmente en el seguimiento a los 6 meses, más del 65 % de los usuarios en ambos grupos, obtuvieron test negativos en orina para metanfetaminas y otras drogas.

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).

Desde el inicio Matrix ha proporcionado tratamiento en EE.UU., a más de 10.000 consumidores de cocaína, metanfetamina y otros estimulantes (Rawson, 2009).

A.Huber, W. Ling, S. Shoptaw, V. Gulati, P. Brethen, and R. Rawson (1997), en su estudio "Integrating Treatments for Methamphetamine Abuse: A Psychosocial Perspective", muestran a través de un estudio realizado con 500 usuarios de metanfetaminas y 224 consumidores de cocaína, a los que se le aplica el Modelo de Tratamiento Intensivo Matrix, una respuesta terapéutica de forma positiva.

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

El sistema de tratamiento de Matrix nace con el objetivo de proporcionar una completa gama de tratamientos para la adicción a sustancias.

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 comprensivos multidisciplinares, considerados la mejor estrategia terapéutica en el tratamiento de las adicciones (Carroll, 2004; NIDA, 2001, 2009). El enfoque de Matrix enfatiza la utilización de técnicas ambulatorias de corte fundamentalmente conductual, que permiten a los pacientes vivir en casa, y trabajar o continuar los estudios, mientras sigue el tratamiento.

El modelo de Tratamiento Intensivo Matrix Ambulatorio es una opción posible en el tratamiento de las adicciones que, ha demostrado a través de estudios, (R. A. Rawson, J. L. Obert, M. J. McCann, and W. Ling, 1991, "Psychological Approaches for the Treatment of Cocaine Dependence-A Neurobehavioral Approach"), ratios más bajas de recaídas, que con el modelo de tratamiento hospitalario, y, una continuidad hasta el final del tratamiento.

Tal y como, el NIDA (National Institute on Drug Abuse) propone modelos como el de prevención de recaídas, la terapia conductual para adolescentes o la terapia motivacional, como métodos científicos en el tratamiento de la adicción, que han demostrado eficacia y validez, el Modelo Matrix es un método para el tratamiento de las adicciones científicamente validado por el NIDA.

El Modelo provee un sistema para lograr que las personas con adicción a psicoestimulantes inicien en tratamiento y ayudarlos a mantener la abstinencia.

Los materiales de tratamiento de este modelo, se mantienen fuertemente en otros enfoques de tratamiento, ya probados. Este enfoque incluye elementos que pertenecen a las áreas de prevención de recaídas, terapias familiares y de grupo, enseñanza sobre drogas y participación en

grupos de autoayuda, así como, técnicas de recuperación temprana, exámenes de orina y grupos de apoyo social.

Numerosos proyectos han demostrado que los participantes tratados con el Modelo Matrix muestran estadísticamente una reducción significativa en el uso de drogas, una mejoría a través de los indicadores psicológicos y una disminución en los comportamientos sexuales de riesgo. Estos informes, conjuntamente con la evidencia, que sugiere un resultado comparable en los tratamientos para usuarios de anfetaminas y cocaína, y una eficacia demostrada para mejorar el tratamiento basado en la naltrexona para los adictos a opiáceos, nos proporcionan una base de apoyo empírico para la aplicación de este modelo (Huber, A.; Ling, W.; Shoptaw, S.; Gulati, V.; Brethen, P.; And Rawson, R.,1997), (Rawson, R; Shotaw, S.; Obert, J.L.; McCann, M.; Hasson, A.; Mrinelli-Casey, P.; Brethen, P.; and Ling, W.,1995).

Los componentes que hacen que un modelo de tratamiento en adicción sea efectivo pasa, además de por rigurosos estudios empíricos, por el cumplimiento de los principios de buenas prácticas terapéuticas. Estos principios están a su vez, basados en los resultados de efectividad de una amplia gama de tratamientos empíricos recopilados por el instituto NIDA (2001, 2009).

El National Institute on Drug Abuse (NIDA) define la adicción como una enfermedad cerebral crónica, a menudo recurrente, que conduce a la búsqueda y el uso compulsivo de drogas a pesar de las consecuencias perjudiciales para los sujetos adictos y para quienes los rodean (NIDA, 2008). El Modelo Matrix es un modelo asistencial de tratamiento ambulatorio dirigido a pacientes con adicción a cocaína y alcohol, considerando ésta como una enfermedad mental crónica, de acuerdo a los avances científicos y de neuroimagen (Leshner, 1997) y las consideraciones del NIDA (2001, 2009). Esta definición, ya destaca tanto los fundamentos científicos de la adicción como sus ramificaciones conductuales, psicológicas y sociales.

Partiendo de esta premisa, recaída no como fracaso terapéutico, sino como parte del proceso, el modelo de tratamiento ambulatorio Matrix está basado en una actitud terapéutica motivacional continuada, donde no se da la confrontación o culpabilización por la posible recaída. El objetivo básico del modelo es que el paciente vuelva en la próxima sesión, ya que, en el tratamiento en adicciones, el índice de abandono es generalmente alto (Zarza, M.J., Obert, J., Rawson, R.C. y cols. 2011).

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 estos casos.

Así mismo, con el objetivo de abordar el creciente problema de los adolescentes adictos a sustancias, el Instituto Matrix proporciona servicios de tratamiento ambulatorio para atender la adicción a las drogas y alcohol de los adolescentes en las comunidades de West Los Angeles and Coastal.

Las actividades de recreo las proporciona la Y.M.C.A del Westside. Y.M.C.A es una organización de larga tradición basada en la comunidad, que se creó a principios del siglo XX. Esta organización nacional ha tenido una gran influencia en los jóvenes y sus familias durante generaciones. Uno de los compromisos de la organización Y.M.C.A es proporcionar programas de enriquecimiento de la vida, a personas de todas las edades, independientemente de su raza, sexo y religión.

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 ambulatorio 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.

El NIDA (2001,2009) recomienda diversos tratamientos psicológicos, entre ellos el modelo Matrix para el tratamiento de drogas estimulantes, fundamentalmente, porque ofrece una combinación de terapias psicológicas que han sido probadas con anterioridad para el tratamiento efectivo de las adicciones y por la trayectoria empírica del modelo que ha sido evaluado y validado en múltiples ocasiones desde sus inicios hasta la fecha (Rawson, 2009).

El Modelo Matrix, es considerado por el Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas como un modelo basado científicamente en los principios de tratamiento de toxicomanías. También, es uno de los enfoques mencionados por el NIDA como *efectivo tratamiento contra las drogas*. Es efectivo en el tratamiento de las conductas adictivas con un nivel de evidencia científica de 3, con un grado de recomendación alta.

A continuación, se exponen los principios de tratamientos efectivos considerados por el NIDA.

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

La filosofía del Modelo Matrix considera la adicción como una enfermedad mental crónica que necesita un tratamiento continuado y donde la recaída es parte del proceso de recuperación. La recuperación de la drogadicción puede ser un proceso a largo plazo y frecuentemente, requiere múltiples rondas de tratamientos. Así como en otras enfermedades crónicas, la recaída en el uso de drogas puede ocurrir durante o después de rondas exitosas de tratamiento. Los pacientes pueden requerir tratamientos prolongados y múltiples rondas de tratamientos para poder lograr la abstinencia a largo plazo y un funcionamiento completamente restablecido. Participación en programas de auto-ayuda durante y después del tratamiento sirve de apoyo para mantener la abstinencia. Éste es el caso del Modelo Matrix, que oferta la incorporación al Grupo de los 12 Pasos desde el inicio del tratamiento, durante los fines de semana.

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

El Modelo Matrix es una opción terapéutica más, de carácter integral y comprehensiva.

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

El Modelo Matrix es un programa de tratamiento de elevada disponibilidad, en el que durante 16 semanas, la frecuencia de los distintos componentes, es diaria, y, el horario, es fuera de la jornada laboral o académica, a partir de las 18:00 h. En el Modelo Matrix, el paciente puede entrar en tratamiento en cualquier momento, sin tener que esperar a que concluyan o se inicien nuevos grupos.

Principio 4: El tratamiento efectivo abarca diversas necesidades de la persona, no solamente el uso de drogas.

El Modelo Matrix, es un programa multicomponente e integral en el tratamiento de las adicciones. El plan de tratamiento del paciente es continuamente evaluado, y, en los casos necesarios, modificado para asegurar que el plan se mantenga a la par con los cambios en las necesidades de la persona. Para que el tratamiento sea efectivo, es esencial que el paciente lo continúe durante un período adecuado de tiempo. La duración apropiada del tratamiento para una persona, depende de sus problemas y necesidades. Las investigaciones indican que en la mayoría de los pacientes, se comienza a ver una mejoría significativa después de tres meses de tratamiento. Cuando se llega a este punto, los tratamientos adicionales pueden lograr una recuperación acelerada. Dado que muchas personas, con frecuencia, abandonan el tratamiento prematuramente, los programas, deben incluir estrategias que comprometan y mantengan a los pacientes en tratamiento. El programa Matrix tiene una duración de carácter intensivo durante 16 semanas, de la semana 17 a la 52 se oferta el Grupo de Apoyo Social.

Uno de los objetivos terapéuticos, fundamentales del Modelo Matrix, es la adherencia y permanencia en el programa.

Principio 5: Para que el tratamiento sea efectivo, es esencial que el paciente lo continúe durante un período adecuado de tiempo.

La mayoría de los pacientes comienzan a ver una mejoría significativa, después de tres meses de tratamiento. El modelo Matrix tiene una duración mayor a tres meses, y un tratamiento de continuación posterior.

Principio 6. La terapia individual y/o de grupo y otros tipos de terapias de comportamiento constituyen componentes críticos del tratamiento efectivo para la adicción.

El Modelo Matrix incluye estos componentes en su Programa. Durante la terapia, los pacientes desarrollan habilidades para rechazar el uso de la droga, reemplazan actividades donde se usan las drogas por actividades constructivas y útiles en las que no entra el uso de drogas, y mejoran sus aptitudes para resolver problemas. La terapia de comportamiento también facilita las relaciones interpersonales y mejora la habilidad del individuo para funcionar dentro de la familia y de la comunidad.

Principio 7: Para muchos pacientes, los medicamentos forman un elemento importante del tratamiento, especialmente cuando se combinan con los diferentes tipos de terapia.

La metadona y el levo-alfa-acetilmefadol (LAAM) son muy efectivos para ayudar a aquellos individuos adictos a la heroína y a otros narcóticos, a estabilizar sus vidas y reducir el uso de drogas ilegales. La naltrexona también es un medicamento eficaz para personas adictas al opio y para algunos pacientes que al mismo tiempo sufren de dependencia al alcohol. Para las personas adictas a la nicotina, los productos que reemplazan a la nicotina (como parches o chicles), o, un medicamento oral (como el bupropión) pueden ser componentes efectivos de su tratamiento. La

combinación de tratamientos psicosociales y tratamientos psicofarmacológicos es de suma importancia para pacientes con trastornos mentales. El Modelo Matrix, contempla el tratamiento farmacológico en los casos en los que sea necesario.

Principio 8: El plan de tratamiento del paciente debe ser continuamente evaluado y, de ser el caso, modificado.

Es esencial, que la forma de tratamiento sea apropiada para la edad, el sexo, el grupo étnico y la cultura del paciente. El Programa Matrix presenta diversas versiones adaptadas a distintas poblaciones y prevé respuestas terapéuticas alternativas, según la evolución del paciente.

Principio 9: Muchas personas con problemas de drogadicción, tienen otros trastornos mentales.

En el caso de individuos con problemas de adicción o abuso de drogas que al mismo tiempo tienen trastornos mentales, se debe tratar los dos problemas de una manera integrada. A menudo, se encuentran trastornos mentales asociados a la adicción en un mismo individuo, aquellos pacientes que presentan cualquiera de las dos condiciones, deben ser evaluados y tratados por la presencia simultánea del otro trastorno. El programa Matrix contempla el tratamiento de pacientes con patología dual.

Principio 10: La desintoxicación médica es solamente la primera etapa del tratamiento para la adicción.

La desintoxicación médica por sí sola, es limitada para que los pacientes adictos abandonen el hábito del uso de drogas a largo plazo. Aunque la desintoxicación por sí misma, rara vez, es suficiente para ayudar a las personas adictas a lograr abstinencia a largo plazo, para algunos individuos sirve como un precursor fuertemente indicado para el tratamiento efectivo de la drogadicción. La desintoxicación médica maneja cuidadosamente los síntomas físicos agudos del síndrome de la abstinencia,

que aparecen cuando se deja de usar alguna droga. Esta intervención, es el primer paso, en algunos casos, del inicio de un proceso de recuperación.

Principio 11: El tratamiento no tiene que ser voluntario, para ser efectivo.

El proceso de tratamiento puede ser facilitado gracias a una fuerte motivación. Las sanciones o los premios dentro de la familia, del ambiente laboral o del sistema de justicia, pueden incrementar significativamente los porcentajes de individuos que inician y se mantienen en programas de tratamiento de adicciones, así como, el éxito de los mismos. El Modelo Matrix defiende la premisa, de que esta motivación externa debe convertirse en una motivación interna para asegurar el éxito en la recuperación.

Principio 12: El posible uso de drogas durante el tratamiento debe ser constantemente supervisado.

Durante el período de tratamiento puede haber recaídas. La supervisión objetiva del uso de drogas y alcohol durante el tratamiento, incluyendo análisis de la orina u otros exámenes, puede ayudar al paciente a resistir sus impulsos de usar drogas. Esta supervisión, también puede proporcionar una evidencia temprana del uso de drogas para que el plan de tratamiento del paciente pueda ser reajustado. Dar a conocer los resultados a los pacientes que registren positivamente en los análisis de drogas, es un elemento terapéutico importante. El Modelo Matrix contempla en sus componentes, el programa de analíticas de orina, como una herramienta terapéutica útil, de seguimiento y control.

Principio 13: Los programas de tratamiento deben incluir exámenes para el VIH/SIDA, la hepatitis b y c, la tuberculosis y otras enfermedades infecciosas.

Se deben incluir exámenes para el VIH/SIDA, la hepatitis b y c, la tuberculosis y otras enfermedades infecciosas. La terapia psicosocial, puede ayudar a los pacientes a evitar comportamientos de alto riesgo. También puede ayudar a las personas, ya están infectadas, a manejar su

enfermedad. El Modelo Matrix incorpora en sus sesiones grupales de prevención de recaídas, temas referidos a la salud física, y, comportamientos de riesgo asociados al uso de drogas.

De acuerdo con la Asociación Psiquiátrica Americana (APA,NIDA,2001,2009), los tratamientos psicosociales que gozarían de una confianza más alta para el tratamiento del alcoholismo serían los de orientación conductual, y para los trastornos por uso de cocaína y opioides, las terapias conductuales y las cognitivo-conductuales. Otros tratamientos con otras orientaciones (psicodinámicas, de auto-ayuda, sistémica) también pueden resultar útiles en algunos casos, pero se les asigna un nivel de confianza menos elevado.

El Modelo Matrix hace hincapié en el uso de técnicas conductuales (condicionamiento clásico, operante y modelamiento) y técnicas cognitivas, incluyendo el análisis funcional de la conducta, a nivel de tratamiento ambulatorio.

Los tratamientos que integran el Modelo Matrix, se centran en:

- Cambios de estilo de vida
- Formación en prevención de recaídas
- Educación acerca de las dependencias
- Implicación en el Grupo Doce pasos u otros grupos espirituales.
- Participación de la familia
- Continuidad del tratamiento

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.

El Modelo de Matrix ha sido revisado durante un período de 25 años. Es un programa fácil de usar, que integra la terapia cognitiva conductual, administración de contingencias, entrevistas motivacionales, el modelo de 12 pasos, participación familiar y otros elementos para dar a los pacientes las habilidades y el conocimiento que necesitan para superar la adicción (Obert et al. 2000).

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).

Educación y Formación

Por otro lado, el Instituto Matrix es líder en la realización de la formación y capacitación en el Modelo de Matrix, y la educación en el abuso de sustancias basadas en la evidencia. El Modelo Matrix ha sido publicado por Hazelden (el mayor editor de materiales de abuso de sustancias en EE.UU.), y por Administración de Servicios para el Abuso de Sustancias y Salud Mental (SAMHSA). Además, una adaptación del manual de tratamiento fue diseñado especialmente para los indios americanos y nativos de Alaska (AI / AN), y, es ampliamente utilizado en todos los EE.UU. La disponibilidad de los manuales de tratamiento, ha aumentado la demanda de servicios de formación y capacitación en todo el mundo.

El personal del Instituto Matrix provee entrenamiento a una amplia gama de organizaciones profesionales e instituciones. Capacitaciones, que se han realizado para las escuelas secundarias, universidades, profesionales de salud mental, servicios médicos, programas de tratamiento de abuso de sustancias, las fuerzas del orden, jueces, iglesias y sinagogas.

Los temas de formación y los materiales, pueden ser diseñados especialmente para satisfacer las necesidades de cualquier grupo. Hasta la fecha, los proveedores de tratamiento de abuso de sustancias, en la mayoría de los estados, han recibido capacitación en el Modelo de Matrix, y, más de 300 agencias han sido entrenadas.

A nivel internacional, el Modelo Matrix se ha introducido en Canadá, México, Curazao, Brasil, Eslovaquia, España, Israel, Palestina, Egipto, Sudáfrica, Tailandia y Japón. El manual de tratamiento también ha sido traducido a cinco idiomas (español, tailandés, eslovaco, japonés y árabe).

CAPÍTULO SEGUNDO

DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA MATRIX

CAPÍTULO SEGUNDO

DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA MATRIX

2.1. DESCRIPCIÓN

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 paralela, tanto del paciente, 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 paciente 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.

La terapia cognitiva conductual fue desarrollada como un método de prevención de recaídas en el tratamiento de problemas de alcohol, adaptándose posteriormente para la adicción a la cocaína. Las estrategias cognitivo conductuales, se basan en la teoría de que los procesos de aprendizaje desempeñan un papel crucial en el desarrollo de patrones de conductas inadaptadas. Los pacientes aprenden a identificar y corregir conductas problemáticas mediante la aplicación de diversas destrezas que

aprenden a utilizar para interrumpir el abuso de drogas y abordar otros problemas que puedan presentarse simultáneamente.

La terapia cognitiva conductual consiste en dotar a los pacientes de una serie de estrategias concebidas para mejorar el autocontrol. Las técnicas específicas, incluyen la exploración de las consecuencias positivas y negativas del uso continuado, el autoregistro, para reconocer la compulsión por las drogas en una etapa temprana y para identificar situaciones de alto riesgo para el uso de sustancias, y la elaboración de estrategias, para afrontar y evitar las situaciones de alto riesgo y el deseo de usar drogas.

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

Las investigaciones indican que las destrezas que aprenden los pacientes a través de los enfoques cognitivo conductuales, persisten después de terminar el tratamiento. En diversos estudios, la mayoría de las personas que recibieron tratamiento con un enfoque cognitivo conductual conservaron los logros obtenidos en el tratamiento, durante el año siguiente (Carroll, K.; Rounsaville, B.; and Keller, D. 1991).

Entendiendo las adicciones, como una enfermedad mental crónica, que afecta a la voluntad y motivación, caracterizada por la compulsividad y la pérdida de control, y con el uso de técnicas cognitivo-conductuales, y una filosofía de trabajo grupal e individual, de tipo motivacional y empático no confrontacional, donde se reconoce y se trata la ambivalencia del paciente, y, donde el objetivo es el cambio de conducta, quedan establecidas diferencias claras entre el Modelo Matrix y el Modelo Tradicional en el tratamiento de las adicciones, así como, con el modelo residencial.

Observamos estas diferencias en las tablas 2.1. y 2.2., que, a continuación, se detallan.

MODELO TRADICIONAL	MODELO MATRIX
<p>Centrado en emociones</p> <p>Catarsis emocional como medio de recuperar la sobriedad</p> <p>Adicción/abstinencia, puede que ni se discutan</p> <p>No es indicada para participantes no motivados</p>	<p>Centrada en la conducta como prioridad</p> <p>TCC como forma de sentar las bases de la recuperación</p> <p>Se trabaja la abstinencia y se discuten las herramientas</p> <p>Se aceptan a los participantes ambivalentes y/o, no motivados, y, se asume, que son la norma</p>

Tabla 2.1. Diferencias entre el Modelo Matrix y el Modelo Tradicional en el tratamiento de las adicciones. © Matrix Institute, (2006)

MODELO RESIDENCIAL	MODELO MATRIX
<p>Proceso rápido de cambio</p> <p>Anima a la exploración emocional</p> <p>Estilo confrontacional como forma de llegar a los participantes</p> <p>Se exploran asuntos de la “niñez”</p> <p>Incluyen personal “recuperado”</p>	<p>Énfasis en el cambio</p> <p>Cambio progresivo</p> <p>Asuntos centrales “no se exploran inmediatamente”</p> <p>Filosofía motivacional (EM) no confrontacional</p> <p>Centrados en el presente</p> <p>No es esencial incluir personal “recuperado”</p> <p>Énfasis en la retención</p>

Tabla 2.2. Diferencias entre el Modelo Matrix y el Modelo Residencial en el tratamiento de las adicciones.

El Modelo Matrix, tiene como prioridad el cambio de conducta y no, las emociones, trabajando la abstinencia, discutiendo las herramientas para conseguirlo, y aceptando en el grupo, pacientes no motivados, asumiendo que son la “norma”. Este Modelo hace énfasis en la retención y adherencia

al tratamiento, demostrando una correlación muy alta, entre la retención al tratamiento y el éxito terapéutico.

En el Modelo Matrix, se identifican ocho constructos específicos básicos:

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

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 paciente, 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 pacientes 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 paciente, pudiendo monitorizar los cambios, y, ayudando al planteamiento de expectativas claras y realistas.

3. Enseñanza psico-educativa a pacientes y familiares

La comprensión del proceso neurobiológico de la adicción y los procesos de condicionamiento, para pacientes 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, inspirado en el modelo de Marlatt y Gordon (1985), Carroll y Cols. (1991, 1994), son fundamentos teóricos determinantes para el Modelo Matrix. El componente educativo de estas técnicas, es educar al paciente 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 Petry, Stitzer, y cols., 2006). El Modelo Matrix incluye el refuerzo positivo contingente, como parte esencial para el tratamiento de estimulantes (Rawson, McCann, Flammio, y cols. 2006; Roll, Petry, Stitzer, y cols. 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, Wing, McCarty y cols. 2004). El modelo

Matrix introduce y anima a que los pacientes asistan a los citados Grupos de Autoayuda.

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 paciente es fundamental en la dinámica del tratamiento. Cada paciente 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 paciente trabaja, a través, de los componentes educativos, y, es necesario, animar, fortalecer, y, discutir el material que está en consideración en las reuniones del Grupo de los 12 Pasos. El terapeuta tiene que ser capaz de combinar conceptos del Modelo Matrix con el material de AA, así como, con el tratamiento psicoterapéutico y psiquiátrico que los pacientes siguen.

En conclusión, el terapeuta coordina los componentes del programa de tratamiento Matrix, construyendo un marco que apoya al paciente durante el proceso de recuperación. Todas las piezas necesitan encajar entre sí, de modo, que el paciente sienta la seguridad, de saber que el terapeuta es consciente de todos los aspectos de su tratamiento personal. Los pacientes, 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 adicto 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.

El terapeuta necesita lograr un balance entre las sesiones individuales y grupales, según el programa estructurado, dejando espacio y tiempo para otros temas de discusión.

Por otro lado, la aplicación del programa no es rígida; el terapeuta no es un simple transmisor de conocimientos; Como hemos dicho anteriormente, en la aplicación y efectividad del Modelo Matrix, es muy importante la relación entre el paciente y el terapeuta.

Así mismo, a algunos pacientes se les puede permitir diseñar su propia agenda de tratamiento, pero, no se permite dejar de abordar el material del programa, como los conceptos y estrategias para lograr la abstinencia. La terapia, tiene unos objetivos específicos dentro de un tratamiento estructurado de la dependencia química.

Otro elemento determinante en el desarrollo de las sesiones individuales, difícil de definir, es el desarrollo del vínculo terapéutico, caracterizado por la empatía, calor humano y sinceridad.

Igualmente, es importante que el miembro o miembros más cercanos de la familia, formen parte del proceso de recuperación de los pacientes. Es importante, conocer el impacto del proceso de recuperación sobre la dinámica familiar. El terapeuta valora incluir a la familia un cierto tiempo, de cada sesión individual.

En las sesiones individuales y conjuntas, se recomienda tener precaución en asegurar que ambos, tengan la oportunidad de comunicar, en detalle, asuntos urgentes, y, dejar de lado la información altamente emotiva.

El material destinado para la sesión debe ser presentado, reforzando los cambios positivos respecto al comportamiento y actitudes. En el caso, de no realizar las tareas para casa entre sesiones, se mencionará el beneficio de ello, y, no nos involucraremos en un conflicto sobre un área única de resistencia.

La conexión entre el paciente y el terapeuta en las sesiones individuales y conjuntas, es el vínculo más importante que tiene lugar en el tratamiento, adhiriéndonos al sentido común y al respeto cuando se interacciona con ellos.

Es determinante, incluir a uno o varios miembros significativos de la familia, en el proceso de tratamiento; ofrecer a los pacientes, apoyo y ánimo por sus logros favorables; y, permitir a los pacientes sentir que el terapeuta es la combinación de un profesor, un entrenador y un ser humano consciente.

El Programa Intensivo Matrix de Consulta Externa de Abuso de Estimulantes de 16 semanas, es un programa altamente estructurado, diseñado para dar a los consumidores de drogas el conocimiento y el apoyo necesarios, para que puedan lograr la abstinencia e iniciar un programa de recuperación a largo plazo.

El programa utiliza materiales que, desde 1984, han sido desarrollados y evaluados como parte del programa de investigación del Instituto Matrix. Los materiales para este programa intensivo de pacientes en consulta externa, han sido adaptados de *Matrix Neurobehavioral Model for Stimulant Abuse Treatment* (Modelo Matrix Neuro Comportamental para el tratamiento del abuso de estimulantes), *The Matrix Model for the Treatment of Alcoholism and Alcohol Abuse* (Modelo Matrix para el tratamiento del Alcoholismo y el abuso de alcohol), *The Matrix Model for the Treatment of Opiate Addiction with Naltrexone* (Modelo Matrix para el tratamiento de la

adicción a la heroína con Naltrexona), and *The Matrix Model for the Treatment of Substance Abuse and Dependence Disorders- 16 weeks* (Modelo Matrix de Consulta Externa para el Tratamiento del Abuso de Estimulantes y trastornos de la Dependencia).

Este Programa especialmente está diseñado para tratar los temas relacionados con la adicción, en los pacientes con dependencia de estimulantes, específicamente, anfetaminas, y, cocaína y alcohol. El programa aborda los temas críticos de la adicción y la recuperación de una forma integrada y comprensiva. El conocimiento de las alteraciones causadas por la adicción es crítico para lograr el éxito en la aplicación de este modelo de tratamiento.

Los materiales de tratamiento son aplicados en sesiones individuales y de grupo, tienen un propósito específico y cada sesión tiene un tema y un objetivo.

El objetivo de estos grupos es reconocer las cuestiones importantes que se presentan durante el proceso de la recuperación.

El programa está orientado al tratamiento de personas con abuso de alcohol y otras drogas, mediante tratamiento, educación e investigación personalizadas.

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).

Dichos materiales de tratamiento, han evolucionado, desde la aplicación de conceptos teóricos, hasta la detección de necesidades de los

usuarios de estimulantes que tratan de poner fin al consumo de cocaína y metanfetaminas.

Los materiales han sido elaborados para darles el formato de una experiencia intensiva de 16 semanas, seguida de sesiones mensuales hasta completar el año de tratamiento.

Desde la semana 17 hasta la 52, el grupo de Apoyo Social, Grupo de Valores, y, el Grupo de los 12 Pasos realizan el seguimiento del paciente.

Los formularios de las sesiones grupales, no están diseñados para aplicarse por separado del resto de componentes del modelo de tratamiento Matrix. Han sido diseñados para emplearse bajo el contexto de un programa integrado y comprensivo.

La secuencia de los materiales, es importante para la creación de un tratamiento dinámico que lleve al paciente 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 desarrollo de los materiales fue realizado gracias al apoyo de donaciones del National Institute on Drug Abuse (NIDA).

Durante 16 semanas los pacientes reciben distintas sesiones de tratamiento durante cada semana. Esta fase intensiva incorpora Sesiones Individuales y Conjuntas, Sesiones Grupales de Habilidades de Recuperación Temprana (ERS, en adelante), Sesiones Grupales de Prevención de Recaídas (RP, en adelante), Sesiones Grupales de Educación Familiar (EF), y, Grupo de Soporte Social.

Los pacientes son atendidos en el Grupo de Soporte Social, una vez han completado las sesiones grupales de Educación Familiar.

El Modelo Matrix es un modelo que además familiariza a los pacientes con el Programa de los 12 pasos y otros Grupos de Soporte Social.

El Modelo Matrix sigue las tendencias psicológicas de tratamiento en adicciones actuales (Rawson, Obert, McCann et al. 1990; 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.

La fiel estructura temporal del Programa de Tratamiento Matrix Intensivo Ambulatorio (IOP), se expone en la tabla 2.3., a continuación.

Duración del Programa Intensivo Matrix de Consulta Externa						
Semana	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado y Domingo
1 ^a - 4 ^a	18:00-19:00 h Grupo de Habilidades de Recuperación Temprana 19:00- 20:30 Grupo de Prevención de Recaída		19:00- 20:30 Grupo de Educación Familiar		18:00-19:00 h Grupo de Habilidades de Recuperación Temprana 19:00- 20:30 Grupo de Prevención de Recaída	Reuniones de 12 Pasos Y otras Actividades para la Recuperación
5 ^a -16 ^a	19:00- 20:30 Grupo de Prevención de Recaída	Reunión de 12 Pasos	19:00- 20:30 Grupo de Educación Familiar o Grupo de Apoyo Social	Reunión de 12 Pasos	19:00- 20:30 Grupo de Prevención de Recaída	
17 ^a -52			19:00- 20:30 Grupo de Apoyo Social			
Sesiones Semanales Individuales los primeros 2 meses; posteriormente, 1 sesión al mes. Los exámenes de orina y alcohol se deben hacer cada semana.						

Tabla 2.3. Estructura Temporal del Programa de Tratamiento Matrix

2.2 SESIONES INDIVIDUALES Y CONJUNTAS

Un total de 11 sesiones: 8 individuales con el paciente, y 3 conjuntas con el familiar, pareja o amigo íntimo, que, de forma acordada, el paciente y terapeuta, deciden.

Las Sesiones Individuales, están diseñadas para orientar al paciente 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 paciente para motivarlo en su adherencia y cumplimiento del programa.

Las sesiones están programadas semanalmente durante los primeros dos meses, y, posteriormente, una vez al mes. Algunos pacientes pueden necesitar sesiones adicionales. La sesión 11, *Cuadro de Análisis de la Recaída*, es opcional, aunque, normalmente se utilizará. En las sesiones individuales, se adapta el Programa Matrix a las necesidades, momento de cambio, y, situación personal del paciente. En este momento, se informa a las familias de los beneficios de su implicación, y los objetivos del tratamiento.

Los temas a tratar en las sesiones individuales son: Consumo de alcohol y otras drogas, cambios asociados a la abstinencia, conducta sexual, prevención de recaídas, aplicación de técnicas cognitivo-conductuales, y, revisión del paciente en todas las áreas de su vida.

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

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 paciente.

En estas sesiones, se abordan diferentes temáticas que constituyen un complemento y un refuerzo de las sesiones grupales adaptadas a cada caso individual, y donde se plantean nuevos aspectos importantes en el proceso de recuperación. Estas tres sesiones conjuntas, se realizan a lo largo del tratamiento en tres fases (etapa inicial, intermedia y final), ya que, los objetivos terapéuticos, van cambiando a lo largo del proceso. Así mismo, se proporcionan pautas de actuación con la familia.

Los objetivos de las sesiones Individuales y Conjuntas son:

- Ofrecer a los pacientes y a sus familias la oportunidad de establecer una conexión individualizada con el terapeuta;
- Ofrecer un ambiente a los pacientes y sus familias, donde puedan resolver sus crisis;
- Manifestar sus dificultades y determinar el curso del tratamiento junto con el terapeuta como guía;
- Permitir a los pacientes, la discusión abierta sobre su adicción en un contexto sin prejuicios, y con la mayor atención por parte del terapeuta.

A continuación, se detalla el contenido, desarrollo y formularios a emplear, de cada una de las 11 sesiones individuales, y las conjuntas del Programa Matrix.

Sesión Individual 1: “Consentimiento y Acuerdo de Servicios”

Esta primera sesión individual, se realiza antes de comenzar con las intervenciones grupales. Está diseñada, para asegurar que el paciente y el miembro de la familia, tengan una adecuada orientación respecto al tratamiento, así como, para conocer al terapeuta, y, los términos y condiciones, bajo los cuales los servicios serán ofrecidos. Para tal efecto, se utiliza el formulario *Consentimiento y Acuerdo de Servicios*.

El paciente, firma las condiciones del tratamiento Matrix, tales como participación en un programa de tratamiento, que está demostrado es eficaz, pero que no garantiza resultados específicos; así mismo, la aceptación de un conjunto de reglas básicas, importantes para la experiencia exitosa del tratamiento. Reglas, como puntualidad, acceso a analítica de orina en cualquier momento del proceso terapéutico, abstinencia a cualquier sustancia durante el tratamiento, suspensión del tratamiento en el caso de tráfico, el no compromiso en relaciones sexuales con otros pacientes, confidencialidad, acceso al tratamiento de forma voluntaria, prestación del tratamiento por profesionales formados por el Instituto Matrix, posible presencia de observador externo, y, consentimiento para la grabación de las sesiones.

El paciente certifica que ha leído, entendido y aceptado el consentimiento y acuerdo de servicios, durante el proceso de tratamiento en el que el paciente está comprometido . Este documento es firmado y datado.

Sesión Individual 2: “El primer contrato de la familia”

En la sesión 2, la primera sesión conjunta, el propósito es involucrar al miembro de la familia en el proceso de tratamiento y recuperación inicial, junto con el paciente.

Con la lista de comprobación y ayuda, tanto para el paciente como para la familia, se ofrece una alternativa para aclarar el papel que los miembros de la familia pueden desempeñar en el proceso de recuperación.

Con el formulario denominado *Lista de Ayuda*, se dan algunas sugerencias, que tras la experiencia se ha demostrado, han favorecido la recuperación.

Con este formulario, el paciente y los miembros de la familia, leen la actividades sugeridas de apoyo, valorando si es apropiada para ellos, y señalarán aquellas que están dispuestos a poner en práctica. Al tomar la decisión, el paciente reflexiona sobre qué aspectos respecto al familiar, le puede ayudar, y expresa su opinión con el mismo. El familiar reflexiona y se posiciona en los aspectos en los que está dispuesto a ayudar.

Cuestiones, tales como permitir que el paciente hable con su familiar de los antojos o detonantes ante el posible consumo; posibilidad de despertar al familiar para hablar, en caso de dificultades de conciliación; permiso para recordarle al paciente las razones para dejar de consumir; tolerar y aceptar los síntomas de desintoxicación como parte del proceso de recuperación; prestar ayuda para evitar estímulos compulsivos del consumo de drogas; recordar y aceptar, que el familiar ha escogido libremente participar durante el proceso de recuperación; la decisión conjunta, sobre a quién avisar en caso de crisis; recordar que, en este momento, el problema más importante, es superar la adicción; acudir a las sesiones, cuando sea invitado por el terapeuta; permitir al adicto, realizar actividades relajantes sin el familiar; hablar de temas importantes para el adicto sin ignorarlos o enojarse; propiciar la continuidad del tratamiento, o, no enojarse con el paciente adicto, sino con su adicción, y, entender, que ésta es la enfermedad.

Estos aspectos se reflexionan de forma conjunta, y, de forma acordada, el familiar adopta el compromiso e implicación para apoyar en el proceso de recuperación al paciente, marcando los ítems correspondientes. Esto forma parte de un contrato terapéutico.

Otras actividades pueden ser agregadas si, ambas partes y el terapeuta, están de acuerdo en que dichas actividades serán de beneficio para el proceso de recuperación.

Estas Listas de Ayuda, se utilizan en la etapa inicial, intermedia y avanzada durante las 16 semanas de la fase de recuperación, y, van cambiando, ya que, las necesidades de ambos, paciente y familiar, van cambiando conforme avanza el proceso de recuperación.

Sesión Individual 3: “Drogas, alcohol y sexo”

Con la sesión tercera individual, se abre las puertas a un tema de sensibilidad y de gran importancia, el sexo. El tema de las relaciones sexuales, en el proceso de recuperación de las adicciones, debe ser tratado como una parte natural, ya que, muchos consumidores de sustancias, usan las drogas para tener relaciones sexuales, asociando el sexo a la droga.

En esta sesión, el objetivo es que el paciente perciba los cambios que pueden aparecer en la conducta sexual conforme avanza el proceso de recuperación, siendo ésta menos placentera.

El paciente señalará, a través del formulario, *Drogas, alcohol y sexo*, los aspectos sexuales que al principio, la droga potencia, y, cómo, en ocasiones, según se va instaurando la adicción, puede llegar a reemplazar la conducta sexual. Partiendo de que los psicoestimulantes, cocaína o metanfetamina, afectan a la misma estructura cerebral que la que controla el comportamiento y deseo sexual, es fácil asociar el uso de drogas a

determinadas prácticas sexuales. Conforme el proceso de abstinencia y recuperación avanza, los estímulos compulsivos que despiertan apetencia y deseo de consumo, ocurren con menos frecuencia e intensidad, pudiendo volver a una actividad sexual normal, hasta descondicionarse esta asociación.

Si el tema de las relaciones sexuales, no es significativo en el contexto del uso de drogas, se enfoca la sesión, para recabar historia y antecedentes sobre esta conducta.

Sesión Individual 4: “Hacer cambios”

En la sesión 4, que es la segunda sesión conjunta con el familiar, se utiliza la segunda Lista de Recuperación. Con el formulario *Lista de Recuperación Comprobable*, se repasan los cambios, ya logrados, durante las etapas iniciales del tratamiento.

En esta sesión, se pretende que el paciente tome conciencia de su progreso, y, se destacan las áreas en las que hay que poner más atención. De manera sencilla, se observan aquellos elementos importantes para mantener la abstinencia, y, se estimula a otros cambios conductuales.

Este formulario, *Lista de Recuperación*, consta de los siguientes ítems, que el paciente marcará según los cambios realizados desde que inició el tratamiento. El cuestionario se detalla a continuación en la tabla 2.4.

Elaborar un cronograma diario		Evitar estímulos desencadenantes	
Visitar al médico para revisiones		Usar estrategias cognitivas para combatir el deseo de droga	
Eliminar parafernalia relacionada		Asistir a las sesiones individuales	
Evitar personas que consumen alcohol		Asistir a grupos de recuperación inicial y prevención de recaída	
Evitar consumidores de otras drogas		Asistir a las reuniones de AA/CA	

Evitar bares y clubes		Hacer tareas terapéuticas diariamente	
Dejar de consumir alcohol		Hablar honestamente de los pensamientos, sentimientos y comportamientos con el terapeuta.	
Dejar de consumir drogas		Pagar deudas	
Identificar conductas adictivas			

Tabla 2.4. Lista de Recuperación Comprobable

En esta sesión, el paciente expondrá si realiza otras actividades diferentes, así como, aquéllas en las que presenta más dificultad, aquéllas que son más fáciles, y, las que no ha realizado todavía. Con ello, el paciente va tomando conciencia, en cuanto a los hábitos y cambios conductuales, que debe de realizar y cambiar, para mantener la abstinencia.

Sesión Individual 5: “Soñar con drogas”

En la sesión 5 individual, se aborda el tema de los sueños relacionados con el consumo durante el período de recuperación, el riesgo que puede suponer, y, la forma, durante el período de vigilia, de evitar situaciones de riesgo, pues el deseo expresado, es implícito, también, en el contenido de los sueños.

El formulario a utilizar, *Soñar con drogas durante la recuperación inicial*, expone los sueños relacionados con la posibilidad de consumo como algo normal, en las distintas etapas de la recuperación. Trabajar este síntoma en terapia, pone en alerta y favorece la capacidad de manejo de situaciones de riesgo, proponiendo, conductas alternativas que favorecen un sueño reparador, como realizar ejercicio físico durante el día.

Sesión Individual 6: “Prevención de la Recaída”

En la sesión 6, se hace una revisión del estado del paciente, en esta revisión, se tienen en cuenta aspectos importantes para prevenir recaídas

tales como la forma de diversión, la realización de ejercicio físico, las relaciones sociales, y, los deseos de consumir drogas, entre otros. El amplio espectro de temas, que tienen que ver con la recuperación, queda claramente ilustrado en esta sesión.

De manera explícita, el funcionamiento en estas áreas se revisa periódicamente durante todo el proceso de recuperación. Se administra una Escala de Satisfacción en distintas áreas de su vida, que el paciente puntúa según una escala tipo Lickert de -10 a +10. Este ejercicio, da lugar a la toma de conciencia, y, la posibilidad de cambio, que será medido a lo largo del proceso de recuperación. Las áreas de medida, incluyen, el desarrollo profesional, amistades, familia, consumo de drogas, uso de alcohol, autoestima, salud física, bienestar psicológico y satisfacción sexual.

Sesión Individual 7: “Un período difícil: El Muro”

En la sesión 7 individual, se aborda la dificultad de los cambios emocionales, bioquímicos y síntomas que se dan a partir del 45 al 60 día de abstinencia de estimulantes, lo que constituye la etapa del Muro. La duración de esta etapa es variable según la sustancia consumida.

El Muro, es una condición física similar a la desintoxicación, necesaria en el proceso de recuperación, aunque molesta, y, es importante transmitir la idea de normalidad, ya que, forma parte del proceso e indica mejoría. En esta sesión, el paciente comienza a entender las manifestaciones emocionales, cognitivas y de conducta, que ocurren conforme avanza el período de abstinencia, y por tanto, el paciente comienza a estar en disposición de movilizar estrategias de control para hacerles frente de forma más eficaz. El paciente, acepta estos cambios bioquímicos como reales, y, parte del proceso de recuperación.

De un listado de síntomas, el paciente marca aquéllos que está experimentando. El Listado se detalla en la tabla 2.5.

Depresión		Cancelar citas del tratamiento	
Ansiedad		Faltar a citas sin llamar	
Irritabilidad		Justificarse para terminar el tratamiento	
Baja energía		Apatía. Pasar mucho tiempo a solas	
Cambios de humor		No darle importancia a la sobriedad	
Tareas sin terminar		No estructurar el tiempo	
Ansia de droga		Regresar a la exposición de estímulos compulsivos	
Consumo de alcohol		Estar cerca de consumidores	
Sentirse mal con el tratamiento		Pensamiento confuso	
No trabajar en el programa de tratamiento		Sentir desesperación	
Pensar sobre errores pasados		Memoria débil	
Problemas de relaciones			

Tabla 2.5. Listado de Síntomas

Se trabaja con el paciente, en función de aquéllos aspectos que marca. Cinco o más cuestiones, indican que, claramente, se puede sentir o experimentar algunos efectos de la etapa del Muro.

Sesión Individual 8: “El segundo contrato de la familia”

En la sesión 8, el paciente se encuentra en una etapa intermedia del proceso de recuperación. En este momento, se lleva a cabo la tercera sesión conjunta con el familiar, en la que, de forma hablada y consensuada con el paciente, señala, de un listado, aquéllos aspectos, en los que está dispuesto a implicarse, en este momento del proceso de recuperación, denominada, *la etapa del Muro*.

En este momento, el terapeuta debe señalar, que esta etapa no durará siempre, y, tiene un tiempo determinado, hasta que los síntomas se

extinguen. La sesión conjunta, ofrece a los familiares, una oportunidad segura de poner límites, y, llegar a acuerdos con el paciente.

Sesión Individual 9: “Emociones y Recuperación”

En la sesión 9, se aborda el tema de las emociones en el proceso de la recuperación.

El consumo de cocaína o alcohol, u otras drogas pueden tener el valor instrumental de potenciar emociones, y, bloquear otras. El paciente aprende cómo el consumo de drogas, enreda las emociones básicas del ser humano. El paciente toma conciencia de, cómo durante el consumo, puede sentirse muy feliz sin motivo, y, cuando cesa el uso de sustancias, se deprime, con o sin motivos. De tal manera que, su vida se convierte en una mezcla de emociones reales y otras emociones que son producidas por los efectos de las drogas, siendo imposible distinguir entre unas y otras, y, siendo, todas, muy reales.

Se trabaja con la idea de que, es necesario un tiempo de abstinencia para sentir emociones reales. Éstas, ya no oscilan desde la euforia ocasionada por los estimulantes a la profunda depresión que sigue al consumo. Es posible sentir emociones gratas y menos intensas, recobrando un nivel medio a nivel emocional, siempre provocado por desencadenantes.

Con el formulario *Emociones y Recuperación*, el paciente aprende a definir e identificar emociones, tanto en el momento presente, como sirviéndonos de su historia pasada. En esta sesión, se tendrá en cuenta, el ambiente familiar y las reglas de la familia para controlar emociones. El paciente aprende a identificar emociones, tolerarlas, y, cambiar y controlar conductas, para modular el estado de ánimo.

Las emociones, objeto de tratamiento en esta sesión, se exponen en la siguiente tabla 2.6.

Ira	Sorpresa	Aburrimiento	Frustración
Celos	Inseguridad	Satisfacción	Depresión
Felicidad	Alegría	Miedo	Seguridad

Tabla 2.6. Emociones y Recuperación

Sesión Individual 10: “Establecer Metas”

En la sesión individual 10, se elabora el plan de seguimiento que el paciente llevará a cabo, tras las 16 semanas de tratamiento del Programa Matrix.

La recuperación es un proceso de toda la vida, y, es importante planificar qué va a hacer para mantener la recuperación. Se exponen distintas opciones tales como trabajo grupal, grupos de apoyo social, terapias individuales, incluso de pareja. El paciente elabora su propio plan y firma su compromiso para los meses siguientes a las dieciséis semanas del Programa Matrix.

Sesión Individual 11: “Cuadro de Análisis de la Recaída” (Opcional)

En la sesión individual 11, se aborda el tema de la posible recaída.

El paciente debe aprender a identificar los antecedentes que pueden indicar el inicio de un episodio de recaída, ya que, ésta no ocurre de manera imprevista. El terapeuta necesita entender el contexto de la recaída y poder reconfigurar la recaída en el paciente.

Es importante tener en cuenta los siguientes aspectos: El consumo de droga que ocurre en las primeras semanas de tratamiento, se considera consumo continuo, no recaída; aproximadamente el 50% de las personas que completan con éxito el programa de tratamiento, experimentan alguna recaída a lo largo de su vida; una recaída no representa necesariamente un fracaso, se debe considerar como una oportunidad de ajuste del tratamiento y de aprendizaje, para anticiparse a posibles futuras recaídas.

El objetivo de la sesión, es identificar los patrones individuales que preceden al consumo de sustancias que permitirá al paciente, interrumpir episodios de recaída antes de consumir drogas y hacer los ajustes necesarios para evitar el episodio.

Para ello, se trabaja en sesión, con un registro en el que se anotan los eventos de trabajo, eventos personales, sesiones de tratamiento, comportamientos relacionados con drogas, pensamientos de recaída y hábitos de salud, y, cómo les afectó, y, sintieron, al menos durante la semana previa a la recaída, de tal forma, que dieron lugar al consumo puntual, o una recaída.

2.3. GRUPO DE HABILIDADES DE RECUPERACIÓN TEMPRANA

Dentro del Programa Intensivo para Pacientes Externos Matrix, el Grupo de Habilidades de Recuperación Temprana o Inicial (ERS), se diseñó para “generar en los pacientes una serie de habilidades con el fin de conseguir la abstinencia”.

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 pacientes, expresen sus propios objetivos de cambio.

Fundamentalmente, se aplican técnicas conductuales. Consiste en 8 sesiones de grupo, de una hora de duración, durante el primer mes del Programa Matrix, a razón de dos sesiones semanales.

En este momento inicial del tratamiento, se presentan dos mensajes fundamentales. En primer lugar, la posibilidad del cambio de

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.

La estructura y las rutinas del grupo, son esenciales para su funcionamiento. Para los nuevos pacientes, la rutina del tratamiento es tan importante como la información discutida. Dado que el grupo es, desde el comienzo, un grupo abierto, se encontrará en un estado muy inestable, por tanto, debe mantenerse con unas metas claras. Los terapeutas se deben adaptar, y, mantenerse centrados en la sesión, intentando no generar emociones muy intensas, y, fuera de control como podría ser característico de los pacientes.

En cuanto al formato del grupo, las sesiones son dirigidas por un terapeuta, pudiendo colaborar *usuarios facilitadores*, en proceso de recuperación, con 8 semanas de abstinencia.

El *usuario facilitador*, puede ser el mismo durante todo el proceso o alternar con otro, debe haber logrado cierto progreso en su programa de rehabilitación, y, participar activamente en un programa de tratamiento personal, supervisado por los terapeutas del Instituto Matrix.

El terapeuta y el *usuario facilitador*, se reúnen 15 minutos antes de la sesión de grupo, para repasar con el tema de la sesión que corresponda. El terapeuta, tendrá en cuenta los nuevos problemas de cada uno de los pacientes que han surgido en las sesiones individuales (por esto, se recomienda un feedback escrito de todas las sesiones individuales).

Se instruye al *usuario facilitador* a que comparta su experiencia acerca del tema, pero, no a que intente ser el terapeuta, al final de la sesión se pide al *usuario facilitador* que haga un feedback.

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).

A continuación, se presentan algunas orientaciones iniciales, en cuanto, al desarrollo y estructura de las sesiones:

Se presenta el grupo como un espacio donde recuperar las habilidades básicas para mantenerse en estado de sobriedad.

Se presenta cada paciente ante el grupo y, de forma breve, comparten su historia. Si se ha añadido al grupo alguien nuevo, se solicita a todos los participantes que hagan una breve historia y su participación en el tratamiento, favoreciendo la integración en el grupo de los nuevos pacientes.

De manera sutil, se interrumpe a aquéllos pacientes que dan demasiada información detallada sobre su historia de consumo. Se les debe pedir que discutan los hechos que los llevaron a la necesidad de iniciar tratamiento.

Se presenta al *usuario facilitador*, como una persona que, en el momento presente, está siguiendo el proceso de recuperación y que puede compartir su experiencia personal acerca de cómo el programa de tratamiento Matrix, le está ayudando.

En estos primeros quince minutos, además se revisan las agendas, lo calendarios, y, cada paciente, observa su evolución a través de los registros diarios de abstinencia/consumo.

A continuación, durante los siguientes 35 minutos, el terapeuta presenta el tema de la sesión, lee el formulario, y, ofrece un resumen de por qué el tema es importante para lograr la abstinencia.

El *usuario facilitador*, puede relatar cómo el tema que se está abordando, le ha sido útil durante sus fases iniciales. Se solicita a cada participante la descripción de la puesta en práctica de las habilidades, objeto de la la sesión.

Si los participantes tienen problemas, el terapeuta hará *sugerencias*, siendo recomendable pedir consejo a otros miembros del grupo.

La segunda parte de la sesión, aproximadamente 15 minutos, se emplea para discutir el calendario de actividades. Cada persona, debe tener un plan para el período entre la sesión actual y la siguiente.

En la etapa de recuperación temprana, no se recomienda que los pacientes planifiquen actividades entre ellos mismos, o, en conjunto con otros pacientes.

La sesión debe terminar en un tono positivo, preguntando acerca de los beneficios que le ha brindado la misma. Al finalizar la sesión, cualquier paciente que tenga problemas puede reunirse con el terapeuta, o, esperar a la sesión individual.

El *usuario facilitador*, no participa en aconsejar individualmente a ninguno de los pacientes.

A continuación se enumeran algunos problemas que pueden surgir en el abordaje grupal, y se da algunas orientaciones:

1. Dudar acerca de la efectividad de tratamientos

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.

2. Discutir con pacientes 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 renuencia. Es recomendable destacar la idea de que, cuanto mayor compromiso se fomente hacia el programa, más rápida será la recuperación.

3. Si un paciente ofrece sugerencias, posiblemente peligrosas

El terapeuta, amablemente, puede afirmar “*eso puede funcionar para ti*”, y, para la mayoría de la personas es una estrategia peligrosa. La mayoría de los pacientes, han encontrado más útil, el uso de otras estrategias, como detener el pensamiento de consumo. El terapeuta debe ser amable y respetuoso, y, al mismo tiempo necesita mantener el control.

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

El terapeuta, debe transmitir la idea, al paciente inestable de, que, posiblemente, se encuentre algo tenso o en este momento no está muy centrado, sugiriendo que todos los pacientes tengan la oportunidad de expresar sentimientos. Expresiones como “*Por favor, escuche usted un momento*”, son eficaces.

5. Si se detecta que un paciente está intoxicado

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 paciente. Hay que evitar cualquier tipo de enfrentamiento y ponerse en contacto con el familiar de apoyo.

Los objetivos del Grupo de Recuperación Temprana, son:

1. Proporcionar un lugar estructurado para los nuevos pacientes, donde puedan aprender habilidades de recuperación y de programas de esfuerzo personal.

2. Presentar a los pacientes, las habilidades básicas para la recuperación y ayudarles en el abandono del consumo.
3. Fomentar el compromiso
4. Motivar al paciente a participar en actividades del Grupo de Soporte Social y Grupos de 12 Pasos.
5. Permitir al *usuario facilitador*, ser modelo en el mantenimiento de la abstinencia.
6. Fomentar en el *usuario facilitador* una mayor autoestima y reforzar su propio progreso.

En resumen, el Grupo de Habilidades para la Recuperación Temprana o Inicial, en adelante ERS, consiste en 8 sesiones de grupo, de una hora de duración, durante el primer mes del Programa Matrix, a razón de dos sesiones semanales.

En este grupo, los pacientes adquieren las técnicas necesarias básicas, para mantener los estados iniciales de sobriedad.

Son sesiones grupales, cuyo objetivo es el aprendizaje de habilidades de afrontamiento cognitivo y conductual.

El formato, es muy estructurado, y, la tarea del terapeuta es transmitir información y educar en estas habilidades. Los pacientes realizan ejercicios en las sesiones, para entender y reconocer la enfermedad de la adicción y su propio patrón adictivo.

El grupo de Habilidades de Recuperación Temprana facilita la introducción al Programa 12 Pasos y refuerza el valor de la participación en este Grupo.

Durante los últimos 15 minutos de cada sesión de grupo de recuperación temprana, se practican dos actividades que están diseñados

para facilitar al paciente una estructura de rutina, para diseñar un plan de recuperación y poder monitorear su progreso.

Estas actividades son, la planificación de actividades y calendarios. 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 a permanecer sobrio, y, el conteo diario de su propio proceso terapéutico. Hacer un horario, es una habilidad esencial, que ayuda al paciente 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 paciente 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 para pacientes Externos (IOP), considera necesario incorporar el hábito de programar actividades, escribirlas, y, el cumplimiento de las mismas, de no ser así, la siguiente alternativa terapéutica sería la estructura hospitalaria.

Marcar en el calendario, cada día sin consumo y valorarlo, y ser consciente de que es un éxito en la recuperación, mantiene al paciente diariamente consciente de 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 detalla el contenido, desarrollo y formularios a emplear, de cada una de las 8 sesiones del Grupo de Recuperación Temprana o Inicial.

Sesión Grupal 1 ERS: “Detener el Ciclo”

El objetivo de esta primera sesión grupal, es que los pacientes identifiquen los estímulos asociados a situaciones que le han llevado al consumo de drogas. La comprensión e identificación, de cómo en la exposición a los detonantes y la conducta de consumo, existe un proceso intermedio, esto es, el pensamiento y el deseo de consumo (craving), que hay que aprender a identificar, evitar, y, diseñar alternativas de conducta. Es decir, aprender a detener este ciclo.

En esta sesión, el terapeuta pide a los pacientes que hablen sobre las situaciones específicas que tienen asociados a determinados estímulos compulsivos para el consumo de droga. Cuando sea necesario, el terapeuta disuade o interrumpe las largas descripciones de los episodios de consumo, y, guía a los pacientes en las posibles alternativas y planes de cambio. No son válidas, las buenas intenciones y un compromiso decidido, lo importante es, pasar a la acción.

Se debe permitir al *usuario facilitador*, que describa su propia intensidad experimentada a causa de un estímulo compulsivo. Los pacientes, necesitan saber que, esta sensación compulsiva tendrá un límite si siguen manteniendo la abstinencia. El ansia o craving, cesa si no se consume.

Detener el pensamiento, es una estrategia para no pensar en drogas y, de esa manera, recuperar el control sobre su proceso mental. Los antojos o detonantes, no deben dominarlos. Pueden poner fin a los antojos aprendiendo a detener tales pensamientos. Este proceso se tiene que poner en marcha de manera inmediata, antes de que la neurofisiología del antojo comience, entendiendo, que es posible poner fin a los mismos, aprendiendo a detener tales pensamientos.

Se trabaja en terapia, el desarrollo del ciclo del antojo, y, se exploran formas de interrumpir el ciclo. Es básico evitar estos estímulos compulsivos o detonantes y eliminar la parafernalia de todos los ambientes próximos del paciente.

Para el desarrollo de esta sesión se emplean los siguientes formularios y hoja de ejercicios:

El formulario, denominado, *Estímulos Compulsivos/detonantes externos*. Lectura que desarrolla y define, qué son los estímulos compulsivos o factores desencadenantes (personas, lugares, objetos, sentimientos y momentos que provocan deseo de consumo). Se trata de poner ejemplos, y propiciar que los pacientes pongan ejemplos reales y vividos por ellos mismos, identificando los factores desencadenantes.

Las personas adictas, asocian los factores desencadenantes con el consumo de drogas y alcohol. Debido al efecto precipitador, y, al consumo constante, un factor predisponente puede llevar al consumo de drogas y alcohol. El ciclo *factor predisponente - pensamientos - deseos de consumo-consumo*, es muy evidente.

Una importante parte del tratamiento, requiere que se interrumpa el proceso de deseo. La forma más fácil de lograrlo es, identificar los factores desencadenantes, evitar la exposición a los mismos, lo máximo posible, y, resolver el deseo de consumo de forma diferente.

Se recuerda, cómo los factores desencadenantes, afectarán fisiológicamente, provocando deseos de consumo, incluso, cuando se ha decidido abandonar las drogas y el alcohol. Las intenciones de cesar el consumo, deben por lo tanto, traducirse en cambios de comportamiento, cambios que alejen al paciente de los disparadores posibles. Se pregunta al

grupo cuáles son para ellos, algunos de los factores desencadenantes más fuertes, y, cuáles podrían ser un problema, en un futuro próximo.

Con la Tabla de los Detonantes, el paciente aprende que el consumo de sustancias no se presenta al azar. Si se producen cambios de conducta, identificación de detonantes, y, la aplicación de estrategias de detención del pensamiento, la probabilidad de consumir disminuye.

El siguiente formulario que se emplea, en esta primera sesión del Grupo de Recuperación Temprana, se denomina *Desencadenantes-Pensamiento-Deseo-Consumo*. Desarrolla el proceso de justificación de la recaída, los falsos argumentos, y, las falsas excusas que el cerebro adicto se da a sí mismo a favor de la conducta de consumir. Así, cuanto más larga es esta cadena de justificaciones de consumo, momento en el que se está permitiendo, el principio de la recaída, los pensamientos se convierten en deseo, y, aumenta cada vez más el craving. La clave, es, no dejar que se inicie este proceso *Desencadenantes-Pensamiento-Deseo-Consumo*. Es importante, aprender a detener el proceso de justificación de la recaída, ya que, lo que busca realmente la adicción es una excusa, una justificación para recaer.

El tercer formulario de la primera sesión del Grupo de Recuperación Temprana, se denomina *Técnicas de parada del pensamiento*, y, versa sobre diversas técnicas de detención del pensamiento. Algunas técnicas son la visualización, relajación, señales para descondicionar los pensamientos o llamar a alguien de confianza.

Sesión Grupal ERS 2: “Estímulos Compulsivos Externos “

En esta sesión, con el *Cuestionario de Estímulos Compulsivos Externos*, se ayuda a identificar los estímulos compulsivos externos que propician el consumo de drogas.

Es importante usar este formulario como un ejercicio para lograr posteriormente un diagrama general de las situaciones, lugares, y, ocasiones en las que los pensamientos, y, los antojos pueden llevar al consumo compulsivo.

El cuestionario contiene una serie de ítems, que el paciente irá marcando, según la valoración que hace, en cuanto a la percepción de riesgo que para él suponen. Los ítems se detallan en la tabla 2.7., que, a continuación, se presenta.

Estar solo en casa	Cuando aumento de peso	En la tienda de licores, vinos...	Conciertos
En casa con amigos	Antes de una cita	Después de cobrar	Después de pasar por la casa del vendedor
En casa de amigos	Durante una cita	Antes de salir a cenar	Después de una salida de la autopista
Fiestas	Antes de actividades sexuales	Antes del desayuno	En la escuela
Eventos deportivos	Durante actividades sexuales	A la hora del almuerzo	Conducir el coche
Cine/películas	Después de relaciones sexuales	Durante la cena	Con amigos que usan drogas
Bares/Clubes	Antes del trabajo	Después del trabajo	El parque
La playa	Cuando lleva dinero	En el vecindario	

Tabla 2.7. Cuestionario de Estímulos Compulsivos Externos

Así mismo, se debe hacer preguntas sobre los estímulos compulsivos particulares de cada paciente, que no se encuentren en este cuestionario. Se trata de que cada paciente haga una lista completa de sus estímulos compulsivos externos. En breve, aprender a responder ante una situación de estímulo compulsivo que no pudo evitar.

A partir de este Diagrama de Estímulos Compulsivos Externos, el terapeuta da a los pacientes, la consigna de que escriban los nombres,

lugares, objetos o situaciones, de acuerdo, al grado de asociación con el uso de drogas. Así, cada paciente dispone de un listado de situaciones que valora como “seguras”, “de bajo riesgo, pero con preocupación”, “situaciones de alto riesgo”, “situaciones de muy alto riesgo”, y, donde la probabilidad de consumo va incrementando, por tanto, serán situaciones claras y evidentes a evitar.

Sesión Grupal ERS 3: “Estímulos Compulsivos Internos “

En esta sesión, con el *Cuestionario de Estímulos Compulsivos Internos*, se ayuda al paciente a detectar los estados internos que estimulan de manera compulsiva el consumo de drogas. Muchas de las emociones que están en el cuestionario se entrecruzan. Lo importante, es tener un diagrama claro de los estados emocionales dominantes que estimulan de manera compulsiva, pensamientos y antojos, para el consumo de drogas. En general, los estados emocionales positivos o negativos, o ambos, pueden despertar los estímulos compulsivos y la apetencia de las personas consumidoras.

Con la idea de que, durante la recuperación surgen, sentimientos o emociones, que, estimulan compulsivamente al cerebro a pensar en el consumo de drogas, se pide al paciente, que indique cuáles pueden estimular de manera compulsiva al deseo de consumo.

Se presenta a los pacientes un cuestionario, esquematizado en la tabla 2.8., que leerán y reflexionarán individualmente, para posteriormente abrir el debate en grupo, acerca de cuáles son los detonantes emocionales de riesgo, en el momento actual. Emociones, de las que tomarán conciencia, y, aprenderán a manejar de una manera alternativa al consumo de sustancias.

Asustado	Exhausto	Solitario
Enojado	Culpable	Rechazado
Seguro	Feliz	Nervioso
Criticado	Inadecuado	Apasionado
Deprimido	Inseguro	Presionado
Avergonzado	Irritado	Relajado
Excitado	Celoso	Triste
Aburrido		

Tabla 2.8. Cuestionario de Estímulos Compulsivos Internos

El cuestionario formula preguntas, tales como, si el consumo en las últimas semanas ha estado vinculado a estados emocionales, o, si ha sido rutinario o automático; así mismo, si recientemente, se ha encontrado en situaciones en las que tenía claro el no consumo, pero, un cambio de humor específico, le ha llevado, directamente a consumir, y, la descripción de esta situación y cómo se sintió.

En la sesión, el terapeuta guía al paciente para que reflexione sobre el diagrama de estímulos compulsivos, y, pregunta si es fiel a su situación personal, lo que nos dará una idea del tipo de reacción emocional que despiertan los detonantes externos y consumo, en cada paciente.

Se puede hacer una revisión de los estímulos más poderosos antes de iniciar el Programa, y proponer alternativas de manejo.

Al final de esta sesión, se retoma el formulario *Diagrama de Estímulos Compulsivos*, y, se le añaden los estados emocionales seguros e inseguros. El diagrama terminado, permitirá al paciente ver las opciones que tiene para identificar personas, lugares y cosas que le pueden llevar de forma segura a una recaída.

Sesión Grupal ERS 4: “Introducción a los 12 Pasos”

En esta sesión se introduce la filosofía de los grupos de 12 Pasos, como parte del tratamiento, considerando la asistencia a estos grupos, esencial y de apoyo, para el Programa Terapéutico Matrix.

Los objetivos de esta sesión son, ayudar a los pacientes a entender la estructura y formato de los programas de los 12 Pasos, que aprecien los beneficios de participar en estos grupos, y, familiarizarse con las reuniones a nivel local de los 12 Pasos u otros grupos alternativos de autoayuda, enfatizando que las reuniones no son religiosas sino espirituales, decidiendo ellos mismos, a qué poder superior se refieren los 12 Pasos.

La investigación ha demostrado que una combinación de tratamiento profesional, y, la participación en grupos de los 12 Pasos es, a menudo, la mejor vía de recuperación.

El aspecto más importante de la participación en los grupos de los 12 pasos o autoayuda, es favorecer la relación entre los pacientes con personas de apoyo que están pasando por problemas similares, reforzándose, así, el mensaje de que la recuperación no es un proceso individual. El paciente aprende a hacerse responsable, de cesar el consumo, y, el conocimiento y el apoyo que proporcionan los otros, que han conseguido la abstinencia, es esencial en la recuperación.

Con el formulario, *“Introducción a los 12 Pasos”*, se expone a los pacientes la definición de estos grupos, el carácter espiritual de los mismos, la existencia de la figura del padrino, y, cómo elegirlo, y alternativas a los programas de los 12 Pasos.

El segundo formulario, que se emplea en esta sesión, es *La Oración para la serenidad y los 12 Pasos de Alcohólicos Anónimos*.

Sesión Grupal ERS 5: “Química del cuerpo durante la recuperación: El Mapa de la Recuperación”

En esta sesión el objetivo es, informar de los cambios físicos que se van a ir dando durante los primeros tres a cuatro meses. Una vez superado, dependencia física, lo difícil, es mantener la abstinencia, ésto es, la dependencia psicológica de la sustancia.

Se estudian los cambios biológicos que van a ocurrir al paciente durante el proceso de recuperación, lo que les da una idea y conocimiento, para saber qué va a ocurrir durante el tratamiento.

La depresión, los trastornos del sueño, los dolores de cabeza y la ansiedad ocasional, son síntomas que aparecen durante el proceso de recuperación, hasta el reajuste, después de 120 días de abstinencia.

Es importante para el paciente en proceso de recuperación, y, en este Programa de Tratamiento Matrix, que entienda qué cambios físicos, emocionales, y, cognitivos, pueden darse, durante las etapas iniciales de la recuperación.

Se lee en grupo, el formulario *Guía para la Recuperación*, donde se exponen los cambios fisiológicos y emocionales, a nivel del cerebro y el cuerpo, en las distintas etapas del proceso de recuperación (desintoxicación, abstinencia inicial, abstinencia prolongada y reajuste), y, según el tipo de sustancia consumida (estimulantes, alcohol, opio y psicofármacos).

Los pacientes exponen en el grupo, los cambios que han sufrido en otros tratamientos, otros períodos de abstinencia, y, los cambios actuales. La toma de conciencia, y entender las razones de que esto ocurra, favorece el manejo y la tolerancia.

Sesión Grupal ERS 6: “Problemas durante la recuperación inicial”

Para la mayoría de los pacientes en recuperación, hay algunos asuntos que al principio del proceso, tienden a surgir como problemas. Hay que saber identificarlos, y poner en práctica mejores formas de manejo para hacer frente a estas situaciones.

Estas dificultades que se exponen en el formulario, *Cinco problemas comunes durante la recuperación temprana*, son preocupaciones muy importantes para la mayoría de consumidores. Se trata de manejar en el grupo estas situaciones, con alternativas que el grupo va proponiendo. Se solicita al *usuario facilitador*, para que comparta sus experiencias respecto a estas dificultades. Es fundamental, fomentar la creencia de que la recuperación consiste en desarrollar, en cada caso, nuevas actividades y métodos para fortalecerse contra estos u otros problemas.

En esta sesión se trabaja con el formulario, *Cinco problemas comunes en la recuperación temprana: soluciones nuevas*, en el que se exponen algunas de las dificultades más comunes que surgen al principio, y constituyen un factor de riesgo.

El formulario expone las siguientes dificultades: amigos y conocidos que consumen, estados de ira e irritabilidad, existencia de alcohol en casa, aburrimiento o soledad, y ocasiones especiales como fiestas, bodas o vacaciones.

Se proponen algunas alternativas de conducta en el formulario, y, el paciente, propone y planifica otras.

Si los pacientes se niegan a dejar de beber, tal vez, porque no ven el consumo de alcohol como el principal problema, el ejercicio de discusión sobre el alcohol, puede cuestionar su modo de pensar.

En el formulario, se exponen algunos de los argumentos más comunes para no dejar el consumo de alcohol.

- *“Vine aquí para dejar de consumir drogas, no para dejar de beber”*. Este tratamiento incluye, además, abandonar el consumo de alcohol, al mismo tiempo que otras drogas. Esto, forma parte de la recuperación de la adicción.

- *“He bebido sin consumir, así que, no importa”*. Con el tiempo, el alcohol aumenta seriamente el riesgo de recaer. Un solo consumo de alcohol, no provoca necesariamente una recaída, igual que un solo cigarrillo no causa cáncer de pulmón. Sin embargo si se sigue bebiendo, el riesgo de recaer es mucho mayor.

- *“En realidad, la bebida me ayuda. Cuando tengo deseos de consumir, una copa me calma, y, desaparecen las ganas”*. El alcohol interfiere con la recuperación del cerebro. El consumo continuado de alcohol, ocasionalmente intensifica el deseo, aunque alguna bebida parezca que lo calma.

- *“No soy un alcohólico, así que, ¿por qué tengo que dejar de beber?”*

El no ser dependiente del alcohol no debería ser ningún problema a la hora de dejar de consumir esta sustancia. Si no se puede parar, es posible que el alcohol, sea un problema más serio de lo que piensa.

- *“Nunca volveré a consumir drogas, pero no estoy seguro, de si volveré a beber”*.

Es necesario durante el tratamiento, comprometerse a mantener la abstinencia absoluta. Hay que darse la oportunidad de tomar una decisión sobre el alcohol, con un cerebro libre de drogas. Si se rechaza la abstinencia del alcohol, porque la idea de “para siempre” da miedo, el paciente entiende que está justificando el hecho de beber ahora y corre el riesgo, de volver de nuevo, a ser dependiente.

A partir de la lectura del formulario, se abre el debate sobre las justificaciones de los pacientes a favor del consumo de alcohol, y, de cómo van a prevenir los temas relacionados con el alcohol en el futuro.

Sesión Grupal ERS 7: “Pensar, sentir, y actuar”

La adicción, cambia la manera de pensar de las personas, cómo se sienten y cómo se comportan. En esta sesión se aborda cómo los cambios cognitivos, emocionales y comportamentales, afectan al proceso de recuperación.

A través del formulario, *Pensamientos, emociones y comportamientos*, el paciente aprende la relación entre el pensamiento, emociones y conducta.

Para poder lograr el control de la conducta, y, abandonar el patrón adictivo, es esencial que los pacientes sean capaces de diferenciar entre sus pensamientos, emociones y comportamientos. Conforme aumenta el consumo de drogas, el adicto trata de mantener su vida bajo control, siendo, cada vez, más difícil, tomando conciencia de las acciones desesperadas para tratar de llevar una vida aparentemente normal. Estos comportamientos desesperados, denominados comportamientos adictivos, giran en torno al consumo, y, la búsqueda de la sustancia. Cuando el paciente es capaz de identificar estos comportamientos, podrá aprender a evitar y cambiar dichas conductas.

A través del formulario, *El Comportamiento Adictivo*, el paciente identifica estas conductas de riesgo. Estos comportamientos adictivos se detallan en la tabla 2.9.

Mentir	Descuido en la limpieza de la casa	Aislarse
Robar	Comportarse impulsivamente	Abandonar o llegar tarde al tratamiento
Ser irresponsable	Comportarse	Consumir otras drogas o

(familia/trabajo)	compulsivamente	alcohol
Ser poco confiable (llegar tarde/ no cumplir con un compromiso)	Cambiar hábitos de trabajo	Abandonar los fármacos prescritos.
Ser descuidado respecto a la salud y aseo personal	Perder interés por las cosas	

Tabla 2.9. El Comportamiento Adictivo

Sesión Grupal ERS 8: “Consejos de los 12 Pasos”

El objetivo de esta sesión es, por un lado, que los pacientes identifiquen los consejos de los 12 pasos, como estrategias útiles en su proceso de recuperación, identificando situaciones en las que es útil aplicar estos consejos, y, por otro, que entiendan cómo determinados estados físicos y emocionales, sentirse hambriento, enfadado, solo o cansado, hacen más vulnerable a una persona a la recaída.

Para abrir la discusión grupal, se lee el formulario, *Consejos de los 12 pasos*, preguntando a los pacientes acerca de los consejos que les resultan útiles, y, por qué. Así mismo, se solicita al *usuario facilitador* su aportación acerca de qué significan para él los 12 pasos, y, cómo le han ayudado en su recuperación.

Los consejos de los 12 pasos se detallan, a continuación, en la tabla 2.10.

<i>Día a día, Paso a paso</i> No te obsesiones con el estar abstinentes para siempre. Céntrate, en el aquí y en el ahora
<i>Dale la Vuelta</i> A veces, la persona que tiene una adicción, pone en peligro su recuperación, involucrándose en problemas, que no se pueden solucionar. Encontrar una forma de dejar aparcados los problemas, de modo que, favorezca centrarte en la recuperación, es una habilidad especialmente importante para mantenerse abstinentes.

<p><i>Simplifica</i></p> <p>Aprender a estar abstinente, puede convertirse en algo complicado, y, puedes sentirte sobrecargado. No debes hacer que el proceso, sea más complicado de lo necesario. Simplifica.</p>
<p><i>Toma lo que necesites y deja el resto</i></p> <p>No todo el mundo se beneficia de las reuniones de los 12 pasos, de forma global. No es un programa perfecto. Sin embargo, si te centras en las partes que te resultan útiles, en lugar de aquéllas que te molestan, el programa tiene, siempre, algo interesante para ti.</p>
<p><i>Pon toda tu mente primero, el cuerpo te seguirá después</i></p> <p>El aspecto más importante de los programas de los 12 pasos, es asistir a las reuniones. Lleva tiempo sentirse completamente cómodo. Las reuniones favorecen las relaciones con personas que han tenido problemas similares. Simplemente hazlo, y, sé constante.</p>

Tabla 2.10. Consejos de los 12 Pasos

Por otro lado, con la segunda parte de este formulario, se aprende a identificar determinados estados físicos y emocionales, que durante el consumo se descuidan, tales como estar hambriento, enfadado, sentirse solo, o cansado, lo que puede hacer más vulnerable a la recaída.

Para ello, los grupos de los 12 pasos utilizan las siglas HALT (hungry, annoyance, lone, tired).

Con la discusión, se trata de que los pacientes identifiquen la frecuencia de estos estados, como precipitantes del consumo, y, que diseñen estrategias de cambio para evitar ser vulnerables.

2.4. GRUPO DE PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

El Grupo de Prevención de Recaídas (PR, en adelante), consta de 33 sesiones grupales, a razón de 2 sesiones semanales, durante 16 semanas.

Desde el inicio del tratamiento, el paciente asiste al grupo de Recuperación Temprana (ERS) y de Prevención de Recaídas (PR). Este grupo terapéutico, es el elemento central del modelo de tratamiento Matrix.

Las 16 semanas de participación en el Grupo de Prevención de Recaídas, están diseñadas para dar información, apoyo y dotar de estrategias y técnicas a los pacientes en el proceso de recuperación.

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, no sólo por los terapeutas, sino por otros miembros del grupo.

El grupo de prevención de recaída, no es un grupo de encuentro, ni de sensibilización, no es un grupo de afirmación personal, ni de desarrollo individual, no es un grupo de reducción de estrés en el que domina el pensamiento libre, sino que, está altamente estructurado, tiene un formato específico, unos objetivos, y, todas las sesiones están organizadas en torno a un tema.

El grupo, es dirigido por un terapeuta, y, en ocasiones, como se ha dicho anteriormente, puede participar el *usuario facilitador*.

Preferiblemente, el terapeuta grupal será el mismo que el terapeuta individual, lo que favorece un mejor conocimiento de los pacientes y refuerza los lazos terapéuticos.

Por otro lado, hay que saber manejar la información que el paciente 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 paciente, cierta coacción, en

el sentido de verse obligado a compartir esa información a nivel grupal, no habiéndolo planeado.

Otro aspecto a saber manejar, es la posibilidad de que se perciba que el terapeuta muestra cierta preferencia por algunos pacientes. 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 pacientes 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 pacientes 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.

El propósito del grupo, es proveer un foro en el que las personas con dependencia química reciben tratamiento para solucionar sus problemas de autocontrol.

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 pacientes. En el contexto grupal, las señas de una inminente recaída pueden ser identificadas fácilmente, no sólo por el terapeuta, sino por los propios pacientes del grupo, ya que, no es algo que suceda al azar, sino que el proceso de recaída sigue unos patrones predecibles.

Así mismo, el ambiente del grupo permite, bajo las restricciones que impone el terapeuta, el apoyo mutuo entre pacientes. Los pacientes 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.

El terapeuta, da la oportunidad, a todos los miembros del grupo a participar en la discusión.

Los terapeutas deben detectar las posibles alteraciones de los pacientes 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 paciente, centrándose, más bien, en los aspectos de la adicción presentes, que, en el comportamiento o el modo de pensar del paciente.

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 pacientes en su propio proceso de cambio personal. El paciente, 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 pacientes consideren su recuperación, como un logro personal.

Para la elección del *usuario facilitador*, hay que tener en cuenta que éste, permanezca un año abstinentes. El *usuario facilitador*, es una figura importante en la dinámica del grupo, constituyendo el modelo de cambio con éxito en la recuperación. Desde su posición, puede apoyar al terapeuta en el abordaje de problemas y controversias que surjan, compartiendo experiencias personales resueltas con éxito. En sus declaraciones al grupo, es recomendable que utilice la primera persona.

En cuanto al formato del Grupo de Prevención de Recaídas, cada sesión tiene una duración de una hora y media, a razón de dos sesiones semanales. El grupo es abierto, es decir, en cualquier momento se puede incorporar un nuevo miembro, que se presentará al inicio, solicitándole que explique, de forma breve, su historia de consumo de sustancias. Esta narración, no necesita ser muy detallada, ni gráfica, ni divagar en detalles innecesarios; si divagan, se solicita al paciente, que termine de narrar con comentario conclusivo. El propósito es ofrecer cierta información básica,

como el tipo de drogas usada y las razones por las que el paciente decide iniciar este tratamiento.

Las sesiones siguen la siguiente estructura:

Durante los primeros 15 minutos de la sesión, el terapeuta presenta el tema que corresponde. El tema específico, se discute durante unos 45 minutos, concluyendo las ideas centrales y asegurándose de que los pacientes lo han entendido.

Durante los siguientes 30 minutos, se realiza una evaluación de lo acontecido durante los días previos a la sesión. Se pregunta a los miembros, si han surgido problemas recientes, o si hay algún asunto, respecto a lo trabajado hasta el momento, que quisieran abordar.

Estas preguntas se dirigen fundamentalmente a pacientes que participan poco, o no han participado. Algunas preguntas generales como, *“¿cómo van las cosas?, ¿has sentido algún deseo de consumir?, ¿hay algún problema que te puede estar influyendo?, o, ¿cuáles son tus planes para permanecer en el camino de la abstinencia durante los próximos días?,* sirven para promover la participación en el grupo.

Antes de cerrar la sesión, los pacientes expresan las posibles dificultades, y, el terapeuta, concluye los objetivos. Desde la filosofía del Modelo Matrix, se considera importante, terminar la sesión destacando el compromiso a la confidencialidad, y, la asistencia al grupo la siguiente sesión.

Objetivos de las Sesiones del Grupo de Prevención de Recaídas:

1. Permitir a los pacientes interactuar con otras personas durante su recuperación
2. Presentar material específico de prevención de recaídas

3. Contar con el *usuario facilitador*, como modelo de cambio positivo en el proceso de recuperación a largo plazo, y, que comparte su experiencia de mantenerse sobrio a largo plazo.
4. Propiciar el trabajo grupal, que potencia las intervenciones individuales.

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 paciente 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 propone las siguientes indicaciones:

- En situaciones, como la insistencia de un paciente en un asunto determinado, propone hacer la sugerencia amable de permitir a los demás pacientes el derecho a participar y discutir sus problemas, prosiguiendo con la sesión.
- En ocasiones, algún paciente 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 paciente a nivel individual.
- Ocasiones en las que un paciente acuda a tratamiento, intoxicado. En este caso, el *usuario facilitador* 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 paciente no esté intoxicado o actúe de manera inapropiada, se puede permitir asistir a la reunión del Grupo de Prevención, solicitándole que escuche, y, al final de la sesión podrá ir participando en la discusión del tema.

Sesión Grupal PR 1: “Alcohol, la droga legal”.

El objetivo de esta sesión, es que los pacientes tomen conciencia de la importancia de la ingesta de alcohol en situaciones de la vida cotidiana, en personas con un cierto estilo de vida, considerado como algo normal, dada la consideración de droga legal y de fácil acceso.

Desde el inicio del tratamiento, el paciente tiene que mantener la abstinencia al alcohol, ya que, es un precipitante para el consumo de otras sustancias.

El formulario plantea cuestiones referidas a:

- La fácil disponibilidad del alcohol.
- Uso de alcohol, en gran parte de situaciones sociales, fomentadas cultural y socialmente.
- Uso de alcohol, para el manejo de estados emocionales negativos (ansiedad, depresión).
- Dificultad de abandonar la ingesta de alcohol, desde el inicio del tratamiento, por la ingesta moderada, minimizando la importancia que éste tiene.
- La afectación neurológica del alcohol, recordando experiencias de embriaguez.
- Uso de alcohol, para el afrontamiento de situaciones sociales o encuentros sexuales.

- Celebración de ocasiones especiales asociadas al uso de alcohol (comer determinados alimentos, determinadas fiestas del calendario, manejo de problemas psicológicos, de estados emocionales..).

El paciente reflexiona acerca de cada cuestión, y, explica, de forma escrita, en el formulario de la sesión. A continuación, se expondrá al grupo, señalando tipo de situaciones en las que beben, y, grado de dificultad en cuanto a su manejo. Situaciones que aprenderán a manejar, de forma alternativa, y, sin alcohol.

Sesión Grupal PR 2: “Prevenir el Aburrimiento”

Normalmente, las personas que dejan de consumir drogas, dicen que la vida es más aburrida. Es importante, no sólo en el período de tratamiento, ocuparse con actividades nuevas, dado que, éstas, aumentan el interés y el nivel de motivación.

El paciente no deja de consumir sin más, tiene que planificar actividades incompatibles con el consumo de sustancias e incorporarlas en su patrón de vida normalizado. El aburrimiento, es señal de inercia, de baja motivación e interés, y ésta, de situación de alerta que hay que aprender a prevenir.

El formulario, *el Aburrimiento*, es una lectura en torno a este tema. Dicho formulario, relata cómo las personas que, abandonan el consumo de drogas, refieren que la vida es más aburrida; algunas razones comunes son, “la vida con el consumo es más excitante”, “la vida normal, es rutinaria, aburrida”.

De esta manera, es fundamental, transmitir la idea de que cuando cesa el consumo, los cambios químicos del cerebro, pueden provocar desorientación en el paciente, que éste se sienta aburrido, más bien frustrado, y, que el citado estado de ánimo, siguiendo un programa de

tratamiento positivo, tendrá una duración determinada, cesando, hasta que se estabilice. Para los consumidores, las emociones normales, son aburridas.

En la sesión, de debaten las anteriores cuestiones, se proponen actividades para prevenir el aburrimiento, se aprende a planificar el tiempo a través de actividades normalizadas, y, algunas excepcionales, tales como contemplar períodos de vacaciones. Las sugerencias en el grupo, sirven de ejemplos a los pacientes.

En definitiva, el paciente, durante la recuperación y toda la vida, aprende a manejar la frustración, a manejar emociones normalizadas, y a planificar el tiempo, como forma de prevención de riesgos de recaída, y, de mejora, en la calidad y estilo de vida.

Sesión Grupal PR 3: “Evitar la Recaída”

En esta sesión, los pacientes aprenden a tomar conciencia de cómo sucede la recaída. La recaída, no es algo repentino, azaroso, no se presenta sin aviso, ni de forma rápida.

El objetivo de esta sesión, es que el paciente aprenda a identificar las conductas y decisiones, que le hacen disminuir el control, y, evitar la deriva a la recaída, interrumpiendo el proceso, a tiempo.

Aunque es un proceso sutil, fácilmente negado, el paciente aprende a reconocer el consumo como un acto plenamente consciente, en el que no se han puesto en marcha mecanismos de control o *anclaje*.

Para interrumpir el proceso de la recaída, las *estrategias de anclaje* o control tienen que estar previamente formuladas y enumeradas en una lista. Para ello se utiliza el Diagrama de recuperación, donde el paciente registra

los nuevos comportamientos que funcionan para el manejo de la abstinencia, y, evitar la deriva a la recaída, así como, las situaciones, personas, lugares, y, estados de ánimo, que específicamente tiene que evitar.

El diagrama, no es un listado de actitudes, sino de comportamientos, conductas objetivas para medir, lo que en el Programa Matrix, se denomina “*comportamientos de amarre o anclajes*”.

Este diagrama, es revisado continuamente a lo largo de todo el proceso de recuperación. El paciente, marca diariamente aquellas estrategias, y, situaciones y detonantes, que evita. La revisión diaria, y, el añadir nuevos comportamientos, retroalimentan y favorecen la motivación y aumentan la capacidad de automanejo en el camino de la recuperación, disponiendo de un listado de actividades alternativas en el caso de encontrarse en situación de riesgo. El no marcar las actividades que en una semana funcionaron para la recuperación, también será indicador de que puede estar en deriva hacia la recaída.

Ni la recaída ni la abstinencia, son procesos azarosos, sino que, son procesos completamente conscientes y voluntarios, siendo el paciente el responsable de la conducta de *amarre* o de riesgo.

Sesión Grupal PR 4: “Trabajo y Recuperación”

La situación laboral, es un aspecto importante a tener en cuenta en el proceso de recuperación. El programa de Tratamiento Intensivo para pacientes Externos Matrix, contempla el proceso de recuperación manteniendo al paciente en su entorno sin aislarse, familiar o laboralmente.

Ciertas situaciones referidas al trabajo, se abordan en esta sesión, ya que, pueden afectar a la recuperación. Situaciones como el desempleo, la

adicción al trabajo o tipo de empleo, son cuestiones importantes a tener en cuenta en el proceso de recuperación.

Con el formulario, *Trabajo y Recuperación*, en una primera parte, el paciente registra la situación laboral en la que se encuentra actualmente. Se abre el debate, sobre la importancia de la situación laboral y el proceso de recuperación.

Las situaciones que se reflejan en este cuestionario son:

- Situaciones laborales con horarios muy exigentes, incompatibles con el trabajo grupal del tratamiento.
- Empleos que no satisfacen, y, está pensando, abandonar
- Jornadas laborales, que no facilitan la asistencia a tratamiento, teniendo que proponer al jefe, la necesidad de alguna modificación.
- Situaciones de desempleo.

Las personas que pasan por las situaciones anteriormente mencionadas, tienen que hacer frente a problemas que pueden dificultar la recuperación; el paciente deberá, a pesar de la situación laboral, plantearse el proceso de recuperación, como prioritario.

En ocasiones, se tendrán que dar cambios importantes, en cuanto a relaciones interpersonales y/o empleo, por ejemplo, abandonar el empleo que tienen, ya que, éste le hace vulnerable al mantenimiento de la abstinencia.

Cuando la persona no tiene empleo, el tratamiento puede hacerse más difícil, ya que, el trabajo es, a menudo, una prioridad necesaria. Para otros pacientes, disponer de mucho tiempo libre, sin estructura laboral, y, recursos limitados, hace más difícil la asistencia al tratamiento.

En esta sesión, cada paciente hace una reflexión, acerca de su situación laboral, nivel económico, y, nivel de ocupación, lo que le lleva a replantearse estos aspectos, respecto al proceso de tratamiento.

En sí mismo, el proceso de recuperación, debe ser un objetivo prioritario, y, éste es dificultoso, afectando a todas las áreas de funcionamiento de la vida de la persona. En esta sesión, el paciente toma conciencia de que no existen soluciones fáciles para estos problemas, y, es importante la toma de conciencia acerca de estos aspectos, de manera que la planificación de la recuperación, sea lo más firme posible.

Sesión Grupal PR 5: “Culpa y Vergüenza”

El objetivo de esta sesión, es establecer la diferencia entre, realizar un *mal comportamiento*, y, ser una *mala persona*.

El clima del grupo, debe dar confianza y seguridad. En esta sesión, a través del formulario, *Culpa y vergüenza*, los pacientes aprenden a identificar algunos de los sentimientos negativos que sintieron durante el consumo y durante el proceso de recuperación.

La tendencia a la culpabilidad, es propia del ser humano, es una reacción sana e indicadora de un determinado sistema de valores y desarrollo moral de la persona. El paciente aprende a reconocer sus errores conductuales durante el consumo, a pedir disculpas, modificar determinados comportamientos, y, a ser responsable de su conducta, asumiendo las consecuencias.

Los pacientes recuerdan algunos de los comportamientos de los que se sienten culpables, y, se plantean aquéllas conductas que pueden cambiar, para mejorar la situación.

En cuanto a la vergüenza por considerarse adictos, “viciosos”, mala persona, débil o sin fuerza de voluntad, lo primero que deben entender, es que la adicción, es una enfermedad que afecta a la mente y a la conducta.

Cuando una persona, se plantea y toma la decisión de abandonar el consumo de sustancias, el resultado es distinto, en cuanto al éxito o fracaso, ya que, hay muchos factores que intervienen. Factores, no sólo psicosociales, sino también, genéticos, y, de historia familiar. Estas cuestiones planteadas, no tiene nada que ver, con la cuestión de que las personas, sean malas, estúpidas o débiles. La adicción afecta a la persona, de manera diferente.

Lo que el paciente aprende en esta sesión, es que la persona no se recupera por tener fuerza de voluntad, ser fuerte o ser una buena persona, sino que, para que la recuperación funcione, se tienen que movilizar los recursos personales para regular el autocontrol de forma racional y lógica, y, ser constante avanzando día a día en el proceso.

Se termina la sesión, con la siguiente idea clave: “Cualquier persona que ha tenido éxito en su recuperación, dirá que ha sido lo más difícil que ha hecho en su vida. Nadie lo puede hacer por el otro, ni es casualidad. Él, es el único responsable, en el cambio de esta conducta adictiva”.

El objetivo es, transmitir la idea de la responsabilidad en el cambio y la posibilidad de recuperación.

Sesión Grupal PR 6: “Mantenerse Ocupado”

En el tratamiento, se considera un primer paso, muy importante, hacer un diario, que proporcione una estructura de actividades. Esto va a ayudar al paciente en el proceso de recuperación por varias razones:

- Normalmente, las recaídas se inician en la mente de las personas que no se plantean nada que hacer, o, a dónde ir. Es fácil que la persona adicta en esta situación, empiece a pensar en historias pasadas del consumo, y, esos pensamientos propician el deseo asociado a la droga, aumentando el craving, y, aumentando la posibilidad de consumir. Así mismo, la persona consumidora, comienza a apartarse de la gente y de la familia, dado que, dar explicaciones, es incómodo, terminando por aislarse. Llega un momento, en que la persona consumidora piensa que estar sobrio es aburrido, y, consumir es interesante y excitante, y además de aislarse, el estilo de vida, termina girando, sólo, en torno al consumo.

Algunas preguntas que se plantean en el formulario de la sesión, *Mantenerse Ocupado*, que dan paso a la exposición personal del paciente en grupo, son:

- *“¿El tiempo libre ha sido un aliciente o estímulo compulsivo (detonante) para el consumo de drogas?”*
- *“¿Cómo prevendrías una recaída, si tuvieras tiempo libre?”*
- *“¿Te has aislado, cuando consumías drogas?”*
- *“El encontrarte en la actualidad sólo, ¿te recuerda épocas en las que consumías drogas?”*
- *“Últimamente, ¿qué has hecho para divertirte?”*
- *“¿Has planeado nuevas actividades y amistades en tu vida?”*

Con estas reflexiones, se debate en el grupo la importancia de la planificación del tiempo, la ocupación en nuevas actividades gratificantes, y los nuevos contactos sociales, entre otros, como aspectos básicos determinantes para el proceso de recuperación y la prevención de la recaída.

Sesión Grupal PR 7: “Motivación para la Recuperación”

Conforme avanza el proceso de recuperación, los motivos para permanecer sobrios, también cambian, disminuyendo así, la intensidad de los esfuerzos personales, y, el grado de conciencia para permanecer abstinentes. Conforme avanza el proceso de abstinencia, el paciente, aumenta su percepción de control y sensación de confianza, disminuyendo la alerta en cuanto a los mecanismos de automanejo, con lo que, la percepción del riesgo disminuye, y, aumenta el riesgo de recaída.

Los pacientes en proceso de recuperación, deben tener muy presentes los motivos para permanecer abstinentes, y, tomar conciencia de otros aspectos que refuerzan esta decisión. Nos referimos, aproximadamente, hacia la tercera o cuarta semana de abstinencia. En esta sesión se revisan los motivos que llevaron a tomar la decisión de abandonar el consumo de drogas e iniciar el tratamiento Matrix.

Cada paciente, expresa las razones por las que en el momento actual no están usando drogas. Esto supone un proceso de insight y de refuerzo, que hacen de feedback permanente, en la decisión de seguir manteniendo la abstinencia, en el momento actual.

El éxito en la recuperación depende, en gran medida, de la motivación para el abandono. En algunos casos, el motivo para dejar las drogas, es el abandono de la pareja, en otros, entrar en prisión, problemas graves de salud, o, la retirada de lo menores a cargo.

En general, las personas que expresan motivos internos, el dejarlo por sí mismas, tienen más probabilidades de éxito, que aquéllas que inician el tratamiento por aspectos o condicionantes externos.

La investigación muestra, que las razones por las que las personas abandonan el consumo de drogas, tienen poco que ver, con el tener éxito en llevar una vida libre de drogas. Lo que marca la diferencia es, si los adictos

pueden permanecer el suficiente tiempo sin consumir, como para apreciar los beneficios de un estilo de vida diferente.

Las siguientes ideas son fundamentales en esta sesión: Cuando las personas dejan de tener deudas abrumadoras, cuando las amistades son gratificantes, cuando todo va bien en el trabajo, o, cuando están bien de salud, los adictos que se recuperan quieren mantenerse fuera del alcance de las drogas, y, esto es posible. A veces, el miedo, puede ser un motivo que lleva al paciente a tomar la decisión de iniciar el tratamiento, pero el miedo en sí mismo, no es suficiente para mantener la recuperación.

En este momento de la sesión, se solicita a los pacientes que trabajen individualmente. En primer lugar, elaboran un listado de las razones específicas por las que iniciaron el tratamiento, a continuación, razones por las que siguen esforzándose en mantener el proceso de recuperación, y finalmente, aprecien, si las razones por las que iniciaron el tratamiento, son las mismas que tienen en el momento actual para mantenerse abstinentes, así como los motivos.

Finalmente se expone al grupo, observando cómo los motivos cambian, conforme avanza la recuperación.

Sesión Grupal PR 8: “Honestidad”

El objetivo de la sesión, es dejar claro que la recuperación no es posible, si no existe la honestidad por parte del paciente. Se procede a la lectura del formulario, *Honestidad*.

El decir la verdad, es uno de los aspectos más importantes en la recuperación. En esta sesión se plantea, *verdad versus mentira*, diferencia entre realidad y apariencia. El adherirse a la verdad, es punto básico que enraíza la recuperación en la realidad, en lugar de, a la dimensión ilusoria de la adicción.

Durante la adicción, el no ser veraz, es lo normal. Es difícil cumplir con las exigencias de la vida diaria (a nivel social, de pareja, familia, trabajo), y, simultáneamente consumir drogas. A medida que la adicción se incrementa, se incrementan, también, las actividades necesarias para obtener, consumir y recuperarse del consumo de drogas. Cada vez se hace más difícil mantener un orden en sus vidas, se pierden valores, se pierde la ética y, el paciente es capaz de hacer lo necesario para evitar algunos problemas inminentes, por ejemplo, el mentir.

Es importante ser honesto con uno mismo y con los demás en el proceso de recuperación, y, básico, a incorporar en el funcionamiento personal, como parte del estilo de vida.

Las preguntas al final del formulario, ofrecen a los pacientes la oportunidad de discutir las áreas en las que, el uso de la verdad, representa un problema. Ser parcialmente honesto, decir la verdad a medias, decir a los demás lo que quieren escuchar, decir la verdad a medias, son tendencias que la persona incorpora en el estilo de vida adictivo, como normales.

Con la discusión, en torno a estas cuestiones, se cierra la sesión, concluyendo acerca de la necesidad de la honestidad durante el proceso de la recuperación, y, la trascendencia de la misma en un estilo de vida normalizado y saludable.

Sesión Grupal PR 9: “Abstinencia Total “

El objetivo en esta sesión, es comprender la importancia que tiene el uso de otras sustancias, alcohol o marihuana, como precipitantes de una recaída.

Cuando el paciente inicia el Programa de Tratamiento Matrix, firma el compromiso voluntario y honesto, de no consumir ninguna sustancia de abuso, incluido alcohol.

En esta sesión, se solicita a los pacientes argumentos para continuar con la ingesta de otras sustancias. Argumentos como, “beber una cerveza diaria no es un hábito”, “mi problema, es el consumo de drogas, no de alcohol”, “el alcohol, no es ningún problema para mí, lo tengo controlado”, “la marihuana, es como fumar tabaco”, “solo bebo cuando quiero”, son empleados en esta sesión, como justificaciones y hábitos no saludables incompatibles con la recuperación.

La abstinencia absoluta, es necesaria en el proceso de recuperación.

Con el formulario de la sesión, *Abstinencia Total*, se leen algunas de las razones siguientes:

- Las personas que usan estimulantes, tienen ocho veces más probabilidad de recaer si siguen bebiendo alcohol; tres veces más, si usan marihuana.

- Los lugares y personas relacionados con la bebida o la marihuana, son, a menudo, los mismos lugares y las mismas personas, que aumentan la probabilidad de consumo de otras sustancias.

- En el proceso de cambio y aprendizaje que supone la recuperación, usar otras sustancias para aliviar el malestar de la abstinencia, puede llegar a generar otra dependencia secundaria.

En esta sesión, el objetivo es dejar clara la importancia de la abstinencia absoluta. Este planteamiento abre el debate del grupo.

Sesión Grupal PR 10: “Sexo y Recuperación”

El objetivo de esta sesión, es ayudar a los pacientes a entender la diferencia entre, el sexo como extensión de una relación sexual íntima, y, el comportamiento sexual impulsivo. Para muchos, la conducta sexual está ligada al consumo de drogas.

En el formulario, *Sexo y Recuperación*, se distinguen dos categorías de placeres sexuales, el sexo íntimo y el sexo impulsivo. La actividad sexual impulsiva, no es coherente con el estilo de vida en una recuperación sana, ya que, éste es compulsivo, y puede ser usado, y, abusar del sexo, de la misma manera que de las sustancias.

A partir de este planteamiento, se abre la discusión grupal en torno a la conducta sexual durante la adicción. Se pregunta a los pacientes acerca de cómo se relaciona su actividad sexual impulsiva, con el consumo de drogas, y, si en alguna ocasión han tenido una relación sexual íntima y sana. De este modo, los pacientes comienzan a ver las diferencias entre ambas formas de practicar sexo, y las diferencias entre una y otra, asociadas a estilos de vida saludable o comportamientos de riesgo asociados al consumo de sustancias.

Sesión Grupal PR 11: “Prevención de Recaída”

El objetivo de la sesión, es que el paciente aprenda a identificar los antecedentes externos e internos (emocionales, cognitivos y conductuales) que preceden a una recaída, ya que, la recaída no surge sin más. El objetivo, es aprender a identificar y preparar un plan para controlar estos aspectos.

Una recaída forma parte del proceso de recuperación, y, de ella, hay que aprender para evitar posibles recaídas.

El formulario de la sesión versa sobre estos aspectos; La recuperación, no es abstenerse sin más. Es aprender a prevenir posibles recaídas que, en la mayoría de los casos, forman parte del proceso de recuperación. El primer paso, es el abandono de la sustancia; el siguiente, no volver a consumirla.

La recaída, es volver al consumo, lo que quiere decir, volver a patrones de conducta asociados al consumo. El reconocer estos comportamientos de acercamiento al consumo, y, el cúmulo emocional previo, ayuda a detener el proceso y prevenir recaídas.

Con la ayuda del formulario, *Prevención de la Recaída*, se invita a los pacientes a la reflexión y exposición, de aquéllos comportamientos específicos que preceden al consumo, así como, el incremento emocional previo al mismo, y el tipo de justificaciones que se dan a sí mismos, para el inicio de la recaída.

Una vez que los adictos aprenden a detectar estas señales, el grupo plantea, qué pueden hacer para evitar la recaída y generar un plan de afrontamiento personal.

Sesión Grupal PR 12: “Confianza”

En esta sesión, se aborda el tema de las relaciones interpersonales significativas, y, la pérdida de confianza en la persona adicta, por los hábitos y estilo de vida adictivo.

El punto de partida en esta sesión, a través del formulario denominado, *La Confianza*, es el planteamiento siguiente: en qué medida el consumo de sustancias, afecta a las relaciones con los demás, y , cómo la falta de confianza, podría ser un motivo de consumo.

El objetivo de esta sesión, es que los pacientes aprendan a reconocer, que, tanto sus familiares como amigos, perdieron su confianza en un momento determinado, y, necesitan tiempo, a pesar de mantenerse abstinentes, para recuperarla. Así como, el reconocimiento de sus propias reacciones ante la desconfianza del otro.

Los pacientes aprenden a identificar, que estas dudas y la baja confianza en la persona adicta, no son justificación para el consumo.

Volver a tener confianza requiere un proceso, también, en el otro. La recuperación es un proceso largo, y, aprender a sentir confianza es parte de este proceso.

Las cuestiones que se plantean en el cuestionario son:

- Cómo los pacientes reaccionan ante las sospechas que muestra el familiar.
- Identificar las reacciones propias, cuando no confían en uno mismo
- Qué hacer para ayudar al otro, en el proceso de reestablecer la confianza.

El objetivo de la sesión, debe quedar claro. Aceptar la duda del otro, no utilizarlo como detonante para el consumo, y, aprender a tolerar y ayudar al otro, en el proceso de reestablecer la confianza.

Sesión Grupal PR 13: “Inteligencia versus Fuerza de Voluntad”

Mantenerse libre de drogas, no es una cuestión de fuerza de voluntad. Es importante en esta sesión, transmitir la idea de que vivir en abstinencia no es suficiente. El mantenimiento de la abstinencia a largo plazo, es resultado del aprendizaje de estrategias de autocontrol positivas, así como de la incorporación de pautas de conducta alternativas e incompatibles con el consumo, y evitación de los riesgos, por evidentes que sean.

Una persona puede haber tomado la decisión de abandonar el consumo de sustancias, pero no actúa inteligentemente, por ejemplo, al no evitar situaciones y poniendo a prueba el control. La clave es evitar la recaída, y, para ello, el paciente aprende, incorpora nuevos hábitos de vida e interioriza como normales, determinadas pautas.

El Programa Matrix, propone la medida de un coeficiente de inteligencia de recuperación, según, en qué medida, el paciente ha puesto en marcha determinadas estrategias para evitar la recaída. El paciente valora, en una escala tipo Lickert de 1 a 4, el uso de determinadas estrategias de evitación de la recaída, que, finalmente, mide el cociente de inteligencia de recuperación.

El cuestionario, se detalla a continuación en la tabla 2.11.

¿Eres inteligente? Evalúa si evitas la recaída:				
	Mal	Regular	Bien	Excelente
1. Practicar la detención del pensamiento	1	2	3	4
2. Programar calendarios	1	2	3	4
3. Mantener las citas de terapia	1	2	3	4
4. Evitar desencadenantes	1	2	3	4
5. No consumir alcohol	1	2	3	4
6. No consumir drogas	1	2	3	4
7. Evitar a personas que consumen	1	2	3	4
8. Evitar los lugares en los que se consume	1	2	3	4
9. Hacer ejercicio	1	2	3	4
10. Ser sincero/a	1	2	3	4
11. Ir a reuniones de Doce Pasos u otros grupos	1	2	3	4
Total de Cociente de Inteligencia de Recuperación _____				

Tabla 2.11. Inteligencia versus Fuerza de Voluntad

Con esta medida, el paciente revisa a lo largo del proceso de recuperación, su avance en el uso de estas estrategias.

Sesión Grupal PR 14: “Espiritualidad”

Esta sesión está dirigida a ayudar a los pacientes a comprender la diferencia entre la religión y la espiritualidad. El tema de la sesión, se plantea libremente.

En el formulario, *La Espiritualidad*, se exponen algunas preguntas, tales como, “¿Qué quieres de la vida?, ¿qué estás haciendo para lograrlo?, ¿qué significa para ti tener éxito?, ¿qué cualidades valoras en la persona?”.

El objetivo de la sesión, es tomar conciencia de que para mantener la abstinencia durante un largo período de tiempo, la persona tiene que encontrarse bien consigo misma, apreciarse a sí mismo, y, a la vida, y, donde el consumo de drogas es innecesario.

Sesión Grupal PR 15: “Asumir Responsabilidades y la Gestión del Dinero”.

Durante la adicción, muchas actividades de la vida diaria, pasan a un segundo plano. Se podría afirmar que el estilo de vida del adicto, es el de la irresponsabilidad.

Los Objetivos de esta sesión, con el formulario, *Gestionar mi vida y mi dinero*, son:

- Identificar las áreas importantes que han descuidado.
- Priorizar los distintos aspectos de sus vidas.
- Realizar un plan, para ser responsables en sus vidas.

En esta sesión, se discute, cómo, por un lado, el tiempo, y, por otro, el dinero, son los únicos recursos que gastamos como queremos, entendiendo que durante la adicción, se pierde mucho tiempo y dinero. Esta forma de emplear el tiempo y el dinero, es lo que determina, el estilo de vida de la adicción, siendo ésto una opción libre.

Esta sesión, ofrece una oportunidad para reducir la culpa y la vergüenza que los pacientes sienten por determinados comportamientos durante la adicción. Así, el terapeuta enfatiza la diferencia entre el comportamiento adictivo y el no adictivo.

De la misma forma, se alienta a los pacientes a la toma de conciencia de aquéllas tareas que desatendieron durante la adicción.

Con el tema de la sesión, es frecuente que, algunos pacientes, se sientan abrumados por el hecho de ver todo aquello que tienen que realizar, siendo normal, que aparezca la frustración, ya que, es una toma de conciencia del tiempo perdido y de aquéllas responsabilidades que dejaron de lado, gracias a la adicción.

La primera parte del formulario, aborda el tema de retomar responsabilidades. Algunos temas pendientes, tales como, multas de tráfico, deudas, reparaciones en casa, reparaciones de coche, gestiones domésticas o tareas diarias de casa. En el momento en que el paciente, hace una revisión a éstas, y, otras responsabilidades que dejan de asumir durante la adicción, es fácil que aparezca la frustración; en este momento, es fundamental dejar claro que, volver a asumirlas es cuestión de resolverlas día a día, y esto, poco a poco, les hará darse cuenta de cómo vuelven a retomar el control de sus vidas. De esta manera, los pacientes formulan, qué tarea será la primera que resolverán.

En la segunda parte del cuestionario, se aborda el tema de la administración del dinero. Cuando los adictos consumen, el estilo de vida irresponsable, se refleja en términos monetarios. Comportamientos, tales como, dejar de pagar impuestos, robar dinero, discutir con los familiares por este tema, deber dinero, usar dinero ahorrado para consumir, o, gastar dinero en juegos de azar, son frecuentes.

Cuando los pacientes inician el tratamiento deciden qué familiar les gestionará su dinero de forma voluntaria y acordada. El paciente asume y acepta, delegar la gestión de su dinero en el otro, lo que implica el control de sus temas financieros. Si no es una decisión propia, este acuerdo no funcionará.

Conforme va avanzando el proceso de recuperación, el paciente y el terapeuta deciden cuándo es el momento de empezar a manejar su dinero.

En esta sesión, se fijan metas financieras:

- Planificación de deudas en pagos fraccionados
- Hacer presupuestos, acerca de cómo administrar el dinero
- Manejo de cuentas bancarias
- Aprender a vivir dentro de los propios medios
- Programar un plan de ahorro

Esta sesión es una toma de conciencia, acerca de, cómo el estilo de vida adictivo, supone una pérdida de tiempo y una ruina económica.

Sesión Grupal PR 16: “Justificación de la Recaída I”

Los objetivos de esta sesión, son:

- Entender qué es la justificación de la recaída
- Aprender a identificar las justificaciones que se dan a sí mismos en el momento previo al consumo
- Ayudarles a formular planes alternativos para hacer frente a las justificaciones de la recaída.

La justificación de la recaída es un proceso que ocurre en el cerebro de las personas. La parte adicta del cerebro formula excusas para llevar al adicto a situaciones que lo acercan a la recaída.

El formulario denominado, *Justificación de la Recaída*, ayuda a los pacientes a encontrar estas justificaciones.

Las justificaciones que se trabajan en esta sesión son:

- Cuando el consumo ocurre por casualidad, por culpa de otro.
- Cuando ocurre, porque el adicto acaba de recibir una mala noticia o evento catastrófico.
- Para una finalidad concreta.
- Para manejar el estado de ánimo (ira, depresión, soledad o miedo).

Algunos ejemplos, a partir de los que se trabaja en la discusión grupal, se detallan en la tabla 2.12.

Ocurrió por casualidad, la culpa es de otro. <i>“Me la ofrecieron. Un viejo amigo me llamó y nos vimos. Ordenaba la habitación, y, me la encontré. Invité a unos amigos a cenar y trajeron. Estaba en un bar y me ofrecieron una cerveza”.</i>
Eventos Catastróficos <i>“Mi pareja me abandonó. He perdido mi trabajo. Fallecimiento de un ser querido”</i>
Con un finalidad en particular <i>“He aumentado de peso. Estoy sin energías. No puedo disfrutar del sexo”</i>
Depresión, ira, soledad, miedo <i>“Estoy deprimido. Estaba cabreado. Ella/él piensa que he consumido, así que, lo voy a hacer. Mi vida es horrible, solo necesito un descanso de unas horas”</i>

Tabla 2.12. Justificación de la Recaída I

En el debate, los pacientes identifican las justificaciones que se dan a sí mismos, para reanudar el consumo. El objetivo es, identificarlas a tiempo, y, prevenir la recaída, dado que, la ambivalencia cognitiva, es un proceso lógico que lleva al consumo.

En esta sesión, se explica cómo las distorsiones cognitivas o pensamientos automáticos preceden a una recaída.

Sesión Grupal PR 17: “Cuidar de sí mismo”

El objetivo de esta sesión, es aumentar en los pacientes la conciencia sobre los hábitos de cuidado personal y evaluar cómo se han podido desviar de los hábitos que tenían antes de consumir sustancias. Estos aspectos, relacionados con el cuidado físico, determinan la autoestima, la salud, y, por tanto, la recuperación. Así mismo, se ayuda a los pacientes a identificar los aspectos de sus vidas que necesitan cambiar

El formulario, *Cuidar de sí mismo*, es una lectura que versa sobre el autocuidado personal (cuidados de salud, aseo personal, tipo de alimentación, tipo de vestimenta, ejercicio físico, ingesta de cafeína y tabaco), y, cómo, el mismo, afecta a la autoestima y al respeto por uno mismo.

El adicto en recuperación, aprecia el abandono de este tipo de autocuidados durante la dicción, y, se percibe a sí mismo como una persona, en el momento actual, con baja autoestima.

Al final de la lectura, los pacientes individualmente, plantean aquella tarea de autocuidados por la que deciden comenzar.

Sesión Grupal PR 18: “Emociones Peligrosas”

Los objetivos de esta sesión son:

- Aprender a identificar aquellas emociones que pueden actuar como detonantes internos para el consumo de drogas.
- Analizar y comprender sus emociones.
- Identificar las herramientas que les ayuden a evitarlas.

El formulario, *Disparadores Emocionales*, expone los estados emocionales negativos más frecuentes. Estados emocionales, tales como, la soledad, la ira (intensa irritabilidad experimentada en las fases iniciales de la

recuperación que puede resultar en explosiones de ira, para muchos, estímulos compulsivos del consumo), y, la privación (muchos consumidores piensan que deben dejar “las buenas épocas y las buenas cosas”). Los citados estados emocionales, son algunos de los estímulos compulsivos de consumo.

El paciente aprende a ser consciente, de que estos estados emocionales no justifican el consumo; uno de los objetivos durante el proceso de recuperación, es aprender a separar los pensamientos, de los comportamientos y emociones; Una vez que el paciente aprende esto, es posible controlar lo que piensa y hace.

En esta sesión, se propone a los pacientes que comiencen a escribir o registrar, como estrategia útil, para reconocer y entender, cómo y por qué se sienten en ese momento. También, favorece, no sobrecargarse emocionalmente, lo que puede llevar, finalmente, a recaídas.

Algunas preguntas orientativas para realizar este registro, son “*¿qué sienten en ese momento?, ¿por qué están enfadados?, ¿qué está pasando?, ¿hay realmente un problema o lo están exagerando?, ¿cómo realmente se sienten?, ¿qué pueden hacer para manejar?*”.

El objetivo es que el paciente aprenda a diferenciar emociones, pensamiento y conducta; aprenda a tolerar emociones negativas y resolver los posibles problemas que cree le hicieron sentir de ese modo, y, que estas emociones no se conviertan en justificaciones de consumo.

Sesión Grupal PR 19: “Enfermedad”

Los objetivos de esta sesión son:

- Entender cómo la enfermedad, puede ser un disparador de recaída.

- Percibir la importancia de involucrarse en conductas saludables.
- Asumir la responsabilidad de la recuperación, incluso durante la enfermedad.

El tema a desarrollar en esta sesión, a través del formulario, *Enfermedad*, es el abordaje de la justificación de cómo contraer una enfermedad puede llegar a ser, para el adicto, un factor precipitante del consumo. A menudo, el enfermar, interrumpe la recuperación de la adicción, y, favorece que el paciente abandone las citas de tratamiento, disponga de tiempo que no estructura, abandone el ejercicio físico y abuse de fármacos. Por tanto, el enfermar, podría ser una preparación para la recaída.

Cuestiones como, un resfriado, un dolor de muelas, un dolor menstrual, incluso una intervención quirúrgica, deben ser limitadas en el tiempo de enfermedad, e, iniciar, lo antes posible, las estrategias de recuperación de la adicción.

El terapeuta plantea el tema de la enfermedad, en cuanto a, una disminución de las defensas físicas y mentales, que podría favorecer y ser un precipitante del consumo.

El objetivo, es aprender a manejar esta posible situación para prevenir recaídas o consumos aislados.

Sesión Grupal PR 20: “Reconocer el Estrés”

Los objetivos de esta sesión, son:

- Reconocer los signos de estrés y su manejo
- Reconocer el estrés como amenaza para la recuperación
- Identificar estrategias para combatir el estrés.

En el formulario de la sesión, *Reconocer el Estrés*, se expone de forma concreta, la definición de estrés, y, la normalidad del mismo, hasta que se evidencia con síntomas físicos.

Se presenta un listado de síntomas de estrés (dificultades en el patrón de sueño, dolor de cabeza, problemas de estómago, enfermedades crónicas, fatiga, malhumor, irritabilidad, dificultad para concentrarse, frustración y cansancio). A continuación, el paciente, marca aquéllos que ha experimentado en el último mes. Marcar dos o más síntomas, es indicador de que debe reducir el estrés, ya que éste, puede dar lugar a recaídas.

Sesión Grupal PR 21: “Justificación de la Recaída II”

El objetivo de esta sesión es ayudar a los pacientes a identificar las justificaciones que le llevan al consumo.

El formulario de la sesión, *Justificación de la Recaída*, ayuda a encontrar estas justificaciones.

Las justificaciones que se trabajan en esta sesión se detallan en la siguiente tabla 2.13.

La adicción está curada <i>“Ya tengo el control y la domino. Ya he aprendido, consumiré un poco y solo esta vez”.</i>
Comprobar el control <i>“Puedo ir a fiestas sin consumir. Quiero demostrarme que puedo decir No. Quiero demostrar si puedo estar con viejos amigos ”.</i>
Celebraciones <i>“Me siento muy bien, por una vez no pasa nada. Me merezco un premio. Éste es un acontecimiento tan especial que quiero celebrarlo, me merezco una recompensa”.</i>

Tabla 2.13. Justificación de la Recaída II

Sesión Grupal PR 22: “Reducir el Estrés”

Una vez, el paciente identifica el estrés, y, reconoce sus manifestaciones, en esta sesión, con el formulario *Reconocer el Estrés*, se aprende a reconocer las áreas que le provocan estrés, y, aprenden a manejar su respuesta, para prevenir la acumulación emocional.

El objetivo de esta sesión es aprender a reducir el estrés con técnicas conductuales y de autocontrol emocional.

Sesión Grupal PR 23: “Controlar la Ira”

En esta sesión, se aborda el tema de la ira, emoción negativa que puede llevar a la recaída, frecuente, en etapas iniciales de la recuperación.

Al principio de la recuperación, es frecuente, ante las dificultades y problemas, que los pacientes, en ocasiones, se victimicen, magnifiquen los problemas, y, aumenten el malestar, siendo, así, la tendencia esperable, explotar y consumir, justificando el consumo, y, no asumiendo la responsabilidad de resolver los problemas que la causaron, y, la capacidad de controlarla.

El objetivo de esta sesión, es que el paciente aprenda a identificar cómo expresa y alimenta la ira, y, formas positivas para controlarla, como estrategia de autocontrol para prevenir recaídas.

Sesión Grupal PR 24: “Aceptación”

En esta sesión, el objetivo es que el paciente acepte la condición actual de ser o comportarse como un adicto, y, por tanto, tiene que reconocer ciertas limitaciones.

La adicción es una enfermedad crónica, que requiere no sólo cambios en el estilo de vida, sino, en la forma de pensar, y, de manejo emocional.

En esta sesión, los pacientes toman conciencia de que durante toda la vida tendrán que mantener estas estrategias hasta interiorizarlas, estando fuera de lugar, aunque pueda ocurrir, la recaída.

Comenzar el tratamiento, es el primer acto de la aceptación, no siendo el único. No es suficiente dejar de consumir sin más. Para algunos pacientes, este concepto es difícil de asimilar.

Con ayuda del formulario, *Aceptación*, los pacientes admiten el hecho de que aceptar la adicción, es reconocer la fuerza que la propia adicción tiene sobre la vida de las personas, aceptando las limitaciones personales.

Durante la sesión, se abordan paradojas tales como, el hecho de que cuanto más se lucha contra la adicción, más profundamente se puede caer. El reconocer y aceptar, que existe un problema de adicción, no es una declaración de debilidad, ni indicador de que no pueda poner en marcha mecanismos de control y recuperación.

Sesión Grupal PR 25: “Hacer nuevas amistades”

En esta sesión, el paciente aprende a reconocer la diferencia entre los amigos y conocidos con los que consumía, y, la necesidad de comenzar nuevas relaciones.

Con ayuda del formulario, *Hacer Nuevas Amistades*, y, a continuación, con el debate grupal, los pacientes aprenden a enfocar, de modo distinto, las amistades en torno al consumo; reconociendo, así mismo, la necesidad de cambiar estas amistades, de comenzar a relacionarse con personas no consumidoras, y, llegar a tener amistades normalizadas.

El paciente identifica los amigos con los que se relacionaba hasta el momento, la diferencia entre conocidos y amigos, y, las actitudes que necesita cambiar para llegar a tener amistades sinceras.

Sesión Grupal PR 26: “Subsanar las relaciones”

De la misma manera que la persona con adicción no puede cuidarse a sí misma, no puede cuidar y ocuparse de sus familiares y amigos.

En esta sesión, el objetivo es tomar conciencia de, a quién pueden haber herido, y, de qué forma pueden comenzar a reparar el daño ocasionado durante la adicción. Así mismo, también es necesario entender que el otro, está dañado, y, no todos están preparados para perdonar al adicto. El manejo de estos conflictos, y, evitar rencores, implica perdonar también al otro por lo sucedido, en el contexto del consumo.

Sesión Grupal PR 27: “Oración de la serenidad”

Con este formulario, la *Oración de la Serenidad*, de Alcohólicos Anónimos”, se trabaja la capacidad de la persona de aprender a distinguir entre aquéllas cuestiones que podemos controlar, y, las que no, siendo esto un aspecto básico para continuar con la recuperación. No entender esta diferencia, en ocasiones, da lugar a la frustración y la ira, aumentando la vulnerabilidad a la recaída.

El formulario que abre el debate, comienza con la oración de la serenidad, que, de forma textual, es la siguiente:

“Dios mío, concédeme serenidad para aceptar las cosas que no puedo cambiar, valor para cambiar aquéllas que puedo y sabiduría para reconocer la diferencia”.

Con la lectura del formulario, se abre las puertas al debate. El contenido de esta oración, en sí misma, no es importante, la finalidad, es que el paciente traslade sus propias conclusiones a situaciones de la vida diaria.

El paciente aprende, con serenidad, a aceptar la realidad, la posibilidad de cambiar poco a poco todo aquello que depende de él, y, aquéllo que no está bajo su control, aceptarlo, que no resignarse.

Esta sesión, supone un ejercicio de reflexión acerca de la posibilidad del cambio, y, de la tolerancia a la frustración

Sesión Grupal PR 28: “Comportamientos Compulsivos. Prevenir la Recaída Sexual”

En esta sesión, el objetivo es que los pacientes tomen conciencia de la siguiente premisa, esta es, la recuperación en adicciones supone cambios, no solo, en cuanto al mantenimiento de la abstinencia, sino también en otro tipo de comportamientos que, de igual modo, pudieron, realizarse de forma compulsiva durante la adicción. El objetivo es ayudarles a reconocer y eliminar las conductas compulsivas.

El terapeuta define el concepto conductas compulsivas, como los actos irracionales o destructivos en respuesta a impulsos irresistibles.

En el formulario, *Comportamientos Compulsivos. Prevenir la Recaída Sexual*, se pregunta a los pacientes de qué forma estaba su vida fuera de control, y, aquéllas situaciones en las que se han comportado de manera excesiva o fuera de control.

Algunas situaciones que se presentan en el formulario son:

- Trabajar de forma excesiva
- Abusar de medicamentos
- Consumir otras drogas
- Ingesta excesiva de cafeína
- Ingesta de alimentos con alto nivel de azúcar
- Hacer ejercicio físico hasta el extremo
- Masturbación compulsiva
- Apostar en juegos de azar

A través de este formulario, los pacientes, de forma individual, marcan aquéllos comportamientos que realizaron durante la adicción de forma compulsiva. De este modo, el ejercicio de la sesión, es una toma de conciencia, para observar si, en el momento actual, están realizando otros comportamientos compulsivos, distintos al consumo, como estrategia para compensar el malestar que les produce la abstinencia a la sustancia. Este patrón de conducta se conoce como *síndrome de violación de la abstinencia*; es decir, una conducta compulsiva de compensación, puede llevar, en cuestión de tiempo, al consumo de la droga problema, o generar otra adicción paralela, por tanto, hay que aprender a identificarla, para prevenir recaídas.

En este sentido, los pacientes identifican estos comportamientos, siendo necesario su control. En general, los cambios en el estilo de vida, van, todos, dirigidos a recuperar el control.

La segunda parte del cuestionario, plantea la práctica de conductas de alto riesgo, tales como, la conducta sexual o jugar a juegos de azar. Dichas conductas, actúan como estímulos compulsivos detonantes de una probable recaída de drogas.

La recaída, implica volver a repetir comportamientos que ocurrieron asociados al consumo de sustancias. El paciente aprende a identificar el siguiente proceso mental: estímulos detonantes (externos e internos), interpretados de un modo subjetivo, que provocan apetencia o deseo, y, finalmente, una conducta de búsqueda de forma compulsiva para saciar la apetencia o craving.

Una vez entendido esto, el paciente aprende estrategias para prevenir la recaída. Estrategias, tales como, evitar la exposición a estímulos, no alimentar a nivel cognitivo la posibilidad de consumo, detener el pensamiento, utilizar técnicas de relajación, planificar conductas alternativas

incompatibles, y, búsqueda de apoyo, en familiares o personas de referencia.

Como cierre de la sesión, se invita, uno a uno, a que los pacientes planifiquen qué hacer la próxima vez, al encontrarse en una posible situación de alto riesgo de recaída, introduciendo el tema de la anticipación de la recaída.

Sesión Grupal PR 29: “Hacer frente a los sentimientos y a la depresión”

El objetivo de esta sesión, es ayudar a los pacientes a adquirir conciencia de sus emociones y sentimientos, aprender a aceptarlas, y, no dejarse dominar por ellas y negarlas; es decir, la comprensión de los patrones emocionales durante el proceso de la recuperación.

Con la lectura del formulario, *Enfrentarse a los sentimientos y la depresión*, el paciente toma conciencia de que, en ocasiones, las personas no se permiten tener ciertas emociones, y, estas son reprimidas, o sencillamente, las emociones son confundidas (la depresión, con el enfado o la ira).

Así mismo, el paciente aprende a prestar atención a las señales físicas de las emociones, la identificación de la causa de estos sentimientos, es decir, el diálogo interno o los detonantes externos, y, la forma de manejarlos.

A partir de aquí, los pacientes se centrarán en una o dos emociones, para aprender a manejar de una forma alternativa.

El tema de la depresión, también, es objeto de esta sesión. Es frecuente el consumo de alcohol y drogas en personas depresivas, sobre todo, de alcohol. Siendo difícil discernir, si la relación existe porque los deprimidos consumen más, o, si el consumo causa depresión.

Con frecuencia, aparece un tono deprimido entre los adictos que recientemente recuperaron la sobriedad. Para algunos, los síntomas son sólo una mera indicación de que la recuperación está progresando, y, todo lo que necesitan, es permanecer sobrios, desapareciendo gradualmente los síntomas depresivos. En otros casos, la evolución del paciente y la abstinencia, nos indicará, si hay o no, una depresión de base, en cuyo caso habrá que hacer una valoración precisa, e instaurar tratamiento farmacológico específico.

El objetivo, es aprender a identificar las emociones desagradables, no siendo éstas, justificación de recaída. En definitiva, aprender a manejar las emociones, es indicador de equilibrio entre los pensamientos y sentimientos, determinando esto, lo que la persona hace, sea consumir o no consumir.

Sesión Grupal PR 30: “Programa de los 12 Pasos”

En esta sesión, a través del formulario *Programa de los 12 Pasos*, se informa de la existencia de este tipo de organizaciones, tales como, Alcohólicos Anónimos, siendo éste, un componente del Programa Matrix.

Las reuniones, no son sesiones terapéuticas, son un complemento adicional del Programa Matrix. Estos grupos, funcionan como grupo abierto, a modo de, autoayuda para mantener la sobriedad.

En su filosofía, lo espiritual tiene un peso importante, pudiendo, cualquier adicto, sin ser religioso, beneficiarse del espacio social y de apoyo emocional que proporcionan estos grupos.

Sesión Grupal PR 31: “Mirando al futuro: Enfrentarse a los períodos de descanso e inactividad”

El objetivo de la sesión, es ayudar a los pacientes a planear futuras “*islas de descanso*”, para que el proceso de recuperación no sea vivido

como un proceso, largo e interminable, y, enfatizar la planificación de estas islas, como una continua actividad durante la recuperación.

En el proceso de recuperación, es importante la estructuración del tiempo y la planificación de actividades, incluido, el descanso o momentos de inactividad. A menudo, es normal que el paciente se pregunte “Y, ¿ahora qué?”, ya que, en el proceso de recuperación hay una pérdida importante, que es necesario suplir, siendo normal, la falta de motivación, y disminución de energía física y mental, al principio del proceso de recuperación, y, en la etapa de “El Muro”.

En esta sesión, se hace referencia a las “*islas de descanso, de recreo, o diversión*”; esto es, actividades que pueden despertar la motivación, generar ilusión y hacen salir de la rutina. Estas islas no son grandes, ni extravagantes. *Islas* como salir de la ciudad un fin de semana, visitar a un familiar, tomarse un día libre en el trabajo, ir a un partido de fútbol, salir a cenar... Estas *islas de descanso*, ofrecen a los pacientes, una razón para esforzarse y, además, dividen el tiempo en segmentos más tolerables. Las islas que motivan y generan ilusión a un paciente, pueden no ser las mismas para otro.

En el debate, se comenta cómo cada uno de los pacientes, pueden motivarse para que el futuro no parezca infinito y rutinario, actividades que se realizan paulatinamente para no estresarse, y, no sentirse cansado y aburrido.

El segundo tema de la sesión, es cómo afrontar el aburrimiento o el cansancio que se puede sufrir durante la recuperación, dado que, es difícil, resistirse a patrones de conducta antiguos, como el consumo, cuando el nivel de energía es tan bajo.

Las drogas son formas rápidas de remediar el aburrimiento, así que, los pacientes buscan soluciones en grupo a estas sensaciones, para evitar el consumo. Cuando las personas se encuentran más estresadas, cansadas, con angustia, ira, o desesperadas, es cuando más tienen que planificar alguna actividad de ocio, ya que, en épocas pasadas, la tendencia era el consumo.

Sesión Grupal PR 32: “Día a Día”

En esta sesión, el paciente aprende a identificar tanto, los pensamientos referidos al pasado, como aquéllos que anticipan el futuro, y, a centrarse en el momento actual de la recuperación.

Estos pensamientos anclados en el pasado, como aquéllos que anticipan el futuro, hacen que el manejo de la situación actual, sea más difícil.

El paciente identifica este tipo de discurso interno, a través de las preguntas del cuestionario, *Día a Día*, y, a través del debate, para aprender a volver a centrarse en el momento actual y, prevenir estados de ánimo que disminuyan la efectividad de las estrategias de control que han aprendido.

Sesión Grupal PR 33: “Actividades Recreativas: Festividad y Recuperación”

El desarrollo de esta sesión es opcional. En esta sesión, los pacientes aprenden a planificar actividades de ocio y se explica cómo las épocas de festividad, aumentan el riesgo de recaída.

Como materiales de la sesión, se utiliza un listado de actividades de ocio, en el que el paciente marca, aquéllas que le motivan y le gustaría realizar.

El segundo formulario de la sesión, consiste en un listado de quince situaciones relacionadas con las celebraciones, que suelen causar problemas a los pacientes durante la recuperación. Según el número de situaciones que marcan, se valora el riesgo de recaída.

El listado de situaciones se expone en la siguiente tabla 2.14.

Fiestas con alcohol y drogas	
Celebración de un cumpleaños (Estrés por no tener dinero para comprar regalos)	
Tráfico excesivo, que dificulta ir a al lugar de celebración	
Demasiadas personas en el lugar de celebración	
Interrumpimos la rutina diaria	
No ir a las sesiones de los Grupos de 12 Pasos	
No ir a la terapia	
Algunos ambientes de fiesta	
Emociones más intensas por los recuerdos de festividades pasadas	
Mayor ansiedad por los desencadenantes de consumo	
Estrés por no tener tiempo para asumir responsabilidades	
Abandono del ejercicio físico	
Celebración de fin de año	
Inicio del verano	
Más tiempo libre sin estructura	
Otros ejemplos	

Tabla 2.14. Situaciones de Riesgo

Con este listado, los pacientes valoran, en el debate, el riesgo de consumo asociado a las situaciones de celebración.

La forma de valoración es la siguiente:

- Riesgo Leve: De 1 a 3 puntos. Significa que el riesgo de consumo que producen las festividades, es mínimo.

- Riesgo Moderado: De 4 a 6 puntos. Los días de fiesta, suponen una fuente de estrés para el paciente, y, el riesgo de recaída está ligado a la forma de enfrentarse al estrés. La puntuación indica que necesita organizar y aumentar el control, en el proceso de recuperación, durante las fiestas.

- Riesgo Severo: Siete o más puntos. Indicador de que las fiestas tradicionales producen mucho estrés al paciente. Siendo el riesgo de recaída elevado.

La prevención de la recaída significa aprender a reconocer el estrés acumulado y estar muy atento a las situaciones de riesgo.

2.5. GRUPO DE EDUCACIÓN FAMILIAR

El componente del Grupo de Educación Familiar , en adelante, GEF, 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 del Grupo de Educación Familiar no es la terapia, sino la educación familiar durante el proceso de recuperación del familiar adicto.

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 pacientes en el grupo.

Las interacciones negativas del adicto con la familia y los problemas de relación, consecuencia de la adicción, en la mayoría de los casos, es lo

que lleva a los pacientes 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 paciente 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.

Las probabilidades de un tratamiento exitoso se ven muy incrementadas cuando los familiares son conscientes y reconocen los cambios del paciente, durante el proceso de recuperación.

Todos los pacientes 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 pacientes como para familiares.

En cuanto al formato de este componente, consta de 12 sesiones con una frecuencia semanal durante los tres primeros meses de tratamiento primario, en las que se utiliza como metodología, la presentación oral con apoyo gráfico (presentaciones y/o vídeo), y, material escrito. Tres de las sesiones, son conferencias con diapositivas; seis sesiones, son vídeos; y, las tres restantes, son Grupos de Discusión. Una de estas sesiones, es llevada a cabo por un miembro de la sociedad de Alcohólicos Anónimos.

Las sesiones tienen una hora y media de duración, se inicia con la presentación de la información durante 45 minutos, y, a continuación, se inicia el turno de preguntas acerca del material presentado, en el que las familias plantean sus dudas.

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.

Los temas incluidos son muy variados, desde la neurobiología de las adicciones, condicionamiento y adicción, efecto y consecuencias físicas y psicológicas del consumo de drogas, adicción y familia, disparadores y craving, y, etapas de la recuperación (“mapa de la recuperación”).

Los materiales incluyen:

- Información básica sobre drogas, incluido alcohol, tipos de drogas, efectos, e interacciones posibles.
- Temas familiares presentes durante el consumo de drogas, así como, en el proceso de recuperación.
- Recursos de la comunidad, disponibles para pacientes y familiares.
- Información acerca de los cambios durante el proceso de recuperación.

Los temas, son presentados en una secuencia ordenada, la guía del terapeuta contiene la secuencia sugerida, considerada más comprensiva.

El manual del terapeuta del Grupo Familiar, contiene la narración para las tres presentaciones de diapositivas, esquemas y formularios para los grupos de discusión, resúmenes de los vídeos, formularios asociados a los vídeos para los pacientes, y lugares donde se pueden obtener los vídeos.

El terapeuta actúa como anfitrión del grupo, dando la bienvenida a pacientes y familiares. La sala grupal dispone de sillas que serán colocadas en semicírculo para promover la discusión. Así mismo, en cada sesión, se reparte la hoja de asistencia, como forma de control. El terapeuta se presenta a los participantes del grupo, solicita a los pacientes su presentación, y, presenta el tema de la noche, dirigiendo los grupos de discusión.

En general, cuando se trata de exhibir un vídeo, el terapeuta antes del visionado, distribuye los formularios diseñados para promover la discusión.

En ocasiones, el visionado de los vídeos tiene el efecto subjetivo de ser estímulo compulsivo y provocar el deseo, lo que será tratado, tanto grupalmente, y si es necesario, individualmente. El ver estos vídeos en contexto controlado y terapéutico, no es justificante del consumo. Por otro lado, tanto en las conferencias como en los vídeos, el terapeuta puede parar momentáneamente, para resaltar alguna cuestión o hacer comentarios específicos. La sesión se cierra agradeciendo la asistencia, y, recordando el tema de la siguiente sesión.

Objetivos del Grupo de Educación Familiar:

1. Presentar información precisa acerca de la adicción, la recuperación, el tratamiento y la consecuente dinámica interpersonal, mediante presentación de material actualizado, en distinto formato.
2. Enseñar, promover y fomentar la individualidad de los pacientes y la de los miembros de la familia involucrados en las relaciones de adicción.
3. Crear una atmósfera, con la más alta profesionalidad, donde los pacientes y sus familias, son tratados con dignidad y respeto.
4. Ofrecer, a los pacientes y las familias, una oportunidad de sentirse cómodos en el lugar donde se lleva a cabo el tratamiento.
5. Proporcionar a los pacientes y a los miembros de la familia, una experiencia grupal, compartida por otras personas que se recuperan y a sus familias.
6. Ofrecer un componente de intervención grupal familiar, diseñado para los pacientes y sus familias, en el que, todos puedan participar juntos.

7. Ayudar a los pacientes y familiares a entender cómo los procesos de recuperación pueden afectar las relaciones en el presente y en el futuro.

Sesión GEF 1: Conferencia con Diapositivas: “Los Estímulos Compulsivos y los Antojos”

Esta presentación de diapositivas ilustra la fuerza de los estímulos compulsivos en el proceso del *craving* o apetencia condicionada, y la dificultad de actuar a partir de una decisión racional para dejar de consumir.

En esta sesión, con la ayuda de una presentación de diapositivas, se define, qué son estímulos compulsivos; se proporcionan ejemplos de estímulos compulsivos para todas las sustancias (estimulantes, opio, alcohol, fármacos de prescripción, marihuana, cannabis); se explica el condicionamiento entre el estímulo compulsivo y el deseo de consumo, apoyándose del experimento del condicionamiento clásico de Pavlov; se explica el proceso cerebral y los cambios cognitivos, hasta llegar a la adicción (etapa de introducción, etapa de mantenimiento, etapa de desencanto, etapa de desastre), y, formas de detener el pensamiento obsesivo, durante el proceso de recuperación, para cortar la secuencia estímulo, pensamiento, apetencia y consumo, lo antes posible.

Sesión GEF 2: Vídeo “Alcohol: La sustancia, la adicción y la solución.”

En esta sesión, se emite el vídeo titulado “*El alcohol y el cuerpo*”. Inicialmente, se reparte el formulario de la sesión, que leen y marcan, al comienzo, y, tras el visionado. El objetivo es revisar las respuestas dadas, así como, observar el cambio en la percepción del uso del alcohol. Posteriormente, se introduce el debate.

El formulario que se reparte a pacientes y familiares se expone en la siguiente tabla 2.15.

1. ¿Cuál es la mayor causa de muerte?, entre la edad de 15-24 años.
2. ¿En qué parte del cuerpo el alcohol tiene los efectos más perjudiciales?
3. ¿Por qué es tan peligroso mezclar alcohol con otras drogas?
4. ¿Alguna vez ha tenido déficit de vitaminas que le han tenido que pautar en episodios activos de consumo de alcohol?
5. ¿Qué le ocurre al hígado cuando una persona bebe demasiado?
6. Si un alcohólico no deja de beber, ¿qué le ocurrirá al hígado?
7. El alcohol, causa la liberación de, qué neurotransmisor en el cerebro
8. ¿Se puede predecir el alcoholismo en las personas?
9. ¿Cuáles son los efectos del alcoholismo a largo plazo?
10. ¿Cómo ha afectado a tus relaciones la bebida?

Tabla 2.15. Alcohol

El vídeo, da una visión comprensiva de cómo el alcohol afecta a las diferentes partes del organismo, así mismo, aporta descripciones de los efectos del uso de alcohol, y las consecuencias y efectos para el organismo.

Sesión GEF 3: Grupo de Discusión “Panel Matrix de AA”

En esta sesión, se presenta lo que se conoce como el *Panel Matrix de AA*, diseñada para proveer a los pacientes y a sus familias, contactos y modelos de cambio estables, de personas que han trabajado exitosamente en su recuperación, utilizando entre otras herramientas, el Programa 12 pasos; en la primera parte de la sesión, se solicita a algún paciente o miembro de la familia para protagonizar y ser *miembro de una discusión de panel*, con la finalidad de exponer y compartir en grupo, el progreso que ha ido experimentando durante el proceso de recuperación. Para ello, se da una guía de preguntas que servirán para exponer su experiencia.

A continuación, se enumera esta guía de preguntas, esquematizada en la tabla 2.16.

1. ¿De qué manera contribuyó su familia y/o el entorno, a que desarrollara usted una adicción o a que se relacionara con un adicto?
2. Describa el desarrollo de la adicción en su vida
3. ¿Por qué o cómo llegó a participar en el tratamiento?
4. ¿Qué sentimientos están siendo los más notorios durante la recuperación?
5. Para usted, ¿cuáles fueron las cuestiones más estratégicas durante el proceso de recuperación?
6. ¿Qué cosas usted habría hecho de forma distinta?
7. ¿Qué está haciendo ahora para mantener el proceso de recuperación activo?

Tabla 2.16. Panel Matrix de AA

El paciente y/o el familiar hablan de su propia experiencia, desde el interior, evitando decir a los demás lo que deben hacer, es una exposición de la propia experiencia personal del proceso de recuperación.

En la segunda parte de la sesión, un miembro de AA, expone el Programa 12 Pasos, y la importancia de la figura del *Padrino*.

En esta sesión se profundiza, compartiendo las experiencias de pacientes y familiares durante el proceso de recuperación.

Sesión GEF 4: Vídeo “La metanfetamina: la carrera hacia la destrucción”

En esta sesión, se emite el vídeo titulado “*La metanfetamina: la carrera hacia la destrucción*”. En dicho vídeo, se explican los tipos de anfetaminas, formas de presentación, afectación de esta droga en el cerebro, y, consecuencias fisiológicas y psicológicas del consumo. La información científica, así como las entrevistas con los adictos, dan al

paciente una visión más realista y externa de los efectos y consecuencias de esta adicción.

Previamente, se reparte el formulario de la sesión, detallado a continuación en la tabla 2.17. , que leen y reflexionan antes de ver el vídeo, y, tras el visionado, volviendo a revisar las respuestas que emitieron; en este momento, los pacientes, aprecian el cambio en la percepción del uso y riesgo de las anfetaminas, y, a continuación, se abre el debate.

El formulario es el siguiente:

1. En comparación con la cocaína, ¿cuanto tiempo le mantiene acelerado las anfetaminas?
2. ¿Qué beneficios o consecuencias positivas consiguen los adictos a las anfetaminas?
3. Después del uso prolongado, ¿qué consecuencias físicas ocurren en el cuerpo?
4. ¿Qué consecuencias psíquicas tiene el uso de anfetaminas?

Tabla 2.17. Metanfetamina

Sesión GEF 5: Conferencia con Diapositivas: “Guía para la Recuperación”

En esta conferencia, con la ayuda de la presentación en diapositivas *Mapa de la Recuperación*, el terapeuta del Instituto Matrix explica las distintas etapas que atraviesa el adicto durante el proceso de recuperación (Síndrome de abstinencia, durante los primeros 15 días; abstinencia temprana, o *fase de luna* de miel, del día 15 al 45; abstinencia prolongada, o *fase del muro*, del día 45 al 120; etapa de ajuste del día 120 al 180; y etapa de determinación o ajuste a partir del día 180 a toda la vida).

Así mismo, se informa de los cambios neurobiológicos que ocurren durante la adicción, y, la reprogramación neurobiológica, que da como resultado la adicción. Por otro lado, se exponen los cambios emocionales y

fisiológicos, que van a padecer en cada una de las etapas; los factores de recaída, el proceso de recaída y las técnicas para aprender a identificar y evitarla.

Con esta exposición y el debate, se observa cómo el conocimiento de esta información, acerca de los procesos de cambio que van a sufrir, atenúa las dificultades y tranquiliza, acerca de lo que pueden esperar, sabiendo qué va a ocurrir durante el transcurso de la recuperación.

Sesión GEF 6: Vídeo: “No es ningún problema mío”

En esta sesión, se emite el vídeo titulado *No es ningún problema mío*, en el que se expone, a través de testimonios de familiares de adictos, el tema de la Co-dependencia.

Con la ayuda de las dramatizaciones grupales en terapia, se observa cómo los familiares de adictos pueden quedar atrapados en la co-dependencia.

Previamente, se reparte el formulario de la sesión, detallado a continuación en la tabla 2.18. El citado formulario, es leído por los miembros del grupo y reflexionan, antes, y, tras el visionado; en este momento, pacientes y familiares, aprecian el posible cambio, dando paso a la apertura del debate.

El formulario es el siguiente:

1. ¿Cómo definiría usted la co-dependencia?
2. Mientras veía el vídeo, ¿se vio, usted, a sí mismo o a otros miembros de la familia, como co-dependientes?
3. ¿Ha hecho, usted, cambios muy determinantes en su propia vida para ayudar a su familiar adicto?
4. ¿Cuándo y de qué manera, usted, siente que apoya a su familiar adicto durante la adicción y durante la recuperación?

Tabla 2.18. Formulario Sesión Grupal Familiar 6

Los familiares y adictos, toman conciencia, a través de otros testimonios, del proceso que los familiares sufren, y, cómo van cambiando sus percepciones, modos de sentir y actuar, durante el proceso de la recuperación.

Sesión GEF 7: Grupo de Discusión: “La recaída: una discusión multifamiliar”

Esta sesión familiar, es enfocada como Grupo de Discusión Multifamiliar, en la que el terapeuta utiliza como instrumento el formulario esquematizado en la Tabla 2.19. , que da paso al desarrollo de conceptos básicos de la recaída y a la reflexión acerca del papel que tiene la familia.

El formulario, que realizan pacientes y familiares, para posteriormente, dar paso a la discusión, es el siguiente:

1. ¿Significa la recaída que la persona está fracasando en el tratamiento?
2. ¿Hay diferencia entre recaída y consumo de drogas que nunca cesó?
3. ¿Deben los miembros de la familia conocer qué aspectos, reacciones del paciente normalmente se van a dar antes de que ocurra la recaída?
4. ¿Es la persona adicta, la única persona en la familia, que está en un proceso de recuperación, y, es ella la única persona que puede recaer?
5. ¿Sirve la recaída, como indicador de advertencia, que indica la necesidad de un cambio en el plan de tratamiento para la persona?
6. Soñar con consumir, ¿indicaría una recaída?
7. Si el adicto recae, ¿esto es indicador de que el familiar debe pasar más tiempo con la persona adicta, y dedicar menos tiempo a él o ella misma?
8. La recaída, ¿suele ocurrir de manera repentina e impredecible?
9. ¿La recaída se caracteriza siempre por el consumo de drogas?
10. ¿Puede la recaída destruir el restablecimiento de la desconfianza en la relación familiar?
11. ¿Es una recaída el consumo de drogas en ocasiones muy especiales?
12. ¿Puede un adicto ser capaz de hacer frente a determinadas situaciones de riesgo, a pesar de querer estar sobrio?

Tabla 2.19. Formulario Sesión Grupal Familiar 7

Cada una de estas preguntas tiene una respuesta específica y veraz, que, deben quedar claras a familiares y pacientes.

Las ideas centrales, respecto a la recaída, tanto para familiares como para los adictos son:

- La recaída, es, a menudo, parte del proceso de recuperación, no significa que no se esté cumpliendo el tratamiento, sino que, en todo caso, habrá que analizar y modificar los aspectos oportunos, para evitar la recaída.
- La recaída, ocurre después de que se haya logrado un cierto período de abstinencia. Es distinto, al uso frecuente o regular, que significa, que la persona aún no ha logrado la abstinencia.
- El familiar no puede ser capaz de anticipar cómo se va a sentir cuando suceda la recaída. La familia debe tratar de hablar honestamente, acerca, de cómo se sienten y decidir qué hacer después de presenciar una recaída.
- Tanto el adicto, como el familiar están en un proceso de recuperación, no sólo el adicto es el único que puede recaer.
- La recaída, es indicador de que ciertos aspectos en el plan de tratamiento deben cambiar. En este momento, es oportuno mantener una sesión conjunta, para que el familiar entienda qué ha ocurrido, las modificaciones en el plan terapéutico, y si, él mismo, se compromete a realizar los cambios que se consideren oportunos.
- El soñar con consumir, no está relacionado con una falta de compromiso de abstinencia; en las etapas iniciales de la abstinencia, es algo normal el soñar con el consumo. Son aspectos a tener en cuenta.
- Si el adicto recae, el familiar tiene que seguir su propio proceso de individuación, y, permitir al adicto los ajustes necesarios para continuar con su recuperación.

- La recaída no es repentina, puede prevenirse si los pacientes aprenden a identificar sus propias señales de alerta, y, a responder de forma alternativa e incompatible con el consumo.
- La recaída no constituye sólo el hecho concreto de consumir, sino también todos aquéllos cambios conductuales, de pensamiento o emocionales, que giran, previamente, al acto del consumo, y, no se han manejado, indicando que, antes o después, es muy probable la recaída.
- En el proceso de recuperación, la recaída daña la confianza del familiar. La confianza, sólo, se reestablece como resultado de un proceso de recuperación exitoso.
- El consumo de drogas en ocasiones muy especiales, es considerado una recaída. El cerebro adicto no diferencia las ocasiones.
- El paciente, tiene que aceptar que no podrá exponerse a determinadas situaciones de riesgo, a pesar de mantenerse abstinentes. El tratar de ser más fuerte que la situación, demuestra una falta de comprensión de la adicción. No es cuestión de fuerza de voluntad sino de inteligencia.

Los aspectos, anteriormente descritos, debe quedar muy claros en el grupo de discusión familiar.

Sesión GEF 8: Vídeo “Los aspectos médicos de las drogas que alteran la mente”

En esta sesión formativa, con el visionado del vídeo *Aspectos médicos de la dependencia, la adicción neurobiológica*, y, el formulario previo, se explica cómo los diferentes tipos de drogas afectan al organismo y al cerebro. El vídeo detalla los síntomas producidos por cada sustancia y las repercusiones médicas y neurobiológicas que pueden resultar de ello.

Sesión GEF 9: Conferencia con Diapositivas: “Las Familias en Recuperación”

En esta sesión, se expone, a través, de una conferencia con diapositivas, las reacciones predecibles que experimentan las familias en cada una de las etapas de la adicción en desarrollo, así como, los beneficios de la participación familiar en el proceso de recuperación.

Existen modos específicos de ayuda en el proceso de recuperación por parte de los miembros de la familia. Esta conferencia, por un lado, resume ambas series, y, por otro, retoma la información básica relacionada con el desarrollo del proceso de apetencia.

A modo de esquema, en la siguiente tabla 2.20., se presentan los objetivos, que, a nivel familiar, y, por parte del paciente, se plantean según las etapas del período de recuperación.

	Período Inicial (1-6 semanas)	Período Intermedio (6-20 semanas)	Período Avanzado (+ 20 semanas)
Paciente	<ul style="list-style-type: none"> - Cesar el consumo de sustancias - Educación neurobiológica de las adicciones - Mejorar la salud física y/o manejar la condición psiquiátrica - Evaluar la severidad de la adicción y acordar cambios terapéuticos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mejorar significativamente las relaciones - Mantener la abstinencia - Desarrollar un sistema de recuperación fuera del centro de tratamiento - Aprender a reconocer y manejar las emociones 	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar los componentes necesarios para la recuperación exitosa - Reconocer los indicadores de recaídas e identificar las repuestas adecuadas - Clarificar los nuevos papeles y los límites en las relaciones sobrias - Establecer metas para continuar con el

			nuevo estilo de vida después del Programa Matrix
Familia	<ul style="list-style-type: none"> - Compromiso para el cambio - Adicción como condición médica - Apoyar al paciente en el cese del consumo - Identificar los estímulos que dan lugar a posibles recaídas, y, parar, lo que está en su mano. 	<ul style="list-style-type: none"> - Decidir si se compromete o no a la relación terapéutica - Aprender a dar apoyo - Comenzar a buscar nuevas formas de enriquecer su propia vida - Practicar habilidades saludables de comunicación con el paciente 	<ul style="list-style-type: none"> - Aprender a aceptar las limitaciones de vivir con una adicción - Desarrollar un estilo de vida individual saludable - Manejar las recaídas personales - Ser paciente con el proceso de recuperación

Tabla 2.20. Formulario Sesión Grupal Familiar 9

Así mismo, en esta sesión, se recuerdan las listas de ayuda de los familiares, que a lo largo del proceso de recuperación, se han ido trabajando en las sesiones conjuntas con el paciente.

Con este material informativo, se abre el debate, y, se resuelven cuestiones a pacientes y familiares.

Sesión GEF 10: Vídeo “Alcoholismo: Una enfermedad de la percepción”

Antes de la exhibición del vídeo, se rellena el formulario, para posteriormente, ver en qué medida pueden haber variado las respuestas, y, abrir el debate.

En el vídeo, *Alcoholismo: una enfermedad de la percepción*, se describe cómo el alcoholismo, y, en general, las adicciones, alteran la percepción de la vida, la visión, que por el estilo de vida adictivo, está

distorsionada. Así mismo, el vídeo también presenta una sesión de los 12 Pasos, liderada por Clancy (alcohólico en recuperación), que favorece la comprensión de la experiencia de *ser un alcohólico*.

Posteriormente, se abre el debate y se revisan las respuestas dadas al formulario, detallado en la siguiente Tabla 2.21.

1. ¿Conoce usted a alguien que cree, es un alcohólico?
2. ¿Qué aspectos o características, le llevan a creer esto?
3. ¿En qué aspectos, cree usted, que los alcohólicos son diferentes a la gente considerada por usted como “normal”?
4. ¿Sabe usted lo que es una reunión de 12 Pasos?
5. ¿Alguna vez ha ido a una reunión de 12 Pasos. Si la respuesta es afirmativa, ¿qué impresión le dejó?

Tabla 2.21. Formulario Sesión Grupal Familiar 10

Sesión GEF 11: Grupo de Discusión “Vivir con una adicción”

Esta sesión es planteada como grupo de discusión multifamiliar, en la que, adictos y familiares, expresan abiertamente, y, discuten miedos y preocupaciones en el proceso de recuperación. Comprometerse a vivir un proceso de recuperación, requiere el reconocimiento y aceptación de ciertas realidades, tanto por parte del adicto como del familiar. El adicto en proceso de recuperación, necesita ser consciente y entender, qué supone en el familiar, su adicción y su recuperación; por otro lado, el familiar toma conciencia, de la forma en la que la adicción, y el proceso de recuperación, está afectando a su vida, y, a la relación con el adicto.

Previo a la apertura del debate, se reparte el formulario, para que, de forma individual reflexionen. Dicho formulario, es guía para la discusión grupal.

El formulario recoge una serie de principios, expuestos en la Tabla 2.22. . Familiares y pacientes leen dicho formulario, señalando aquéllos aspectos que se aplican a su situación, y, aquéllos que son difíciles de aceptar. Posteriormente se abre la discusión, finalmente se concede un tiempo para la reflexión individual.

1. Una persona en recuperación, necesita aprender sus propios límites y señales de recaída.
2. Un adicto en recuperación, necesita responder a las señales de recaída como prioridad absoluta.
3. Una persona en recuperación, necesita mantener un estilo de vida equilibrado, mucho más, que si no hubiera habido adicción.
4. La recuperación es un proceso, y, es lento. Todos los aspectos de la vida de la persona se tienen que reajustar, incluidos, la relación sexual y el restablecimiento de la confianza.
5. Suele ser difícil para los miembros de la familia el vivir sin la garantía de que no se produzca una recaída.

Tabla 2.22. Formulario Sesión Grupal Familiar 11

Sesión GEF 12: Vídeo “La marihuana y la recuperación”

El vídeo de esta sesión, *La marihuana y la recuperación*, contiene información crucial para la recuperación exitosa de aquéllas personas consumidoras de marihuana. En dicho vídeo, se informa de la naturaleza bioquímica de la marihuana, y, de los efectos ocasionados a largo plazo por esta droga. Diversos testimonios, basados en experiencias reales, ayudan a los pacientes a identificarse con los problemas, y, a posibles soluciones de personas que consumen marihuana.

Antes de la exhibición del vídeo se rellena el formulario, detallado, a continuación, en la tabla 2.23., para, posteriormente, ver en qué medida, las respuestas pueden haber cambiado, y, abrir el debate, a continuación.

1. ¿La marihuana, fue la primera sustancia química que usted probó para alterar el estado de conciencia?
2. ¿Cree usted, que ha tenido recaídas en el uso de otras sustancias por el consumo permanente de marihuana?
3. ¿Cree usted, que la marihuana no es una droga dañina?
4. ¿Qué ha pasado cuando usted ha intentado dejar de fumar marihuana por iniciativa propia?
5. Para usted, ¿actuó la marihuana como un puente para el uso de otras drogas?

Tabla 2.23. Marihuana

2.6. 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.

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 los pacientes del Programa Intensivo Matrix de 16 semanas de consulta externa (IOP), el grupo está disponible del mes cuarto, al año, y, para los pacientes que siguen el grupo de Recuperación Temprana, de la semana 7, a la 52.

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 Grupo de Apoyo Social está diseñado para ayudar a los pacientes a que vuelvan a aprender las habilidades de socialización, en un ambiente familiar y social seguro.

La participación en el Grupo de Apoyo Social, es considerada como más oportuna, durante la etapa intermedia de recuperación, alrededor de 12 semanas de abstinencia, momento en el que los pacientes 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.

El Grupo de Apoyo Social brinda soporte, para que los pacientes aprendan a 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 pacientes experimentados, quienes, a menudo, refuerzan su propia recuperación al servir como modelo, siempre permaneciendo atentos, a los principios de la abstinencia.

El Grupo de Apoyo Social funciona como grupo de discusión, dirigidos por un terapeuta, y, ocasionalmente, pueden ser divididos en grupos de discusión más pequeños, dirigidos por otro paciente con una recuperación estable que ha participado como *co-líder*.

Las sesiones del grupo de Apoyo Social, son una combinación de discusión de cuestiones relacionadas con la recuperación que están experimentando los pacientes, 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.

Entre los temas a tratar, se incluyen, las dificultades que pueden estar experimentando los pacientes para mantener la sobriedad, y los problemas para mantener un estilo libre de drogas.

Para el Instituto Matrix este Grupo debe estar limitado a 10 pacientes, de tal forma, que todos participen activamente. Si el grupo fuera más grande,

puesto que es un Grupo abierto, como todos los Grupos que componen el Modelo de Tratamiento Integral Intensivo Matrix, el Terapeuta del grupo puede seleccionar a pacientes, que, ya son *co-líderes* experimentados, para facilitar, bajo la supervisión de aquél, las discusiones del Grupo.

Estas nuevas figuras son los Facilitadores, que son evaluados y se encuentran bajo la supervisión de los terapeutas y otros profesionales del Programa. Los *Facilitadores* o *co-líderes*, son personas ex adictas, estables emocionalmente, disponen de cierta competencia intelectual y, permanecen estables en el tiempo, en cuanto al proceso de recuperación. La aceptación del compromiso de participación, en estos Grupos, será, al menos, durante 6 meses, y, todos los días.

Previamente, a la sesión del grupo de Apoyo Social, el co-líder y el terapeuta mantienen una reunión, en la que se informa del tema a tratar, así como, repasar el formulario guía que se utiliza en la discusión.

En ocasiones, y, por la amplitud del grupo, se pueden constituir pequeños grupos de discusión, manejados por los *Facilitadores*, finalmente, éstos se vuelven a reunir con todo el Grupo para resumir y cerrar la sesión. Si surgen temas clínicos, los *Facilitadores* del grupo, lo notifican al terapeuta antes de finalizar la sesión.

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. Dichas 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 pacientes 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.

De cada una de estas palabras, la guía del terapeuta del programa, plantea preguntas orientativas, para abrir el debate. Para cada uno de los temas, las preguntas son:

Envejecer:

- ¿Cómo ves el proceso de envejecimiento?, ¿qué aspectos negativos ves?, ¿qué aspectos positivos vienen con la edad?
- ¿Cómo te afecta el hacerte mayor, sobre la abstinencia y la recuperación?
- ¿Esta es la primera vez que estás en recuperación? Si no es así, ¿qué hay diferente esta vez?
- Conforme te haces mayor, ¿es importante para tí, encontrar grupos de los 12 pasos o de autoayuda en los que te encuentres con personas de tu edad?
- Conforme avanza el tiempo de abstinencia, ¿cómo mantendrás firme tu recuperación?

Ira:

- ¿Cómo te sientes acerca de tu forma de manejar la ira?
- ¿Cómo te sientes cuando la ira se dirige a ti?
- La ira, ¿es un disparador de la recaída para ti?, ¿de qué manera?

- ¿Qué estrategias o comportamientos te ayudan a enfrentarte con la ira?
- ¿Cómo evitas ser pasivo-agresivo cuando alguien te enfada?

El tema de esta sesión del Grupo de Apoyo Social, está relacionada con la sesión 23 del Grupo de Prevención de Recaídas, denominada *Controlar la ira*.

Co-dependencia:

- ¿Qué entiendes por co-dependencia?
- ¿Con quién tienes relaciones de co-dependencia?
- ¿Cómo afectan estas relaciones a tu recuperación?
- Durante la recuperación, ¿qué cambios has hecho para manejar las relaciones de co-dependencia?
- ¿Qué estrategias y técnicas vas a utilizar para evitar la co-dependencia en el futuro?

Compromiso:

- ¿Qué significa el compromiso para tu recuperación?
- ¿Con qué personas o situaciones, te has comprometido en el pasado?, ¿con qué estás comprometido ahora?
- ¿Qué grado de importancia tiene, el compromiso de tu familia y amigos, con tu recuperación?
- ¿Qué grado de importancia tiene, tu responsabilidad con amigos y compañeros que están en recuperación?
- ¿Cómo vas a mantener tu compromiso con la recuperación?

Compulsiones:

- ¿Qué has hecho para evitar transferir tu dependencia de la sustancia, a otros comportamientos compulsivos?
- ¿A qué comportamientos compulsivos crees que eres más vulnerable?

- ¿Cómo ha ayudado a recuperar el control de tu vida, estar en recuperación?
- ¿Qué puedes hacer para evitar el efecto de violación de la abstinencia?

El tema de esta sesión del Grupo de Apoyo Social, está relacionada con la sesión 28 del Grupo de Prevención de Recaídas, denominada *Comportamientos compulsivos. Prevenir la recaída sexual.*

Control:

- ¿Cómo distingues las cosas que puedes controlar y las que no?
- ¿Cómo respondes a las cosas que no puedes controlar?
- ¿Cómo te ha ayudado en el manejo estos asuntos, la asistencia a los grupos de 12 pasos o de autoayuda?
- ¿Qué pasos sigues para conseguir estabilidad y calma en el interior en tu vida?
- ¿Qué aspectos de tu vida necesitas cambiar para permanecer abstinentes y en recuperación?

El tema de esta sesión del Grupo de Apoyo Social, está relacionada con la sesión 27 del Grupo de Prevención de Recaídas, denominada *Oración de la Serenidad.*

Craving-deseo de consumo:

- ¿Sientes deseo de consumir la sustancia todavía?, ¿cómo han cambiado estos deseos desde que estás en recuperación?
- ¿Tienes la sensación de que tu recuperación está en peligro por estos deseos de consumo?
- ¿Cuándo eres consciente del deseo?
- ¿Qué cambios has hecho para reducir el deseo de consumo?
- ¿Qué estrategias y técnicas vas a utilizar para mantener el deseo de consumo bajo control?

El tema de esta sesión del Grupo de Apoyo Social, está relacionada con la sesión 1 del Grupo de Habilidades de Recuperación Temprana, denominada *Detener el Ciclo*.

Depresión:

- La tristeza o la depresión, ¿es un disparador para ti?, ¿cómo reconoces que estás triste?
- ¿Cómo han cambiado tus sentimientos de tristeza desde que estás en tratamiento y en recuperación?
- ¿Qué personas, acontecimientos y sentimientos contribuyen a tu depresión?
- ¿Cómo respondes cuando reconoces que estás triste?
- ¿Qué estrategias y técnicas te ayudan a evitar entristecerte?, ¿qué estrategias y técnicas te ayudan a salir de esa tristeza?

El tema de esta sesión del Grupo de Apoyo Social, está relacionada con la sesión 29 del Grupo de Prevención de Recaídas, denominada *Hacer frente a los sentimientos y a la depresión*, así como, con la sesión 5 del Grupo de Recuperación Temprana, denominada, *Química del cuerpo durante la recuperación*.

Emociones:

- ¿Actúan ciertas emociones como disparadores para ti?, ¿qué emociones?
- ¿Cómo te ha ayudado el proceso de recuperación a ser más consciente de tus emociones?
- ¿Cómo te enfrentas con las emociones peligrosas, como la soledad, la rabia y los sentimientos de deprivación?
- Durante la recuperación, ¿qué has aprendido acerca de separar las emociones de la conducta?
- ¿Qué estrategias y técnicas te ayudan a mantener un equilibrio emocional?

El tema de esta sesión del Grupo de Apoyo Social, está relacionada con la sesión 18 denominada *Emociones Peligrosas*, así como, la 29, *Hacer frente a los sentimientos y a la depresión*, del Grupo de Prevención de Recaídas.

Miedo:

- Cuando empezaste el tratamiento, ¿qué aspectos de la recuperación te preocupaban?
- ¿Han cambiado tus miedos sobre la recuperación desde que estás en tratamiento?
- ¿En qué te ha ayudado el miedo en el pasado?
- Cuando piensas en abandonar el tratamiento, ¿qué cosas te están preocupando?
- Conforme avances con tu recuperación, ¿qué estrategias y técnicas te van a ayudar a disminuir tus miedos y preocupaciones?

Amistad:

- ¿Cómo ha cambiado tu idea de la amistad desde que estás en tratamiento?
- Antes de entrar en tratamiento, ¿en qué se basaban tus amistades?
- Ahora, ¿qué cualidades aprecias en una amistad?
- ¿Qué planes tienes para hacer amigos nuevos que te apoyen y para mantener las amistades actuales?

El tema de esta sesión del Grupo de Apoyo Social, está relacionada con las sesiones 25, denominada *Hacer nuevas amistades*, y, la 26, *Subsanar las relaciones*, del Grupo de Prevención de Recaídas.

Diversión:

- ¿Cómo han cambiado tus actividades de ocio desde que estás en tratamiento?
- ¿Qué haces ahora para relajarte y divertirte?

- ¿Con quien lo pasas bien?
- ¿Qué rol juega, el disfrute, en estar abstinentes, y, en tu recuperación?
- ¿Cómo vas a incorporar actividades nuevas y aficiones en tu vida?

El tema de esta sesión del Grupo de Apoyo Social, está relacionada con la sesión 31, denominada *Mirando al Futuro: enfrentarse a los períodos de descanso e inactividad*, así como, con la sesión 33, *Actividades recreativas: Festividad y recuperación*, del Grupo de Prevención de Recaídas.

Pena:

- ¿Qué experiencia has tenido con el dolor o la pena?
- ¿Es el dolor, un disparador para ti?, ¿de qué manera?
- ¿Cómo ha cambiado la forma de afrontar la pena y el dolor desde que estás en tratamiento?, ¿cómo te enfrentas a estos sentimientos ahora?
- ¿A quién recurre cuando sientes dolor y pena?
- ¿Qué estrategias y técnicas utilizas para evitar que el dolor y la pena, perturben tu recuperación?

Culpabilidad:

- ¿En qué se diferencian culpa y vergüenza?
- ¿Puede ser la culpa un factor positivo en tu recuperación?, ¿cómo?
- ¿Puede la culpa desequilibrar tu recuperación?
- ¿Qué puede reducir la culpa que sientes?
- ¿Qué papel ha jugado en tu recuperación el asumir responsabilidad por las acciones del pasado?

El tema de esta sesión del Grupo de Apoyo Social, está relacionada con la sesión 5, denominada, *Culpa y Vergüenza*, del Grupo de Prevención de Recaídas.

Felicidad:

- Desde que estás en tratamiento, ¿cuándo te has sentido feliz?, ¿qué te hizo feliz?
- Desde que estás en tratamiento, ¿cómo ha cambiado lo que te hace feliz?
- ¿Tienes la sensación de que la felicidad, es esencial para tu recuperación?, ¿por qué?
- ¿Cómo te han ayudado las amistades a estar feliz?
- ¿Qué estrategias y técnicas puedes utilizar para ayudarte durante los momentos de infelicidad?

Honestidad:

- ¿Qué grado de importancia tiene la honestidad para tu abstinencia y tu recuperación?
- Durante el tratamiento, ¿cómo has aprendido a ser honesto contigo mismo?
- Durante el tratamiento, ¿cómo has aprendido a ser honesto con otros, especialmente, con familia y amigos?
- ¿Qué estrategias y técnicas, vas a utilizar para continuar siendo honesto en tu recuperación?

El tema de esta sesión del Grupo de Apoyo Social, está relacionada con la sesión 8, denominada, *Honestidad*, del Grupo de Prevención de Recaídas.

Intimidad:

- Desde que estás en tratamiento, ¿cómo ha cambiado tu idea de la intimidad?
- ¿Qué cosas te preocupan o temes de la intimidad?
- El sexo, ¿es un disparador para ti?, ¿de qué manera?
- ¿Qué buscas en una relación íntima y amorosa?
- ¿De qué manera pueden las relaciones íntimas ayudarte en tu recuperación?

El tema de esta sesión del Grupo de Apoyo Social, está relacionada con la sesión 10, denominada, *Sexo y Recuperación*, del Grupo de Prevención de Recaídas.

Aislamiento:

- Para ti, ¿el tiempo libre y estar solo, son disparadores?
- ¿Cómo influía el sentirte aislado, con el abuso de sustancias?
- ¿Cómo te ha ayudado la planificación de actividades, para evitar el aislamiento?
- ¿Cómo te ha ayudado la asistencia a las reuniones del grupo de los 12 Pasos o grupos de autoayuda, para evitar el aislamiento?
- ¿Qué actividades puedes, tú mismo, realizar para evitar el aislamiento?

El tema de esta sesión del Grupo de Apoyo Social, está relacionada con la sesión 2, denominada, *Prevenir el Aburrimiento*, así como, con la sesión 6, *Mantenerse Ocupado*, del Grupo de Prevención de Recaídas.

Justificaciones:

- ¿Ante qué justificaciones para la recaída, te ves más vulnerable?
- ¿Qué emociones hacen más fácil para ti, justificar una recaída?
- ¿Cuáles son los riesgos de asumir que la dependencia de la sustancia está bajo control?
- ¿Cómo de importante es para ti, el “ser inteligente”?
- Durante el tratamiento, ¿qué estrategias o técnicas has aprendido para contrarrestar las justificaciones de la recaída?

El tema de esta sesión del Grupo de Apoyo Social, está relacionada con la sesión 16, denominada, *Justificación de la Recaída (I)*, así como, con la sesión 21, *Justificación de la Recaída (II)*, del Grupo de Prevención de Recaídas.

Apariencia-Máscaras:

- ¿Cómo haces, para aparentar sentirte de una manera, cuando, realmente, te sientes de otra?
- ¿En qué circunstancias, enmascaras tus sentimientos?
- ¿Cómo ha cambiado, el enmascarar tus sentimientos desde que estás en tratamiento?
- ¿Cómo afecta a tu recuperación, ocultar tus verdaderos sentimientos?
- ¿Qué importancia tiene para tu recuperación, ser honesto contigo mismo y con los demás?

El tema de esta sesión del Grupo de Apoyo Social, está relacionada con la sesión 8, denominada, *Honestidad*, del Grupo de Prevención de Recaídas.

Sentirse sobrecargado:

- ¿Qué aspectos influyen para sentirte sobrecargado?
- ¿Cómo afecta a tu comportamiento, sentirte sobrecargado?
- Desde que estás en tratamiento, ¿cómo ha cambiado tu respuesta cuando te sientes sobrecargado?
- ¿Qué riesgo supone para tu recuperación, sentirte sobrecargado?
- ¿Qué puedes hacer para asegurar, el no sentirte sobrecargado?

El tema de esta sesión del Grupo de Apoyo Social, está relacionada con la sesión 20, denominada, *Reconocer el estrés*, así como, con la sesión 22, *Reducir el Estrés*, del Grupo de Prevención de Recaídas.

Paciencia:

- ¿Cómo te ha ayudado la paciencia, en tu recuperación?
- ¿Cuándo es más difícil para ti, tener paciencia?
- ¿Hay alguna situación, en la que puedes ser demasiado paciente?, ¿qué situaciones son?, ¿por qué puede perjudicarte tener demasiada paciencia?

- ¿Cómo te ha ayudado a tener más paciencia, el asistir al Grupo de los 12 Pasos o de autoayuda?
- ¿Qué estrategias y técnicas has aprendido para ayudarte a tener más paciencia?

Aspecto Físico:

- ¿Cómo influye tu recuperación, en tu autoestima?
- Durante tu recuperación, ¿cómo ha cambiado tu cuerpo?
- ¿Qué nuevos ejercicios o actividades has adquirido, desde que iniciaste el tratamiento?
- ¿De qué manera, cuidas, ahora, tu salud?
- ¿Por qué es importante, mantenerte sano para seguir en recuperación?

El tema de esta sesión del Grupo de Apoyo Social, está relacionada con la sesión 19, denominada, *Enfermedad*, así como, con la sesión 17, *Cuidar de Sí mismo*, del Grupo de Prevención de Recaídas.

Recuperación:

- Desde que estás en tratamiento, ¿ha cambiado tu motivación para recuperarte?, ¿de qué manera?
- ¿Cuál ha sido tu mayor reto durante la recuperación?, y, ¿tu mayor triunfo?
- ¿De quién tomas la inspiración y el valor en tu recuperación?, ¿tienes alguna persona como modelo de recuperación?
- ¿Cómo te ha ayudado en tu recuperación, el asistir al Grupo de los 12 Pasos o de autoayuda?
- Conforme avanza tu recuperación, ¿cuáles son los aspectos más importantes para ti, en los que hay que centrarse?

El tema de esta sesión del Grupo de Apoyo Social, está relacionada con la sesión 7, denominada, *Motivación para la recuperación*, del Grupo de Prevención de Recaídas.

Rechazo:

- El sentirse rechazado, ¿influyó en tu abuso de sustancias?, ¿de qué manera?
- Desde que estás en tratamiento, ¿cómo han cambiado las formas en que te enfrentas al rechazo?
- Conforme enmiendes y repares tus relaciones, algunas personas, quizá, no quieran perdonarte, ¿cómo vas a enfrentarte con este rechazo?
- ¿Qué estrategias y técnicas vas a utilizar para reconducir el rechazo, conforme avanzas con tu recuperación?

El tema de esta sesión del Grupo de Apoyo Social, está relacionada con la sesión 26, denominada, *Subsanar las Relaciones*, del Grupo de Prevención de Recaídas.

Relajación:

- Desde que estás en tratamiento, ¿cómo han cambiado las cosas que haces para relajarte?
- ¿Son disparadores para ti, el entretenimiento y la inactividad?
- ¿Prefieres relajarte, solo, o, con amigos y familia?, ¿por qué?
- ¿Cómo has utilizado la planificación y las actividades placenteras para relajarte y mantenerte en el camino de la recuperación?

El tema de esta sesión del Grupo de Apoyo Social, está relacionada con la sesión 31, denominada, *Mirando al Futuro: enfrentarse a los períodos de descanso e inactividad*, así como, con la sesión 33, *Actividades recreativas: Festividad y recuperación*, del Grupo de Prevención de Recaídas.

Normas:

- ¿Cómo respondes a las normas, en general, desde que iniciaste el tratamiento?
- ¿Qué normas te impones a ti mismo?
- ¿Cómo compensas la estructura que las normas te dan, con tu necesidad de relajarte y divertirte?
- ¿Cómo ayudaron, en tu abstinencia y recuperación, los consejos de los 12 Pasos o de programas de autoayuda?
- ¿Qué normas serán importantes, conforme avances en tu recuperación?

Planificación:

- ¿De qué manera has utilizado la planificación en tu recuperación?, ¿cómo te ha servido el apoyarte en ella?
- ¿Utilizas la planificación todo el tiempo o solo de vez en cuando?, ¿en qué momentos te es más útil?
- ¿Qué contribuye a que sea difícil para ti, planificar?
- ¿Cómo te han ayudado tus amigos y familiares, a utilizar la planificación?
- ¿Crees que continuarás planificando después de terminar el tratamiento?, ¿por qué?

El tema de esta sesión del Grupo de Apoyo Social, está relacionada con la sesión 1 del Grupo de Habilidades de Recuperación Temprana, denominada, *Detener el Ciclo*.

Egoísmo:

- ¿De qué manera influyó el egoísmo, en tu dependencia de sustancias?
- ¿Hay algún momento en el que sea bueno ser egoísta?, ¿qué momentos?
- ¿Cómo puede perjudicar en tu recuperación, el egoísmo?

- ¿Cómo te han ayudado a ser menos egoísta, tu familia y tus amigos?, ¿cómo te ha ayudado a ser menos egoísta el Grupo de los 12 Pasos o de autoayuda?
- ¿Crees que es egoísta, dedicar tiempo para ti mismo, haciendo deporte, la relajación, meditación, o, escribir un diario?, ¿por qué?

Sexo:

- ¿Es el sexo un disparador para ti?, ¿de qué manera?
- ¿Qué distingue el sexo impulsivo del sexo con intimidad?
- ¿Cómo puede llevar a la recaída, el sexo impulsivo?
- ¿Cómo puede apoyar a tu recuperación, una relación de intimidad?
- ¿Qué cosas te animarían hacia las conductas de salud, y relaciones íntimas en tu vida?

El tema de esta sesión del Grupo de Apoyo Social, está relacionada con la sesión 10, denominada, *Sexo y Recuperación*, del Grupo de Prevención de Recaídas.

Inteligencia:

- ¿Por qué, únicamente, la fuerza de voluntad no es suficiente para mantenerse abstinentemente y en recuperación?
- ¿Cómo influye ser inteligente, en una fuerte recuperación?
- ¿Cómo te ha ayudado a permanecer abstinentemente y en recuperación, el anticipar situaciones en las que puedes estar tentado en recaer?
- ¿Cuándo has intentado ser fuerte en lugar de inteligente?, ¿cuáles fueron los resultados?
- ¿Qué estrategias y técnicas utilizarás para ser inteligente conforme avanzas con tu recuperación?

El tema de esta sesión del Grupo de Apoyo Social, está relacionada con la sesión 13, denominada, *Inteligencia vs. Fuerza de Voluntad*, del Grupo de Prevención de Recaídas.

Detención del Pensamiento:

- ¿Cómo te ha ayudado con el deseo de consumo o craving, la detención del pensamiento?, da algunos ejemplos específicos.
- ¿Qué técnicas de detención del pensamiento son las más efectivas para ti?
- ¿Qué visualizas, cuando utilizas las técnicas de detención del pensamiento?
- ¿Sientes que tienes más control de tus pensamientos ahora, que cuando empezaste el tratamiento?, ¿por qué?
- ¿Qué papel va a jugar, la detención del pensamiento en tu recuperación cuando termines el tratamiento?

El tema de esta sesión del Grupo de Apoyo Social, está relacionada con la sesión 1 del Grupo de Habilidades de Recuperación Temprana, denominada, *Detener el Ciclo*.

Estímulos Disparadores:

- ¿Qué disparadores te encuentras todavía en tu vida diaria?
- ¿Hay algún disparador que no puedas evitar?, ¿cómo te enfrentas a estos disparadores?
- ¿Cómo te ha ayudado a fortalecer tu recuperación, el identificar los disparadores internos y externos?
- ¿Cómo te han ayudado la familia y los amigos, a enfrentarte a los disparadores?
- ¿Qué estrategias y técnicas te han ayudado a detener los disparadores que te has encontrado, antes de convertirse en deseos de consumo o craving?

El tema de esta sesión del Grupo de Apoyo Social, está relacionada con la sesión 2 y 3, del Grupo de Habilidades de Recuperación Temprana, denominadas, *Estímulos Compulsivos Externos y Estímulos Compulsivos Internos*.

Confianza:

- En tu vida, ¿cómo ha afectado la falta de confianza a tus relaciones?
- ¿Por qué es importante para tu recuperación, que tus amigos, familia y otros, puedan confiar en ti?
- Además de estar abstinentes, ¿qué puedes hacer para recuperar la falta de confianza de los demás?
- Si los demás tardan tiempo en confiar en tu abstinencia y recuperación, ¿cómo responderás?
- ¿Cómo te ha ayudado en tu recuperación, confiar en tratamientos grupales de iguales, de los 12 Pasos o de autoayuda?

El tema de esta sesión del Grupo de Apoyo Social, está relacionada con la sesión 12, denominada, *Confianza*, del Grupo de Prevención de Recaídas.

Trabajo:

- ¿Cómo ha afectado a tu recuperación tu trabajo?, ¿ha habido efectos positivos?, ¿Efectos negativos?
- ¿Qué pasos has seguido para equilibrar tu trabajo con tu recuperación?, ¿han funcionado?
- ¿Cómo ha cambiado el equilibrio entre el trabajo y la recuperación, conforme avanzabas en tu proceso?
- ¿Has considerado dejar tu trabajo?, ¿Qué problemas podrían ocurrir al hacer esto?, ¿cuáles son los beneficios?
- Además del dinero, ¿qué encuentras reforzante en tu trabajo?

El tema de esta sesión del Grupo de Apoyo Social, está relacionada con la sesión 4, denominada, *Trabajo y Recuperación*, del Grupo de Prevención de Recaídas.

De este modo, el terapeuta, o el *co-líder*, con esta guía de preguntas, desarrollarán las sesiones del Grupo de Apoyo Social. Como se puede observar, todas las sesiones están relacionadas con temas que se han trabajado de forma estructurada, en las sesiones del Grupo de Recuperación Temprana y de Prevención de Recaídas.

Así mismo, se dan instrucciones por escrito a los posibles *facilitadores* del Grupo, respecto a lo que deben y no, hacer, de tal forma que el grupo se sienta relajado y seguro.

El formulario Guía del Facilitador se detalla a continuación en la Tabla 2.24.

<i>LO QUE SE HACE</i>	<i>LO QUE NO SE HACE</i>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Escuchar a todos los miembros 2. Preguntar a todos los miembros 3. Animar a los miembros del grupo a apoyarse y a aceptarse el uno al otro. 4. Ayudar a clarificar lo que dice un miembro 5. Evitar que hayan disputas en el debate 6. Participar ocasionalmente como miembro del grupo 7. Asegurarse de que todos tienen tiempo suficiente para hablar 8. Asistir de la forma acordada 9. Hablar mirando a las personas 10. Hablar de los comportamientos adictivos sin hacer juicios de valor 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dar respuestas 2. Preguntar el “por qué” 3. Aconsejar y moralizar 4. Atribuirse el ser la fuente principal de apoyo y aceptación 5. Permitir el narrar historias muy gráficas sobre el consumo 6. Monopolizar el tiempo de intervención 7. Entusiasmarse únicamente con el tiempo de intervención de una persona 8. No controlar los tiempos de la sesión 9. Hacer comentarios generales 10. Atacar a los miembros de manera personal 11. Permitir que los miembros se falten

11. Respetar a los miembros del grupo	al respeto
---------------------------------------	------------

Tabla 2.24. Guía del Facilitador

Objetivos de las Sesiones del Grupo de Apoyo Social:

1. Crear un grupo de discusión seguro y familiar, donde los pacientes pueden empezar a practicar habilidades de resocialización.
2. Facilitar a pacientes, en largo proceso de abstinencia, y, que se encuentran en un buen proceso de recuperación, prestarse como Modelo de Cambio, a través de la figura del *facilitador o co-líder*.
3. Fomentar en los pacientes, el extender sus habilidades sociales en el Grupo, a su red social externa.
4. Proporcionar un entorno de grupo menos estructurado y más independiente, que ayude a los pacientes a progresar, desde el entorno más estructurado de los Grupos de Habilidades de Recuperación Temprana y Prevención de Recaídas, al mantenimiento de la recuperación con el grupo de apoyo social, sin soporte clínico.

2.7. PROGRAMA DE ANALÍTICAS DE ORINA

El Programa de Analíticas de Orina, es un componente esencial del Modelo de Tratamiento Intensivo para pacientes externos Matrix (IOP), ya que, proporciona información objetiva y fiable relativa al consumo durante todo el proceso de tratamiento.

Junto a las analíticas de orina, para detectar uso de drogas, también se contempla el uso del alcoholímetro, a criterio clínico.

Estas herramientas, no son formas de vigilar o controlar, sino de obtener esta información y saber usarla terapéuticamente, no son una

medida punitiva de control. Es una herramienta sencilla, que el paciente 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 paciente 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 adicto.

Al inicio del tratamiento, con la firma del acuerdo y contratación del servicio, se informa a los pacientes y familiares, del uso de esta herramienta de forma semanal y/o imprevista, a juicio del terapeuta; así como, qué consecuencias tiene un resultado positivo o la resistencia a realizar la prueba.

La prueba se realiza de forma arbitraria, a criterio terapéutico, y, el paciente, 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:

1. Manejo de una prueba de orina positiva:

Se analiza el resultado con el paciente. 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, tales como, faltar a las citas, comportamiento inusual, discusiones en el grupo, o la información de la familia. 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 paciente informó del consumo, previa realización de la analítica, si admite y acepta, o, si se resiste a aceptar el resultado evidente.

Cuando el paciente niega los resultados positivos, no hay que enfrentarse al paciente, 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 paciente admite el consumo, esto debe ser reforzado terapéuticamente. Esto puede favorecer que el paciente admita la posibilidad de haber realizado otros consumos que no hubieran sido detectados.

2. Falsificación y manipulación de la orina

Inicialmente, ningún auxiliar está en presencia del adicto mientras orina, a excepción de detectar alteraciones en la muestra, tales como, color y temperatura. En estos casos, se habla con el paciente, 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 paciente, 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 paciente continúa con test de orina positivos, el terapeuta podría verse obligado a la derivación, a otro recurso de mayor atención sanitaria.

Objetivos del Programa de Analíticas de Orina:

1. Disuade al paciente de continuar con el uso de droga
2. Proporciona información, real y veraz, en el momento de realizar la prueba.
3. Es un instrumento objetivo, en la intervención con un paciente que niega el uso.
4. Diagnostica el problema, y, es un argumento, en algunos casos, para proponer un tratamiento residencial u hospitalario.

Junto a los mencionados componentes del Modelo Matrix, Sesiones Individuales y Conjuntas, Grupo de Habilidades de Recuperación Temprana, Grupo de Prevención de Recaídas, Grupo Psicoeducativo Familiar, Grupo de Apoyo Social, y, Programa de Analíticas de Orina, el Modelo Matrix, hace énfasis en la importancia crítica de utilizar los Programas tipo 12-Pasos en la etapa inicial intensiva del tratamiento para poder dar apoyo continuo al proceso de recuperación, una vez, que dicha etapa haya terminado, hasta completar el año de continuidad de tratamiento. Siempre, teniendo cuidado, de no perder a las personas que no reconocen la necesidad de asistir a las sesiones iniciales, es de vital importancia, establecer la expectativa de que, familiarizarse con los programas 12-Pasos, es una parte esencial del tratamiento en el Modelo Matrix. Dado que, el tratamiento profesional es de tiempo limitado, la participación, con iguales, tutores, *co-líderes*, o *padrinos* resulta ser de mucha importancia.

Los pacientes que logran mayor éxito, son aquéllos que tienen un alto grado de confianza en los programas tipo 12- Pasos, debido al apoyo emocional y educativo, junto con la participación en el Programa Matrix de Consulta Externa.

2.8. TRABAJAR CON USUARIOS FACILITADORES O CO-LÍDERES

Tomar en consideración, a determinados pacientes, como *facilitadores* y modelo de cambio, es una parte esencial del Modelo Matrix, esto es, la figura del *co-líder*.

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, podrían ser *usuarios facilitadores o co-líderes*, de los Grupos de Recuperación Temprana. De igual forma, los *usuarios facilitadores o 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.

A continuación, se detalla en la tabla 2.25. , los criterios para la elección del co-líder, tanto, para el Grupo de Recuperación Temprana, como, para el de Prevención de Recaídas.

Grupo de Recuperación Temprana	Grupo de Prevención de Recaídas
Un mínimo de 8 semanas de abstinencia ininterrumpida	Un mínimo de 1 año de abstinencia ininterrumpida
Asistencia regular a las sesiones programadas del Grupo de Prevención de Recaídas y las sesiones individuales y conjuntas	Haber completado el Modelo Matrix
Voluntad y compromiso de servir como <i>co-líder</i> una o dos veces en semana durante 3 meses	Participar de forma activa en el Grupo de Apoyo Social
	Voluntad y compromiso de servir como <i>co-líder</i> una o dos veces en semana durante 6 meses.

Tabla 2.25. Criterios para la elección del co-líder

CAPÍTULO TERCERO

PROCESO DE ADAPTACIÓN DEL PROGRAMA MATRIX EN LA REGIÓN DE MURCIA

CAPÍTULO TERCERO

PROCESO DE ADAPTACIÓN DEL PROGRAMA MATRIX EN LA REGIÓN DE MURCIA

El trabajo de adaptación del Modelo Matrix, basado en la evidencia, es un recurso terapéutico, que ha permitido, con la incorporación de asuntos normativos, culturales y cognitivos, utilizar de manera efectiva este programa de tratamiento de las adicciones, en una población diferente de aquéllas con las que fue probado.

El reto de la implantación de este programa fue desarrollar una intervención basada en la evidencia, que, fuera culturalmente sensitiva (Bernal y Sáez-Santiago, 2006), con el fin de que tuviera un impacto positivo y a largo plazo en los participantes.

Al adaptar un programa, éste se modifica con el fin de que responda a las necesidades de un grupo específico (González-Castro, Barrera y Martínez, 2004). La eficacia de un programa, concepto asociado a la validez interna, puede ser amenazada cuando el programa se implementa en una población diferente de aquélla con la que fue validado, particularmente cuando se implementa de manera fiel, ya que no está contextualizado culturalmente. La adaptación cultural es, entonces, el desarrollo de una versión culturalmente equivalente de un modelo de programa de intervención (González-Castro et al, 2004), en nuestro caso, Modelo Matrix, que ocurre en los niveles de diseño e implantación. (Deviex, Malow, Jean-Gilles et al., 2004).

González-Castro et al. (2004) proponen que la adaptación cultural de un programa debe incorporar “*estructuras profundas*”, siendo éstas un paso necesario que hay que tomar más allá de las que denominan “*estructuras superficiales*” (por ejemplo, las creencias normativas y otros aspectos

significativos de la forma de ver el mundo y del estilo de vida de un grupo particular). Para lograr esta incorporación, señalan, que, la adaptación de programas debe llevarse a cabo mediante tres dimensiones: cognitiva, afectiva y ambientales.

La *dimensión cognitiva*, incluye las características del procesamiento de información, tales como, el lenguaje y el nivel de desarrollo de los participantes, ya que el contenido debe entenderse. La *dimensión afectiva* comprende las características motivacionales relacionadas con el género, el trasfondo étnico, religioso y nivel socioeconómico. Por último, *la dimensión ambiental*, incluye aspectos ecológicos de la comunidad.

Déviex, Malow, Rosenberg y Dyer (2004) sugieren que una estrategia medular para la adaptación cultural de programas, es la incorporación del conocimiento específico de la cultura a la intervención. Señalan, además, que deben incorporarse las experiencias comunes del grupo, a quien va dirigido el programa, para el proceso de adaptación de la intervención. La colaboración de la población que participará en el programa, es fundamental en el proceso de adaptación del mismo. La participación de la población a la que va dirigido el programa, será la garantía para lograr que el programa sea sensible a la cultura y las condiciones de vida de los participantes.

En el proceso de adaptación, se tienen que tener en cuenta, además, factores metodológicos, socio-culturales y cognitivos (Bernal, Bonillo y Bellido, 1995).

Bernal et al. (1995), proponen una serie de dimensiones que deben ser consideradas como marco conceptual para el desarrollo de programas nuevos o la adaptación de programas ya existentes con validez ecológica o sensitivos culturalmente. Estas dimensiones son, el lenguaje, personas, metáforas, contenido, concepto, metas, métodos o procedimientos para lograr las metas definidas, y, el contexto. La *dimensión del lenguaje*, es de

gran importancia porque carga la cultura, y, permite la expresión de experiencias emocionales. El programa a implantar debe estar en un lenguaje que pueda ser entendido por todos los participantes. La *dimensión personas*, responde a las variables de la relación terapeuta-cliente, y, la necesaria correspondencia y respeto entre los valores de ambos. Las *metáforas*, corresponden al uso de símbolos y conceptos compartidos por la población en cuestión (uso de objetos, símbolos y modelos positivos). El *contenido*, es el conocimiento cultural que debe ser incorporado en la adaptación del programa. Los *conceptos*, son los constructos utilizados en el modelo teórico psicosocial. Es complejo el grado de consonancia entre los conceptos del tratamiento, la cultura y el contexto, de manera tal, que sean consistentes con los sistemas de creencias de los participantes del modelo a implantar. La *dimensión de metas*, se refiere a contextualizar las metas del tratamiento con los valores, las costumbres y tradiciones del grupo en cuestión. De esta manera, los *métodos o procedimientos* para lograr las metas del tratamiento deben establecer compatibilidad entre las tareas requeridas y la cultura. El *contexto*, la última dimensión propuesta, se refiere a aspectos como el contexto social, político y económico del lugar en el que se va a implantar en Modelo de tratamiento. Estar familiarizado con el contexto de la población, a quien está dirigido un programa, facilita la adaptación del contenido y los materiales de un programa.

Para la integración de factores socio-culturales, en el proceso de adaptación del Modelo Matrix, se utilizaron como técnicas de recopilación de información cualitativa, la evaluación formativa y las entrevistas en profundidad a investigadores y técnicos en el tratamiento de las adicciones de la Red de Salud Mental de la Región de Murcia. Este grupo focal de trabajo, es una herramienta exploratoria efectiva, tal y como defiende Baldwin y Rolf (1996), para identificar dimensiones culturales desconocidas, para explorar el conocimiento existente y las actitudes de las personas sobre asuntos relevantes en el tratamiento de las adicciones entre los investigadores y la comunidad en la que se va a implantar el Modelo de

Tratamiento. El grupo focal, también, puede utilizarse para conocer si la traducción del instrumento y la intervención son apropiados culturalmente (Deviex, Malow, Jean-Gilles et al., 2004).

En el estudio preliminar, se implantó la intervención a un grupo de pacientes (N=49), para determinar si los materiales, en forma y contenido, serían aceptados como parte del proceso de implantación de la intervención. Esta estrategia permitió el desarrollo de un plan de trabajo que lleva a cabo la incorporación y evaluación de factores socio-culturales en el proceso de adaptación del Modelo Matrix.

La última área, a considerar en la adaptación del Modelo Matrix, fue la dimensión cognitiva. Los factores cognitivos son fundamentales al considerar el modelo teórico del Modelo Matrix, las técnicas y dinámicas de facilitación de la información y los criterios de selección de los participantes del grupo en el que va a implantar el programa a adaptar. Desde esta dimensión, aspectos como el lenguaje, el procesamiento de información, la edad y etapa de desarrollo de los participantes, o la etapa de cambio a nivel cognitivo respecto al cambio de la conducta adictiva, son fundamentales.

El Department of Health and Human Services (DHHS, 2001), propone como adaptación de programas, las modificaciones deliberadas o accidentales de un programa, incluyendo: la eliminación o adiciones de los componentes medulares del programa, modificaciones en la naturaleza de los componentes que están incluidos, cambios en la manera o la intensidad de la administración de los componentes del programa establecidos en el manual del programa, el currículo o los componentes medulares para el análisis, y/o modificaciones culturales u otras modificaciones requeridas por las circunstancias locales (DHHS, 2001).

A continuación, se expone el método seguido para la adaptación cultural e implantación del Modelo Matrix para el tratamiento intensivo de las

adicciones del Instituto Matrix de Los Ángeles, California, en un centro especializado en el tratamiento de las adicciones en la Región de Murcia, España, siguiendo unas normas sistematizadas (Costa Alexandre, N.M. y Brito Guirardello, E., 2002).

3.1. CURSO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO EN EL MODELO MATRIX DE TRATAMIENTO INTENSIVO A PACIENTES EXTERNOS

Como antecedentes formales o marco jurídico, la estrategia de actuación, a nivel general, para llevar a cabo la adaptación e implantación posterior en un Centro para el tratamiento de las adicciones de la Región de Murcia, fue la firma del Contrato de Asistencia y Consultoría entre el Instituto Matrix de Los Ángeles de California en EE.UU., y, la Secretaría Sectorial de Atención al Ciudadano, Calidad Asistencial y Drogodependencias de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, con el objetivo del desarrollo y ejecución de Programas de Prevención Comunitaria. La firma de dicho contrato en 2005, tenía el objeto el diseño, la adaptación, la evaluación e implantación de Programas Modelo de Prevención y Tratamiento de consumidores de “drogas de fiesta” en la Región de Murcia, mediante el modelo de la adaptación cultural basado en los estudios científicos de investigadores de la Universidad de Los Ángeles y de Arizona, línea reconocida mundialmente de adaptación cultural de programas de prevención y asistencia en poblaciones anglosajonas aplicadas al contexto latino o hispano, y, científicamente validados en los Estados Unidos de América.

Así mismo, se articuló el Convenio de Colaboración entre la Consejería de Sanidad y la Universidad de Murcia, para el desarrollo de un Proyecto de Investigación sobre Programas Modelo de Prevención y Tratamiento de Drogas, cuyo objeto era, el desarrollo de actividades de investigación, diseño, adaptación, evaluación e implantación de Programas Modelo de

Prevención y Tratamiento de Drogas, científicamente validados en los Estados Unidos de América.

Previo a la implantación del Programa Matrix, y, con las mencionadas firmas y acuerdos, entre el Instituto Matrix y la Consejería de Sanidad de la Región de Murcia, la Directora del Instituto Matrix Dra. Jeanne L. Obert, impartió el Curso de Capacitación y Entrenamiento en el Modelo Matrix de Tratamiento Intensivo a Pacientes Externos consumidores de alcohol y cocaína de 16 semanas.

Dicho curso, tuvo lugar los días 3 a 6 de Julio de 2006, en el Hospital Psiquiátrico Román Alberca de Murcia (España), dirigido a 20 profesionales de la Red de Salud Mental y Drogodependencias de la Región de Murcia (Profesionales Asistenciales del CAD Área I y II, Servicio Patología Dual del Hospital de Caridad, La Huertecica, Proyecto Hombre, Fundación Sauce, Betania, Cruz Roja, NYPACOLD, Heliotropos, Técnicos de Prevención de Drogodependencias y Personal Investigador de la Universidad de Murcia).

El curso, consistió, en primer lugar, en la información del modelo teórico de Matrix, y, explicación de los contenidos de los materiales didácticos y clínicos, para el desarrollo e implantación de un Programa de Tratamiento para jóvenes consumidores de psicoestimulantes (propiedad intelectual del Institute of the Addictions de Los Ángeles de California en EEUU), dirigido por la profesora Jeanne L. Obert. Este curso fue una toma de contacto con los materiales que componen el Programa Matrix, que se han descrito en el capítulo anterior del presente trabajo, y, la filosofía del Modelo Matrix.

Durante estos días, la formación, de carácter intensivo, incluía la observación de sesiones reales de terapia en soporte de grabación, junto a, la transmisión de conocimientos, específicamente, dos sesiones del grupo de prevención de recaídas, “Desencadenantes y Ansias de consumo” y

“Fases de la Recuperación”, presentación de materiales didácticos, y ejercicios de role-playing dirigidos por J. Obert., y, creación de mesas de trabajo donde se debatió acerca de la relevancia cultural de los materiales y posibles adaptaciones del Modelo Matrix.

Así mismo, se realizaron visitas a algunos de los dispositivos de Atención a Drogodependencias de la Red Asistencial de la Región de Murcia, insertándose en la cultura y contexto social y clínico de la Región y de los Centros Asistenciales.

3.2. PROCESO DE ADAPTACIÓN DEL MODELO MATRIX

Con posterioridad, se creó un grupo de trabajo, compuesto por profesionales de la red de Salud Mental con amplia experiencia y formación en drogodependencias: médicos, psiquiatras, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales.

El estudio para la adaptación cultural, inicialmente, consistió en el estudio exhaustivo, que, proporcionó el conocimiento de recursos regionales, de población asistencial, y, de profesionales, a través, de visitas y de entrevistas, así como, de la búsqueda de fuentes bibliográficas y el soporte teórico-científico que definían las peculiaridades y líneas de trabajo en los centros de la Región, donde, posteriormente, se iba a implantar el Modelo Matrix.

El objetivo de este grupo de trabajo, fue valorar la aplicación del Modelo Matrix en nuestra región, las impresiones y valoraciones de aquellos aspectos, cognitivos, afectivos y ambientales que podrían integrarse en nuestras intervenciones profesionales con las adicciones.

Para la realización de este estudio, y, dada la influencia de la Antropología en la Psiquiatría Clínica, los métodos y técnicas utilizados han sido, la entrevista semiestructurada, la entrevista etnográfica abierta, la observación participante, el análisis de los datos e instrumentos cumplimentados por los técnicos sobre el modelo, el curso y el dossier enviado, así como, la narración personal de la enfermedad y de la historia vital, la descripción del modelo explicativo local, y reunión multidisciplinar a modo de grupo focal con técnicos en adicciones de la Red Regional de Salud Mental.

Con este material, se obtuvo información acerca de la evaluación que estos profesionales, expertos locales, hicieron del curso recibido y del Modelo Matrix (interés y motivación por el Modelo Matrix, aspectos positivos y negativos del programa, perfil de los técnicos, características del entorno laboral, dificultades y posibilidades para la implantación, aspectos socioculturales etc.), con el fin de recabar nivel de cambios a realizar, y, fuentes de desigualdad o dificultades observadas del programa en relación con las necesidades de la comunidad local, para la implantación posterior.

Como primer paso a ello, y, tras la realización del curso inicial, se procedió a acordar entrevistas individuales con todos los profesionales que participaron en el curso. Para ello, se elabora previamente un breve *dossier explicativo del Modelo Matrix*, que, incluye algunos aspectos del Modelo, tales como, marco teórico, principios y filosofía, componentes y estructura, y duración del programa, así como, bibliografía y fuentes de documentación.

A continuación, se presenta la síntesis del *dossier* que se distribuyó a los profesionales.

Principios del MODELO MATRIX®

El Modelo de Tratamiento Intensivo Matrix para Pacientes Externos®

se creó para proporcionar una perspectiva comprehensiva en el tratamiento de las adicciones. En la planificación del tratamiento se tienen en cuenta las necesidades de los pacientes individualmente, de tal forma, que el tratamiento les permita vivir en casa y continuar trabajando o estudiando.

Es un Programa de Tratamiento Comportamental aplicado, sobre todo, a consumidores de estimulantes. En EE.UU., los tratamientos más efectivos contra la adicción de la metanfetamina son las intervenciones cognitivo conductuales. El tratamiento se centra en la modificación del estilo de vida, el entrenamiento en prevención de recaídas, educación sobre las dependencias y la participación de la familia. Así mismo, se trata de reestructurar determinados modos de pensar, aumentando la capacidad para hacer frente a los factores estresantes en su vida. A través de los grupos de educación de familias, se pretende, transmitir las adicciones como una enfermedad crónica, y no como algo vergonzoso.

Los Grupos de Apoyo y Recuperación, en el tratamiento de la adicción a la metanfetamina, también parecen funcionar en combinación con las intervenciones cognitivo-conductuales. Así mismo, es necesario, asegurarse de la continuidad del tratamiento a través de los seguimientos que realizan los Grupos de Apoyo Social. Estos pueden llevar al paciente a una recuperación completa liberándolo del uso de drogas a largo plazo.

Actualmente, no existen tratamientos farmacológicos que curen la dependencia de la anfetamina o drogas similares. El método farmacológico actual se ha adoptado de la experiencia con tratamientos usados en casos de dependencia de la cocaína. Desafortunadamente, este método no ha tenido mucho éxito ya que ningún agente en particular ha sido eficaz en los estudios clínicos controlados.

El Programa de Tratamiento del Instituto Matrix ® es un Programa Comunitario, nacido en la comunidad, y con un soporte clave de funcionamiento en ella. En el Instituto Matrix, los elementos escogidos para crear el mejor tratamiento para adultos y adolescentes, incluye estrategias y métodos cuya eficacia ha sido demostrada y validada. La estructura de este Programa de Tratamiento proporciona a los pacientes un marco explícito y claro del horario, de las actividades y de los requisitos desde el inicio hasta el fin del tratamiento. La planificación conjunta terapeuta-paciente de su

tratamiento, es clave para su posterior recuperación.

Componentes y Estructura del MODELO MATRIX de Tratamiento de Pacientes Externos®:

El Programa de Actividades del Tratamiento Intensivo de drogas para pacientes externos está compuesto por: Grupo de Recuperación Temprana, Grupo de Prevención de Recaídas, Sesiones de Terapia Individual y Familiar, Grupos de Educación Familiar, Grupos de Soporte Social, Controles de orina semanales, Participación en el denominado Grupo de 12 pasos y Grupo de Valores.

Marco Teórico del Modelo Matrix:

Las teorías subyacentes del Programa Matrix, son el tratamiento Cognitivo- Conductual y el Refuerzo Comunitario. El enfoque básico de las intervenciones se basa en los principios de la entrevista motivacional de Miller.

Se trata de dirigir al paciente de forma sistemática hacia la motivación para el cambio, ofreciendo el consejo del propio terapeuta y el feedback cuando es adecuado, utilizando la reflexión empática de forma selectiva, con el fin de reforzar algunos procesos e intentar crear y amplificar la discrepancia cognitiva del paciente para aumentar la motivación para el cambio.

Los principios clínicos que subyacen a estas entrevistas son:

1.Expresar empatía.

La aceptación facilita el cambio, una escucha reflexiva adecuada es fundamental, la ambivalencia es normal.

2.Desarrollar las discrepancias.

Tomar conciencia de las consecuencias es importante, una discrepancia entre la conducta actual y los objetivos más importantes que se quieren conseguir, motivará el cambio; el paciente debe presentar sus propias razones para cambiar. Es útil propiciar que el paciente se de cuenta de sus contradicciones, mostrando discrepancias entre consumir y no hacerlo, y las metas importantes.

3.Evitar la discusión.

Las discusiones son contraproducentes, la resistencia, es una señal que nos indica que se deben cambiar las estrategias que se han estado utilizando, no es necesario utilizar etiquetas.

4. Darle un giro a la resistencia.

Se debe aprovechar el momento actual con el fin de obtener el mayor beneficio posible; las percepciones se pueden cambiar; los nuevos puntos de vista se sugieren, no se imponen; el paciente es una fuente valiosa a la hora de encontrar soluciones a problemas.

5. Fomentar la autoeficacia.

La creencia en la posibilidad de cambiar es un factor motivacional importante; el paciente es responsable de escoger y llevar a cabo un cambio personal.

Así mismo, en las sesiones iniciales, el terapeuta debe establecer las reglas básicas, poner límites, sin sabotear la relación terapéutica, no siendo crítico y procurando que el paciente no sienta una forma imperativa de control.

Duración del Programa:

La duración del Programa es de 16 semanas, es un tratamiento intensivo. Desde la semana 17 hasta la 52, el Grupo de Soporte Social o Grupo de Valores, y, el Grupo de los 12 Pasos realizan el seguimiento del paciente.

Pacientes participantes en cada grupo:

- En los Grupos de Recuperación Temprana se recomienda un máximo de 4 pacientes.

- Los Grupos de Prevención de Recaídas están formados por 8 o 10 pacientes máximo.

Estructuración temporal del tratamiento y de las sesiones:

- Los grupos son grupos abiertos, es decir, un paciente que terminó durante el primer mes el Grupo de Recuperación Temprana e inició el Grupo de Prevención de Recaídas, si tiene una recaída asistirá a ambos. Desde la 5ª semana hasta la número 16, el paciente continúa en el Grupo de Prevención de Recaídas.*
- En la primera sesión se firma un compromiso donde se exigen ciertas reglas base, entre las que destaca, la petición expresa de no consumir ninguna sustancia, incluyendo alcohol, durante los 4 meses.*

- *Los pacientes asisten al programa 3 veces a la semana:*
 - *2 Sesiones de Grupo (durante las semanas 1-4 será en el Grupo de Recuperación Temprana, y posteriormente, de la 5ª semana a la número 16 será en el Grupo de prevención de Recaídas).*
 - *1 Sesión Individual con su terapeuta*
 - *1 Sesión de Educación de Familias (no es terapia de familia; es formación y educación relacionada con las adicciones y sus consecuencias entre los consumidores)*
- *Las sesiones de grupo (Recuperación Temprana y Prevención de Recaídas) se pueden realizar a principio y a final de la semana (lunes y jueves o martes y viernes). Nunca pueden pasar más de 3 días sin un contacto entre terapeuta y paciente.*
- *Las sesiones grupales de Educación de Familias se suele realizar los miércoles. Se invita directamente a todas las familias de los pacientes que se encuentran en tratamiento. No es una sesión de Intervención Familiar.*
- *En este programa hay 10 Sesiones Individuales en todo el tratamiento.*
1 sesión semanal durante los 2 primeros meses;
1 sesión en el tercer mes,
1 sesión en el cuarto mes.
- *En este programa, es de suma importancia, la realización de los controles toxicológicos mediante análisis de orina, que se realizan en cualquier momento del tratamiento (semanalmente como mínimo y de forma aleatoria).*

El *dossier* expuesto anteriormente, se propone y distribuye a los profesionales como soporte inicial, tras la realización del curso, para que evalúen el Modelo, y servir de puente para la realización de las entrevistas de tipo semi-estructuradas individuales que, con posterioridad, se realizaron. Tras la puesta en contacto con esta Red de Profesionales de Salud Mental, se concertan citas para realizar la Entrevista en su Centro de Trabajo.

Las entrevistas tenían como finalidad recabar la opinión y argumentos

de estos profesionales con respecto al Programa Matrix, más concretamente, sobre cuestiones como, definición del mismo, aspectos positivos y negativos bajo su opinión, conocimiento de la metodología utilizada en el programa (entrevista motivacional, técnicas cognitivo-conductuales, grupos de prevención de recaídas, grupos de psicoeducación familiar, etc.), y, la opinión con respecto a la posible realización de un ensayo preliminar en su Centro de trabajo, para realizar la adaptación e implantación posterior con las sugerencias y aportaciones de los profesionales de nuestra Red .

La Guía de la Entrevista utilizada, se sintetiza a continuación:

Lugar y fecha de entrevista:

Entrevista realizada por:

Condiciones previas:

- Puesta en contacto telefónico para acordar la fecha y forma de envío de material resumido.
- Haber enviado con 1 semana de antelación el material resumido sobre el Modelo Matrix
- Centrar el tema en las sustancias de Cocaína y Alcohol.

DATOS PERSONALES Y LABORALES

Nombre y apellidos:

Profesión y cargo:

Lugar de trabajo:

Tiempo de permanencia en el puesto:

Residencia próxima al lugar de trabajo:

ENTORNO LABORAL

Introducción:

Este bloque de preguntas, tiene el objetivo de conocer el entorno laboral del entrevistado, conocer qué experiencia tiene y qué aplicación lleva a cabo de las actividades que, el Modelo Matrix, considera debe contener un programa de tratamiento intensivo de drogas.

Preguntas:

- ¿Podría especificar el porcentaje de pacientes de alcohol, o de cocaína, o de consumo de ambas sustancias, del total de pacientes que atiende en su Centro?

- Centrados en esta población (alcohol, cocaína), edad aproximada, estado civil.... Perfil del paciente que usted trata.

- Acciones/ programas/ intervenciones que realizan ustedes para el tratamiento de personas con adicción a psicoestimulantes. Intentar, si es posible, que emita porcentajes.

o ¿Ha trabajado usted a nivel grupal?

o ¿Ha tenido usted o tiene experiencia en grupos de prevención de recaídas?

o ¿Conoce y ha trabajado, qué experiencia tiene con entrevistas de tipo motivacional?

o ¿Qué tipo de técnicas utiliza?

o ¿Ha realizado Grupos de Educación Familiar?

MATERIAL ELABORADO MATRIX

Introducción

Este bloque de preguntas intenta controlar la variable de calidad de material elaborado. Un material aportado confuso en su información, puede distorsionar la opinión sobre el propio modelo. Al mismo tiempo, tiene el objetivo de evaluar el trabajo de resumen realizado .

Preguntas

- ¿Ha podido leer el material que se le envió?

- ¿Qué opinión tiene sobre este material?. ¿Le ha sido útil para recordar el modelo?

CONCEPTUALIZACIÓN MODELO MATRIX

Introducción:

El objetivo de este bloque es captar la interiorización del Modelo Matrix que ha hecho el profesional, a tenor de la información y formación recibida. Las preguntas se corresponden a un plano más bien *objetivo* en relación al modelo en sí mismo, sin pensar en la adaptación o incorporación de éste a su entorno laboral.

Preguntas:

- Definición del Modelo Matrix (según lo visto en el curso en el que usted participó y según el material enviado).

- En su opinión: Aspectos positivos, lo que más le ha gustado de este Modelo.

- En su opinión: Aspectos negativos, lo que menos le ha gustado de este Modelo.
- Se quedaron dudas sin resolver. Le hubiera gustado tener más información o formación sobre este tema.

INCORPORACIÓN/ ADAPTACIÓN DEL MODELO MATRIX EN SU ENTORNO LABORAL

Introducción:

Este bloque de preguntas, hace referencia al *plano real o profesional* del entrevistado, y, tiene el objetivo de controlar las variables externas relacionadas con él, que dificultarán la experimentación con el Modelo Matrix.

Preguntas:

- Acorde a la información que ha obtenido, ¿considera interesante realizar una prueba preliminar, siguiendo las pautas de este Modelo?
- ¿Considera que es posible realizarla en su Centro de trabajo y desde su puesto de trabajo?
- ¿Le apoyaría su Unidad/Institución en esta prueba experimental?, ¿Sería necesario promover algún cambio?

INCORPORACIÓN/ ADAPTACIÓN DEL MODELO MATRIX EN SU FORMA DE TRABAJAR

Introducción

Este bloque de preguntas, está relacionado con la necesidad de conocer y controlar las variables internas que puedan influir sobre el desarrollo del programa.

Preguntas:

- ¿Considera usted que tiene suficiente formación para experimentar con el Modelo Matrix?.
- ¿Se ve usted capacitado para realizar esta prueba experimental. ¿En que aspectos se ve usted más fuerte?. ¿En qué aspectos se ve menos fuerte?.

DISPONIBILIDAD TEMPORAL

- ¿Considera que podría realizarse esta prueba iniciándola en septiembre de 2006 y finalizándola en diciembre 2006?
- Para ello, ¿qué cree que sería necesario (herramientas, materiales, disponibilidad personal, motivación, formación)?

Con todas las entrevistas realizadas, y, grabadas en soporte digital, se procedió al análisis del discurso de los profesionales entrevistados.

Se conciben, por un lado, ciertos elementos contextualizadores, y, por otro, otros aspectos relativos a la respuesta ofrecida. Aspectos como, realizar o no evaluaciones, tras la aplicación de un programa para valorar resultados; la descripción y características de los centros de trabajo y cartera de servicios que se ofertan en el mismo; el perfil de la población usuaria que los profesionales describen; tipo de intervención profesional general (protocolos de actuación), así como, de intervención profesional particular (orientaciones teóricas y preferencias de los profesionales) en el centro de trabajo, en las intervenciones con población con adicciones a psicoestimulantes. La asistencia completa o no al curso de formación sobre el Programa Matrix, sugerencias y aportaciones personales, y, la lectura o no, del material aportado previo a la realización de la entrevista.

En el análisis de las entrevistas, se obtiene un resumen de los posicionamientos de los profesionales con respecto a las principales herramientas, organización, sistemática etc. utilizadas en el Programa Matrix, así como, los principales aspectos, positivos y negativos, señalados por los entrevistados.

Posteriormente, se analizaron los datos obtenidos y se procedió a una devolución de los mismos, a los profesionales participantes. En este análisis se valorará aquellos aspectos del Modelo Matrix, que, bajo la opinión de los profesionales, son susceptibles o de interés, para incorporar en nuestras formas de intervención en el tratamiento de las adicciones, así como aquellos aspectos internos y externos que facilitarían o dificultarían su incorporación, tras la realización del curso.

En la última parte, se expresan las conclusiones derivadas del análisis de estos apartados y los argumentos del grupo de investigación con respecto al Programa Matrix, en el contexto de la Red de Salud Mental y Drogodependencias de la Región de Murcia, para valorar la posible implantación en un Centro de tratamiento de las adicciones en la Región.

El análisis de resultados y conclusiones de las entrevistas, se detallan a continuación.

A) Aspectos Metodológicos

En las entrevistas realizadas a los profesionales, hemos analizado el discurso y seleccionado aspectos tales como: Accesibilidad y comunicación del centro de trabajo de los profesionales; Perfil del grupo de población drogodependiente; Tipo de intervención profesional general (protocolos de actuación) y la intervención profesional particular (orientaciones teóricas), que se realizan en el centro, dedicado a la atención de esta población, adicta a psicoestimulantes; Tipo de evaluación desarrollada, tras la aplicación de la intervención con personas adictas y los resultados obtenidos; Asistencia completa o no, al curso de formación sobre el programa Matrix de los profesionales entrevistados, y lectura o no, del material.

B) Accesibilidad y Comunicación del Centro de Trabajo de los profesionales

Se ha obtenido la información de que todos, residen muy próximos a su lugar de trabajo, la mayoría tarda entre cinco y diez minutos en llegar, bien en coche o a pie. Hay dos casos donde tardan media hora, en coche. De estas observaciones podemos deducir que la calidad de vida de estos profesionales,

en cuanto a tiempo que se invierte para acceder al lugar de trabajo, es elevada.

C) Perfil del Grupo de Población Drogodependiente

Analizamos el perfil de la población atendida en centros concertados o públicos, y dentro de este último, describimos la población adicta en el medio penitenciario.

*** Perfil de los pacientes atendidos en un Centro Concertado:**

- Alcohol 15%
- Cocaína 15 %
- Ambas sustancias 70 %
- La edad, comprende entre los 25 y 35 años.
- El 90 % son desempleados, muchos de ellos, tienen la incapacidad.
- En cuanto al sexo, hay un 35 % de mujeres y un 65 % de hombres, con tendencia a igualarse.
- El 97 %, son solteros que habrán tenido pareja. Del 3 % restante, algunos separados, muy pocos con algún hijo.
- Las mujeres, presentan trastornos de personalidad asociados al consumo, y, los hombres, suelen presentar psicosis y trastornos de humor.

*** Perfil de los pacientes atendidos en un Centro Público, de Atención a Drogodependencias:**

- “Problema doble, de alcohol y cocaína. El paciente heroinómano está desapareciendo. El alcohólico puro también está desapareciendo”
- Paciente joven, de edad entre 20 y 35 años.

- Varón, la mayoría solteros (50%), separados (20%) y casados (50%).
- En cuanto al nivel cultural, la mayoría con estudios primarios, muy pocos universitarios. Dedicados al sector de la construcción y hostelería (90%). El resto dedicado a otros oficios (10%, fontaneros, soldadores, empleados en gasolineras)
- Personalidad con dificultad para controlar los impulsos, antecedentes de TDAH en la infancia. Son pacientes con patología dual, tienen dificultades para mantener el tratamiento, y abandonan.
- No tienen casi aficiones. No realizan ninguna actividad. Dificultad para retomar qué hacer cuando terminan el consumo o idear nuevas actividades.
- Con amigos consumidores, su círculo social es de personas que también consumen.
- Hay un porcentaje muy pequeño de “pacientes de más de 50 años que se engancha a la vida moderna”.

*** Perfil de los pacientes atendidos en un Hospital Psiquiátrico:**

- Pacientes crónicos, de edad entre 30 y 35 años.
- 85-90 % varones.
- Población activa laboralmente 50-60 %.
- Estudios básicos 50 %, estudios medios superiores 10 % y menos del graduado 40 %.
- Con pareja activa consumidora el 15-20 %

***Perfil de los pacientes en el Entorno Penitenciario:**

- El 60-70 % de la población reclusa es drogodependiente.

- La principal droga consumida es la cocaína con un 80 %, después alcohol, benzodíacepinas, drogas de síntesis y por último heroína.
- Con edades comprendidas entre 25 y 40 años, iniciando el consumo en su grupo de iguales.
- El tipo de delito por el que están en prisión es contra la Salud Pública. No tienen percepción ni conciencia de enfermedad, el tiempo máximo que pueden estar con la condición de preventivos, son dos años, el tiempo de permanencia en el programa es de una media de 6 meses, y tiene gran movilidad.

D) Intervención Profesional General (protocolos de actuación) y Particular (orientaciones teóricas), que se realizan en los Centros, dedicados a la atención de esta población, adicta a psicoestimulantes. Posicionamiento de los profesionales entrevistados con respecto a las principales herramientas utilizadas en el Programa Matrix

El programa Matrix tiene sus principales referentes en la entrevista motivacional, en el trabajo grupal, en las técnicas cognitivo-conductuales, en la prevención de recaídas y en el apoyo comunitario. Sobre el conocimiento y uso en la práctica profesional diaria de estas técnicas, se preguntó a cada uno de los entrevistados. En sus discursos encontramos presente las siguientes ideas:

1. Entrevista Motivacional.

Los entrevistados, manifiestan conocerla y usarla, casi con exclusividad, en las entrevistas individuales con los pacientes. Con respecto a este tema, no se entra en las características concretas de su uso o en autores de referencia para los profesionales. Algunos discursos indican que la

conceptualización y el uso que se hace de esta técnica puede ser más sencilla y menor que las posibilidades que la misma ofrece:

- “Todas las consultas de tipo individual, están basadas en la entrevista motivacional, centradas en el paciente. Es la que mejor se adapta para trabajar con drogodependencias y la que mejor resultados se obtienen dentro de lo que es el objetivo fundamental, que, es el cambio, el cambio del estilo de vida”.

- “La uso, no tal como la vimos allí, pero sí en muchos aspectos”

Por otro lado, para los profesionales de entidades concertadas, que manifiestan estar más cercanos a corrientes humanistas y que, a su vez, realizan un mayor trabajo grupal, la entrevista motivacional es una herramienta primordial.

2. Trabajo Grupal

Los profesionales de la Administración Pública, expresan desempeñar, en general, un escaso trabajo grupal con pacientes con adicciones, y, casi inexistente con los familiares de estos en el plano de la educación familiar (más frecuente en cuanto a psicoeducación familiar). Por el contrario, para las entidades privadas, el trabajo grupal con pacientes y familiares (psicoeducación familiar y educación familiar,) es definido como el tipo de intervención mayoritario.

3. Uso de técnicas cognitivo-conductuales

Las técnicas cognitivo-conductuales, son ampliamente conocidas y muy utilizadas por los profesionales entrevistados. En menor medida, hay algunos profesionales, que por su particular orientación (psicodinámica y humanista, principalmente), minimizan su uso, no siendo tan partidarios del uso excesivo de

las mismas.

4. Trabajo de Prevención de Recaídas

Todos los profesionales entrevistados expresan realizar trabajo de prevención de recaídas con los pacientes con adicciones. La principal diferencia estriba en la forma de realización de la misma, siendo en el ámbito de la administración pública más frecuente la intervención de forma individual, mientras que en las entidades privadas, predomina, el trabajo grupal.

5. Apoyo y Soporte Social en Comunidades

Este aspecto es definido como muy escaso y poco trabajado. La brecha de separación entre lo que se considera clínico y la comunidad y el soporte que puede ofrecer, se considera muy amplia. Las acciones quedan concretadas en entidades y asociaciones de intervención específica con personas con problemas de adicciones.

Los entrevistados no conciben la comunidad, tal y como está configurada en la actualidad, como un punto de apoyo efectivo para las personas con problemas de adicciones.

E) Aspectos considerados como positivos y negativos del Programa Matrix

Se preguntó a los profesionales acerca de aquellos puntos, que, en su opinión, eran considerados como relevantes, y, por el contrario, los que ofrecían mayor dificultad, en la utilización de este programa por la red de profesionales e instituciones de la Región de Murcia.

Respecto a los aspectos considerados como relevantes, los entrevistados describieron los siguientes:

1. *La estructuración rígida del programa (temporalización y acciones dentro del proceso), unido a un buen trabajo de marketing.*

“Es un programa de tratamiento para las adicciones muy organizado, planificado y estructurado. Tienen muchos años de experiencia. Lo venden muy bien, lo dan a conocer, se lo creen y transmiten que es algo útil”

2. *El horario de las sesiones dentro del programa Matrix permite a los pacientes desarrollar una vida lo más normalizada posible (continuación de estudios o trabajo), permite a consumidores iniciar programas de tratamiento sin deteriorar o arriesgar aspectos de su vida.*

“Es el primer programa que he visto así, a nivel oficial, que está trabajando con un perfil de drogodependiente no clásico, sino, un drogodependiente que mantiene la actividad laboral, y, eso me parece que es muy importante”

3. *La asiduidad de los encuentros entre terapeuta y paciente.*

“La frecuencia con la que se ve al paciente también es un aspecto positivo”.

4. *El grupo de investigación añade, a los anteriores puntos comentados expresamente por*

los entrevistados otros, extraídos de sus discursos sin ser nombrados explícitamente:

4.1) Hemos hallado un mayor uso real de la protocolización en las entidades concertadas, y, menor, a pesar de estar desarrollado teóricamente, en los centros dependientes de forma directa de la Administración Pública. A esta situación, el Programa Matrix podría ofrecer una mayor protocolización en los centros afines a su intervención.

“Eso está elaborado mínimo hace tres años... yo creo que es imprescindible poner en marcha algún tipo de protocolo, sería muy bueno unificar criterios y unificar, ya que, corremos el riesgo un poco, de funcionar cada uno a nuestro aire” (profesional de la red pública de salud mental y adicciones).

4.2) Con respecto a los profesionales entrevistados pertenecientes al ámbito de la administración pública, hemos hallado una escasa evaluación de resultados (eficacia) de las intervenciones y resultados de los profesionales particulares y, de igual forma, desconocimiento de evaluaciones realizadas a nivel de unidades o centros. Existe la percepción entre los entrevistados de que deben de existir; pero se desconoce su ubicación y no se produce ninguna retroalimentación profesional. Algunos profesionales manifiestan un deseo de evaluación y devolución de resultados más cercana, aspecto

que, sin embargo, está altamente controlado en la ejecución del Programa Matrix:

“Yo si quiero saber si lo que hago está bien, en salud mental hay muchas resistencias a medir, estamos pidiendo instrumentos desde abajo, pero esto tiene que venir desde arriba.

Respecto a los aspectos considerados de mayor dificultad, los entrevistados describieron los siguientes:

1. *La concepción de que no es novedoso en sus contenidos, aunque sí en su estructuración, organización y evaluación.*

2. *Las dificultades de intervenir con los pacientes en horario de tarde o nocturno, cuando desde la administración pública, la mayoría de trabajos se desarrollan en horario de mañana.*

“Claro, ellos tienen su horario de trabajo que no tiene nada que ver con el nuestro, yo creo que eso sería un problema importante”.

3. *El trabajo grupal con grupos abiertos.*

“... ¿cómo se pueden estructurar los grupos si entran y salen?... quizás, es ahí, donde yo pueda ver un poquito más la dificultad”.

4. *La disponibilidad telefónica continuada de los terapeutas con respecto a los pacientes*

“Me llamó la atención, también, cuando comentaban que más o menos tenían línea

directa, eso es muy americano. Creo que tu no puedes estar solucionándoselo todo. Tienes que preparar al paciente, que puede aguantar un poquito y esperar a mañana, quizás eso si sea un enfoque distinto de trabajo”

5. Trabajar con el Programa Matrix técnicas o líneas con las que los profesionales no se sienten a fines.

“Este quizás va muy a lo cognitivo-conductual y yo he dicho antes que aquí se trabajan también otras líneas, por tanto, la gente que tiene otra línea más dinámica tiene muchas más resistencias a este tipo de grupos; “si yo tengo línea dinámica esto no entra ahí”, si entra, es muy de pasada y esto no es de pasada”

6. Destinar recursos económicos a profesionales a instaurar un tipo de programas nuevos cuando es necesario invertir en creación y mantenimiento de recursos de atención a personas con problemas de adicciones.

“Me duele el alma de que se estén gastando el dinero en este tipo de cosas. Sentémonos a hablar de recursos; hay una determinada población, a la que no llegan los recursos”

7. Escasa existencia de los llamados “grupos de valores” o “grupos de soporte social”.

“Imagínate que se abriera el Programa Matrix aquí en Murcia. 4 meses y luego el resto del tratamiento acude a grupos de este tipo... ¿dónde

los enviamos? habría que crearlos. La disposición comunitaria no ofrece esos recursos, a no ser, que aquí se sustituyera con una comunidad religiosa, parroquial, pero, lo que es grupos de autoayuda...”

Como alternativas a las dificultades los entrevistados propusieron las siguientes:

a) *Incentivar económicamente a los profesionales que lleven a cabo estas experiencias.*

“Yo creo que lo que aquí habría que plantearse, si esto se tuviese que poner en marcha, y aunque parezca un poco mercantil, lo siento así, tienes que incentivar al personal, y, ¿de qué forma?; yo estoy muy motivada profesionalmente, pero si trabajo más, quiero que me paguen más...”

b) *Liberar a los profesionales, que desarrollen el programa, de cierta carga asistencial.*

“Sería necesario promover cambios, que nos liberen de cierta carga asistencial”

c) *Adaptar culturalmente ciertos aspectos a la realidad social de la Región de Murcia.*

Conclusiones

1. *La mayoría de los profesionales entrevistados no consideran*

oportuno ni viable realizar una prueba inicial entre los meses de septiembre y diciembre de 2006; aunque, sí consideran que sería de interés general, realizarla con posterioridad.

2. La mayoría de profesionales entrevistados, se consideran con suficiente formación y experiencia profesional como para desarrollar la prueba del Programa Matrix; aunque, sí indican que sería necesario una puntualización de ciertos aspectos teóricos y metodológicos. De igual forma, estarían dispuestos/as a llevarla a cabo tras una negociación sobre su jornada laboral o económica.

3. Hay mucha disponibilidad y motivación por parte de los profesionales. La formación para completar la preparación del Programa Matrix, se puede lograr con algún taller que trabaje las técnicas menos conocidas o trabajadas, en general, por los profesionales. Siendo muy importante contar con el apoyo de todas las personas del equipo de trabajo.

“El número total de sesiones y los puntos que plantea es difícil ponerlo en práctica en su totalidad, desde nuestro modelo social o equipo social, siendo tan riguroso; otra cuestión, es que surja esa filosofía e impregne cualquier tipo de intervención asistencial, aunque luego no pueda llevarse a cabo estrictamente por cien, pero sí como un modelo de apoyo”

“Nunca dejamos de formarnos, y, en la originalidad y creatividad de cómo, lo que ya sabemos cómo lo transmitimos, quizás, porque estas personas, algunos, han pasado por muchos psicólogos, comunidades terapéuticas y están un poco aburridos”.

4. Muchos profesionales, añaden, que es importante seleccionar bien los pacientes, que no tengan una larga historia de adicciones, ni un gran deterioro cognitivo conductual, para poder trabajar con ellos mediante el Programa Matrix.

“Este programa que implica al entorno Comunitario, hace que se cree un entorno contrario a las drogas en esas comunidades, podamos crear un impacto social en la comunidad, porque está claro que impacto individual y familiar, tiene. El impacto social lo podemos ir estableciendo mediante la sensibilización de las comunidades con la problemática de las drogas”.

5. Para pilotar el Programa Matrix, hay que ser riguroso, para, después, poder hacer las valoraciones y las adaptaciones culturales pertinentes. Debemos tener en cuenta, todos los sesgos para minimizarlos o neutralizarlos.

6. El enfoque de la integración social del adicto es importante con respecto a la disponibilidad horaria, es necesario investigar el perfil de usuario, con el que vamos a aplicar el Programa Matrix. Tenemos que considerar si trabaja o no, si tiene una vida estructurada o no; dependiendo de estos y otros factores, será seleccionado o no.

7. La gran mayoría de los profesionales no tiene ningún problema para la implantación del programa. Poseen escasa experiencia en tratamientos grupales, pero muy buena disposición.

8. La adaptación cultural del Programa Matrix ha comenzado con la traducción de los documentos, algunas palabras son del hispano americano, con mucha terminología que se utiliza en el

inglés americano, estas, a su vez, habrá que sustituirlas por otras que son utilizadas en nuestra Región.

9. Está claro, por tanto, que para cada colectivo debemos analizar sus riesgos específicos, y, adaptar el lenguaje a la singularidad cultural de las poblaciones a atender. Estas adaptaciones, son motivo de evaluación y mejora constante.

10. También debemos desarrollar técnicas cualitativas (entrevistas en profundidad, grupos de discusión, talleres, investigación participativa, comunicación no verbal, etc.) con nuestros pacientes y sus familias, para conocer en profundidad su problemática y valorar si es posible aplicar el Programa Matrix en su casuística concreta.

A la vista de los datos obtenidos, tras la valoración de los profesionales de la red de salud mental y drogodependencias, se decide, continuar el proceso de adaptación del Programa Matrix, de forma preliminar, escogiendo para ello, el Servicio de Patología Dual del Santo y Real Hospital de Caridad de Cartagena, por las características del mismo, y, por cumplir los requisitos idóneos, para culminar este proceso de adaptación, y, consecuentemente desarrollar, el posterior proceso de implantación del Programa Matrix.

A partir de esta experiencia, y, con los resultados obtenidos, propondríamos el extender el programa sucesivamente a otros centros de nuestra región.

De este modo, y, con el consentimiento de la Directora del Instituto, J. Obert, se procede a la traducción de los materiales, no sólo desde la mera transcripción, sino teniendo en cuenta las características motivacionales

afectivas, y ambientales, para lograr contextualizar el programa y, así, lograr mayor aceptabilidad y mejores resultados en los usuarios, por lo que, la adaptación cultural tiene la misma importancia que el contenido en sí del programa.

Para la aplicación del Programa se utilizaron los materiales traducidos, con los contenidos descritos en el capítulo anterior, siguiendo la estructura y contenidos del Modelo Matrix, las conclusiones técnicas y orientaciones de los expertos entrevistados de la Red de Salud Mental y Drogas de la Región de Murcia, con la adaptación a la cultura española, haciendo las modificaciones, en cuanto a ejemplos, expresiones gramaticales, sustitución de información confusa, conceptos extraños o que no encajan, que se consideraron oportunas, y, prestando más atención en el tiempo a aquéllas sesiones o aspectos terapéuticos, que el grupo terapéutico demandaba, y, a criterio del terapeuta, o a la comorbilidad psiquiátrica que la mayoría presentaban, manteniendo, la fidelidad a la estructura del Programa Matrix, que fue supervisada durante toda la implantación por un observador externo, también formado en el programa y experto en adicciones.

El uso del Programa Matrix, como hemos reseñado, fue más allá de la simple traducción o de una adaptación básica no tanto en cuanto al contenido de los materiales, sino teniendo en cuenta la “ecología interactiva” (Amesty, E y Clinton, A., 2006), en la cual se llevó a cabo la investigación con participación de los profesionales, de los pacientes y de los familiares de éstos, destrezas y formación del terapeuta, y, evaluación posterior del programa. Pues, uno de los grandes retos de este estudio fue probar la utilidad del Programa Matrix en una muestra de 49 pacientes con adicción a cocaína y alcohol, en un contexto diferente al de los pacientes Latinos en Estados Unidos, si bien utilizan el mismo idioma, sin embargo las realidades culturales son diferentes.

Como conclusión, destacar la importancia que tiene en el proceso de adaptación, el ir más allá de la simple traducción, pues, a pesar de que se enseñan destrezas o habilidades universales, es necesario contextualizarlo tanto para los terapeutas, como para quienes reciben el programa; así mismo, es fundamental conocer los fundamentos teóricos motivacionales y cognitivo-conductuales del Programa Matrix, así como, conocerlo en profundidad a fin de garantizar la fidelidad de su uso. Nos referimos, a las pautas del programa en cuanto a secuencia, frecuencia y contenido, pues los terapeutas deben saber cuándo pueden improvisar o incorporar algunos elementos en el desarrollo del programa, pero también, saber qué no está permitido y qué cambios implican modificaciones sustanciales del programa.

Finalmente, en la literatura se recomienda adaptar programas ya validados, argumentando que, ésto reduce los costos y facilita el intercambio de información en la comunidad científica (Guillemin, F. Hutchinson A., 1995).

3.3. IMPLANTACIÓN DEL PROGRAMA MATRIX DE TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES.

Para la implantación del Modelo Matrix de tratamiento intensivo de 16 semanas para paciente drogodependientes, tal y como hemos señalado en el apartado anterior, se escogió el Servicio de Patología Dual del Santo y Real Hospital de Caridad de Cartagena, España.

El Servicio de Patología Dual, es una Unidad Específica de Tratamiento Integral en modalidad ambulatoria y residencial, para población drogodependiente. Las comunidades terapéuticas son modelos multicomponentes de tratamiento de las conductas adictivas, que, han demostrado efectividad, principalmente, en los primeros meses tras el abandono del consumo.

Esta Comunidad Terapéutica, es un recurso especializado en el abordaje de la patología dual, integrado en la Red Asistencial de Salud Mental y Drogodependencias del Servicio Murciano de Salud.

El Modelo Asistencial del Servicio de Patología Dual, toma como modelo de intervención de la patología dual, el modelo teórico de New Hampshire (Rubio, G., López-Muñoz, F., Santo-Domingo, J.,2002). Se trata de un Modelo de Tratamiento Intensivo e Integral que incluye diferentes etapas, donde son claves, aspectos como la *Vinculación* o formación de la relación terapéutica, la *Persuasión* o motivación al cambio que tiene el paciente por el tratamiento, la *Evaluación y el Tratamiento de la Patología Dual* (Manejo clínico de casos a nivel psicoterapéutico y psicofarmacológico) enmarcado en conocimientos de Neurociencias, la *Prevención de Recaídas y Psicoeducación* (Desarrollo de estrategias para reducir la vulnerabilidad de las adicciones y de la enfermedad mental) y, la *Rehabilitación y Reinserción* (Formación ocupacional y ocioterapia, para facilitar la rehabilitación y reinserción sociocomunitaria y laboral de los pacientes).

El programa asistencial del Servicio de Patología Dual, se fundamenta en la integración del abordaje terapéutico; de forma general, intervención intensiva y breve, grupos de autoayuda (*12 pasos dual*, Modelo de Pares), *Network Therapy* de Galanter, en el contexto de una Comunidad Terapéutica Intrahospitalaria con Programas Grupales de tratamiento, de evaluación, deshabituación, rehabilitación y reinserción psicosocial y laboral.

Este modelo de tratamiento integrado es el modelo defendido como más eficaz (Osher & Kofoed, 1989, Rosenthal et al. 1992; Lehman et al. 1994, Drake et al. 1996; Ries et al. 1997, en Rubio, G., López-Muñoz, F., 2002), habiéndose comprobado que potencia y optimiza la utilización de los servicios ambulatorios, disminuye el número de ingresos hospitalarios, así como, los problemas legales, y, en ocasiones, de marginalidad.

La orientación de este modelo sigue la orientación cognitivo-conductual, que sigue los principios de la entrevista motivacional, combinando el análisis funcional de la conducta problema, el aprendizaje de destrezas de entrenamiento conductual con intervenciones cognitivas y de cambios globales en el estilo de vida, integrando procedimientos clínicos de gran interés como la terapia dialéctica comportamental, y la terapia de aceptación y compromiso.

La elección de este Centro, para implantar de forma preliminar el Modelo Matrix es, precisamente, la filosofía asistencial subyacente, que subraya la importancia de una comprensión multimodal de las adicciones, tomando tres ejes de análisis o intervención: la perspectiva neurocientífica, que aporta el conocimiento de las neurociencias a través de la disciplina científica de la Psiquiatría y la Psicología Clínica, de las alteraciones que el cerebro sufre durante el trastorno adictivo; la perspectiva social, que estudia el ambiente que contextualiza las conductas de consumo; y, la perspectiva psicológica, desde la que se evalúan los procesos conductuales, cognitivos y emocionales implicados en la adicción.

En cuanto a la infraestructura física, equipamiento clínico y de laboratorio toxicológico, dicho Centro Terapéutico, reunía los niveles necesarios de exigencia para la implantación.

La implantación del Programa Matrix, se llevó a cabo en el Servicio de Patología Dual. Los pacientes permanecían de lunes a viernes en el servicio y durante los fines de semana (sábado y domingo), marchaban con sus respectivas familias, quienes se comprometían al seguimiento terapéutico.

Lo importante en la aplicación del Programa Matrix, durante 16 semanas es la adherencia de los pacientes, no estando más de 48 horas sin recibir algún tipo de modalidad asistencial en cuanto a sus componentes, y,

su flexibilidad, a pesar de la rigidez en su estructura y temporalización, lo que favorece la implantación, en aras de la fidelización del modelo Matrix.

Así mismo, la implicación y el compromiso de la familia en el proceso de recuperación de los pacientes durante los fines de semana, y, en el Grupo de Educación Familiar, durante los 4 meses de tratamiento, y, el programa de controles de orina, del Programa Matrix, minimizan la posibilidad de recaída.

En cuanto a los materiales para el paciente, se elaboraron agendas, se diseñaron las fichas de todas las sesiones, y, se elaboró un manual de trabajo para cada paciente que permanecía en el Centro, hasta finalizar el tratamiento, momento en el que se devolvía a cada participante, su manual.

Los materiales de trabajo entre sesiones, son la agenda, el registro diario de la abstinencia y el horario de planificación del tiempo.

CAPÍTULO CUARTO

ESTUDIO PRELIMINAR DE LA IMPLANTACIÓN DEL PROGRAMA MATRIX

CAPÍTULO CUARTO

ESTUDIO PRELIMINAR DE LA IMPLANTACIÓN DEL PROGRAMA MATRIX

4.1. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

Para la realización de este estudio preliminar nos marcamos los siguientes OBJETIVOS:

- 1.- Adaptar a nuestro medio el Programa Matrix de tratamiento intensivo para pacientes con dependencia de sustancias.
- 2.- Aplicar en nuestro medio el Programa Matrix, en una muestra de pacientes.
- 3.- Evaluar los resultados obtenidos, y la eficacia del Programa Matrix

Como HIPÓTESIS general, proponemos:

La aplicación del Programa Matrix, implica una mejoría clínica de nuestros pacientes, una importante disminución de la sintomatología, al igual que un mejor control en el mantenimiento de la abstinencia, y, una mejor y más fluída interacción, en el ámbito familiar y social.

4.2. MUESTRA

Para este estudio preliminar, la muestra se constituyó con pacientes del Servicio de Patología Dual, que a su vez, habían sido remitidos desde la red de Salud Mental y Drogodependencias de la Región de Murcia.

Para la selección de pacientes, los manuales del Modelo Matrix no proporcionan ninguna guía, quedando a criterio del terapeuta. Se

seleccionaron 49 pacientes, entre 22 y 45 años, de ambos sexos, 36 hombres y 13 mujeres.

La muestra elegida, reunía los siguientes requisitos:

- Criterios diagnósticos DSM IV-TR, para la dependencia de sustancias (cocaína, alcohol, cannabis)
- Compromiso explícito de mantener la abstinencia durante las 16 semanas de tratamiento intensivo.
- Sintomatología clínica estable.
- Actualmente, con o sin trabajo.
- Con apoyo familiar, que asegure la continuidad de la abstinencia los fines de semana.
- Motivación por el tratamiento.

Seleccionada la muestra, a la que se va implantar el Programa Matrix, se procedió a la primera sesión Individual con los pacientes y familiar de referencia, explicándoles las características del tratamiento y con aceptación libre y responsable del programa terapéutico. En esta sesión inicial se orienta al usuario hacia el tratamiento, y, se firma el Consentimiento y Acuerdo de Servicios del Programa Matrix. (Anexo 1).

Así mismo, la implantación del programa fue supervisada por un observador externo para todas las sesiones grupales, que, a través de técnicas como diarios de campo, observación directa, y cumplimentación de cuestionarios de evaluación al final de cada sesión, realiza un seguimiento externo e imparcial del funcionamiento de cada uno de los pacientes y del desarrollo de la sesión en sí misma, evaluando el uso legítimo del formato estandarizado. Sus aportaciones son definitivas, para la posterior adaptación.

4.3. INSTRUMENTOS

A todos los pacientes, se les realizó un estudio clínico, valoración psiquiátrica y psicodiagnóstico global. Previamente, se realizaron entrevistas semi-estructuradas al paciente, para la recogida de datos sociodemográficos (Anexo 2), e indicadores clínicos y de consumo, (Anexo3), la historia psiquiátrica y toxicológica, el tipo de tratamiento psicofarmacológico recibido y entrevistas, conjuntas con el familiar de referencia del paciente, para valorar el nivel de motivación al cambio en el manejo de la conducta adictiva, la etapa de cambio en la que se encontraba siguiendo el modelo de las etapas de cambio de Prochaska y Diclemente (1983,1984), (Prochaska y Prochaska,1993), y el grado de apoyo e implicación en el proceso de recuperación.

Se aplicaron los siguientes instrumentos:

1.- Batería de cuestionarios, para evaluar personalidad, la severidad de síntomas somáticos y psíquicos, y, la forma básica y específica de pensamiento.

Los cuestionarios administrados se exponen en la siguiente tabla 4.1.

Inventario Clínico Multiaxial de Millon, MCMI-II
Cuestionario Factorial de Personalidad 16 PF-5
Inventario de Pensamiento Constructivo, CTI
Cuestionario de 90 Síntomas, SCL 90-R

Tabla 4.1. Listado de Cuestionarios

La exploración de los rasgos de personalidad del paciente drogodependiente constituye uno de los ámbitos de evaluación más relevantes dentro del contexto clínico.

A continuación, se desarrolla, de forma breve, una explicación de los mismos.

El *Inventario Clínico Multiaxial de Millon, MCMI-II*, es un cuestionario autoinformado de 175 ítems, con respuesta dicotómica de tipo verdadero-falso. El instrumento permite la evaluación de 22 trastornos de personalidad y síndromes clínicos diferentes. En relación a los trastornos de personalidad, se obtienen 10 estilos básicos de personalidad, y, tres, de personalidad patológica. Referente a los síndromes clínicos, se obtienen 6 escalas de síndromes clínicos de gravedad moderada, y, tres, de síndromes clínicos de extrema gravedad.

- *Escalas básicas de personalidad*: Esquizoide, fóbica, dependiente, histriónica, narcisista, antisocial, agresivo-sádica, compulsiva, pasivo/agresiva y autodestructiva.
- *Escalas de personalidad patológica*: Esquizotípica, límite y paranoide.
- *Síndromes clínicos (gravedad moderada)*: Ansiedad, histeriforme, hipomanía, neurosis depresiva, abuso de alcohol y abuso de drogas.
- *Síndromes clínicos (gravedad extrema)*: Pensamiento psicótico, depresión mayor y trastorno delirante.

El *Cuestionario de Personalidad de 16 Factores de Cattell, 16PF-5*, es un instrumento de medida de espectro amplio de personalidad, para adolescentes mayores de 16 años y adultos, que tiene como finalidad la apreciación de dieciséis rasgos de primer orden (o escalas primarias de personalidad). El instrumento consta de 185 ítems con tres alternativas de respuesta (dos extremos y una alternativa) obteniéndose las puntuaciones de las 16 escalas primarias, los tres índices de estilos de respuesta y las dimensiones globales.

- *Dieciséis rasgos primarios*: Afabilidad, Razonamiento, Estabilidad, Dominancia, Animación, Atención a las normas, Atrevimiento, Sensibilidad, Vigilancia, Abstracción, Privacidad, Aprensión, Apertura al cambio, Autosuficiencia, Perfeccionismo y Tensión.
- *Cinco dimensiones globales*: Extraversión, Ansiedad, Dureza, Independencia y Auto-control. La comprensión de los constructos se facilita mediante una descripción a través de adjetivos de los polos o decatipos altos (+) o bajos (-).

El *SCL 90-R* es un cuestionario breve multidimensional, autoadministrado de 90 ítems, con cinco opciones de respuesta cada uno.

Síntomas primarios: Somatización, obsesivo-compulsivo, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo.

Índices generales: Índice de severidad global, índice de síntomas positivos de estrés, y, sintomatología positiva total.

El *SCL 90-R* es un buen instrumento de cribado de alteraciones psiquiátricas entre mujeres con un trastorno por dependencia de alcohol (Haver, 1997), y, se detecta sensibilidad al cambio de sus escalas ante el trascurso de un tratamiento en drogodependencias (Kokkevi, 1998).

Por otro lado, hasta hace poco, no ha habido medidas de la inteligencia del sistema experiencial. Entre otras razones, porque era desconocido este concepto. Una vez establecida su existencia, se hizo posible construir una medida de la inteligencia experiencial: el CTI. Este Inventario, es, un útil predictor de muchas de las habilidades y reacciones adaptativas que no eran medidas, o, sólo lo eran parcialmente, mediante los tests de inteligencia.

El *Inventario de Pensamiento Constructivo de Epstein, CTI*, evalúa las las formas básicas de pensamiento constructivo o destructivo. Es un inventario jerárquicamente organizado que ofrece información en tres niveles de generalidad:

- *Escala Global de Pensamiento Constructivo.*
- *Seis escalas principales:* Emotividad, eficacia, pensamiento supersticioso, rigidez, pensamiento esotérico, ilusión.
- *Subescalas o facetas de las escala,* que describen modos específicos de pensamiento constructivo o destructivo, tales como pensar positivamente, aferrarse a acontecimientos desafortunados del pasado, clasificar a la gente o a los hechos de modo categórico, o pensar en formas que favorecen o dificultan una actuación eficaz.

2.- Escalas para medir la impresión clínica global, la impulsividad, el nivel de obsesión y compulsión hacia el consumo, y la gravedad selectiva para la cocaína.

Estas escalas se aplicaron a los pacientes, al inicio del tratamiento, al mes, a los dos meses, y, a los cuatro meses, tras finalizar el tratamiento.

Las Escalas de Evaluación utilizadas, se presentan en la tabla 4.2.

Escala de Impresión Clínica Global, CGI
Escala de Impulsividad de Barratt, BIS-11
Escala de Obsesión Compulsión de Yale- Brown, Y-BOCS
Escala de Valoración de la Gravedad Selectiva para la Cocaína CSSA

Tabla 4.2. Listado de Escalas

A continuación, se desarrolla, de forma breve, una explicación de los mismos.

La *Escala de Impresión Clínica Global - CGI*, es una escala descriptiva, que proporciona información cualitativa, sobre la gravedad del cuadro psiquiátrico y sobre el cambio experimentado por el paciente con respecto al estado basal. Consta de dos subescalas que evalúan respectivamente, la gravedad del cuadro clínico y la mejoría del cuadro clínico debido a intervenciones terapéuticas.

La *Escala de Impulsividad de Barratt - BIS-11*, es una escala clínica de rasgo, que valora la presencia de un patrón de conducta impulsiva mantenida a largo plazo. Incluye 3 dimensiones: cognitiva (tendencia a tomar decisiones rápidas), motora (tendencia a actuar de forma súbita) y ausencia de planificación (mayor interés por el presente que por el futuro).

La *Escala de Obsesiones-Compulsiones de Yale-Brown, (Y-BOCS)*, valora la obsesividad ante el consumo.

La escala se cumplimenta por el terapeuta mediante una entrevista semiestructurada. Consta de 10 ítems, 5 sobre obsesiones y 5 sobre compulsiones, que se puntúan de 0 a 4, con un rango de 0 a 40. Además, tiene 6 ítems dedicados a investigación, un ítem de gravedad global, otro de mejoría global y otro de fiabilidad.

Junto a la puntuación total, se puede obtener la severidad de síntomas obsesivos y severidad de síntomas compulsivos, ya que se ha demostrado el carácter bidimensional de la escala.

La *Escala de Valoración de la Gravedad Selectiva para Cocaína – CSSA*, desarrollada por Kampman y cols. (1998) para cuantificar la intensidad de la sintomatología inicial de la abstinencia de cocaína. Es un instrumento heteroaplicado que consta de 18 ítems que evalúan la presencia e intensidad de los signos y síntomas que se han asociado con más frecuencia a la abstinencia inicial de cocaína. Proporciona una puntuación total, a mayor puntuación, mayor gravedad de la abstinencia.

3.- **Encuestas específicas de satisfacción**, dirigidas a valorar la eficacia del conjunto de las sesiones, y, que son contestadas, tanto por terapeuta, como por el observador externo y por los pacientes. Para el diseño de estas encuestas, se utilizaron una serie de items medidos a través de una escala tipo Likert de 5 pasos.

4.4. METODOLOGIA

El Programa Matrix se aplicó, durante cuatro meses, a una muestra total de 49 pacientes, distribuidos en subgrupos de 10-12 personas, con un mismo terapeuta y un observador externo, que no intervenía en las sesiones.

La aplicación del programa, se desarrolló, tal y como se describió en el capítulo dos de este estudio, realizando su seguimiento durante este periodo.

Todos los pacientes seguían tratamiento psicofarmacológico y eran revisados periódicamente por un psiquiatra.

Por otro lado, se diseñaron protocolos de evaluación para cada una de las sesiones, individuales, grupales (de recuperación temprana y de prevención de recaída), y grupo de educación familiar, para valorar el grado de satisfacción, y un apartado para sugerencias en cada una de las sesiones. Estos protocolos de evaluación se realizaron para cada una de las sesiones, para los pacientes, los familiares y el terapeuta.

Se evaluó el desarrollo de las sesiones, el impacto y satisfacción con el programa a nivel individual, grupal y familiar, que fue llevado a cabo por el observador externo.

Desde la primera sesión grupal, se dejaron pactadas las normas de funcionamiento del grupo, relativas a respeto, turno de palabra, puntualidad

y confidencialidad, y se valoró la posibilidad de retirada del programa de aquéllos pacientes en los que el grado de compromiso y conciencia era escaso o nulo; así mismo, se trabajó la adherencia al programa, la motivación y responsabilidad al cambio, y el compromiso terapéutico a nivel grupal, con el uso de técnicas y herramientas cognitivo conductuales y motivacionales.

La aplicación progresiva del programa durante 16 semanas intensivas, también sirvió para ir adecuando, el contenido y tiempo de desarrollo de las sesiones según las necesidades terapéuticas y el nivel de procesamiento del grupo. Así, se dedicaron un mayor número de sesiones a la Sesión 1 “Detener el Ciclo” del Grupo ERS, y, la sesión 1 “El alcohol: la droga legal”, la sesión 9 “Abstinencia Total”, la sesión 11 “Prevención de la Recaída” y, sesiones 16 y 21 “Justificación de la Recaída”, del Grupo de Prevención de Recaída.

El manejo del Craving, (Marlatt y Gordon, 1985), la revisión de las agendas, el trabajo de la ambivalencia, la no confrontación y la monitorización personal del tiempo de abstinencia, fueron temas siempre latentes a lo largo de las sesiones. Todo ello, dinamizado con un estilo terapéutico motivacional, no confrontacional y dinamizador, fortaleciendo el compromiso para el cambio, reforzando los cambios conductuales adecuados y proporcionando retroalimentación correctiva cuando era necesario (Miller y Rollnick, 1999). El estilo terapéutico es cooperativo y empático.

Otros ejercicios terapéuticos adicionales que forman parte de la adaptación del Modelo Matrix fueron:

- El análisis decisional. Análisis de pros y contras del consumo y, no consumo, en las sesiones iniciales, aplicado a nivel individual o grupal. Con la siguiente tabla 4.3, el

paciente valora los beneficios e inconvenientes de consumir y dejar de consumir. Esta reflexión individual, lleva, al menos, a plantearse cuestiones tales como si es conveniente seguir consumiendo, o plantearse el cambio de la conducta adictiva.

Beneficios de seguir consumiendo	Costos de seguir consumiendo
Beneficios de dejar de consumir	Costos de dejar de consumir

Tabla 4.3. Balance Decisional

En la matriz de decisiones, instrumento elaborado por Marlatt (1985), a partir de la hoja del balance decisional, el paciente anota sus expectativas respecto a las consecuencias inmediatas (positivas y negativas) tanto de dejar de consumir cocaína o permanecer abstinentes, como de continuar o reiniciar el consumo de cocaína. Esto produce, al menos, un cierto aumento de la concienciación y un determinado nivel de autorreevaluación.

- Cinco preguntas sobre el consumo de una persona, lo que permite al paciente hacer el análisis funcional de la conducta problema e identificar situaciones de riesgo de forma clara. Estas preguntas son “¿Cuándo, dónde, por qué, con quién y para qué consumes?”, en relación con el esquema: “Disparadores- Pensamiento- Deseo Consumo /Abstinencia”, que se propone en las sesiones 1 y 3 del Grupo de Recuperación Temprana del Modelo Matrix. Para ello, se trabaja en grupo, el esquema del análisis funcional, que se presenta a continuación en la siguiente

tabla 4.4., con preguntas orientativas, para la mejor comprensión del mantenimiento de la conducta problema.

Situación antecedente	Pensamientos	Sentimientos y Emociones	Conducta	Consecuencias
<i>¿Dónde estaba? ¿Con quién estaba? ¿Qué estaba pasando?</i>	<i>¿Qué estaba pensando?</i>	<i>¿Cómo me sentía? ¿Qué sensaciones tenía?</i>	<i>¿Qué hice? ¿Qué consumí? ¿Qué tanto consumí? ¿Qué hicieron las personas que estaban conmigo?</i>	<i>¿Qué ocurrió después? ¿Cómo me sentí? ¿Cómo reaccionaron las otras personas? ¿Alguna otra consecuencia?</i>

Tabla 4.4. Análisis Funcional

- Tras las sesiones 1,2 y 3, del Grupo ERS, se añade una sesión para incorporar constructos teóricos que plantean los propios pacientes, tales como la diferencia entre caída (*lapse*) y recaída (*relapse*), aprender a remontar una recaída cuando se ha producido el primer fallo, identificar las decisiones aparentemente irrelevantes y el efecto de violación de la abstinencia. Estos constructos atienden al Modelo de Prevención de Recaídas de Marlatt y Gordon (1985).
- Explicación de las etapas de Cambio de Prochaska y DiClemente (1993), para la identificación de la etapa motivacional y decisional en la que se encuentra el paciente, en relación a la etapa del proceso de recuperación que propone el Modelo Matrix en la sesión 5 del Grupo de Recuperación Temprana “El Mapa de la Recuperación” .

- Intervenciones cognitivas para trabajar la red de creencias disfuncionales. Acabar con las drogas significa, para algunos, acabar con la *capa de seguridad* que utilizan para tapar su disforia. (Jennings, 1991). Los pacientes suelen tener un conjunto de creencias que parece, llegan a ser más intensas cuando deciden dejar de utilizarlas. Estas creencias se centran en la anticipación del estado de privación, y, la baja tolerancia a la frustración. Otro conjunto de creencias se centran alrededor de la sensación de indefensión, con respecto a la capacidad de controlar el *craving*.
- Sesiones adicionales de práctica de la Relajación Muscular Progresiva, de Visualización Guiada y de Detención del Pensamiento; así mismo, ejercicios de role-playing para la puesta en práctica de las habilidades del rechazo o asertividad, ante ofrecimiento de consumo de sustancias.

Ninguna sesión, de ninguno de los componentes individual, grupal o familiar, del Modelo Matrix, se eliminó.

Igualmente, se realizaba el programa de analíticas de orina dos veces en semana de forma aleatoria, para controlar la abstinencia de los pacientes, y, fundamentalmente las entrevistas con el familiar al inicio de la semana para comprobar cómo habían manejado y mantenido la abstinencia durante el fin de semana, de forma conjunta.

Podríamos decir, que las habilidades para el manejo y mantenimiento de la abstinencia, parecieran tener métodos universales para su aprendizaje; pero, se requiere contextualizarlo dentro de la cultura de quien las enseña y de quien las aprende, para que sea posible su asimilación.

En general, en el proceso de adaptación e implantación, se siguieron las líneas de la Terapia Cognitivo Conductual, en el que las tareas críticas esenciales para que el tratamiento en adicciones sea exitoso (Carroll, K.M., 2004) son, potenciar la motivación para la abstinencia, enseñar habilidades de afrontamiento, cambiar las contingencias de reforzamiento, potenciar el manejo de estados afectivos dolorosos, y, mejorar el funcionamiento interpersonal y aumentar los apoyos sociales, así como, los fundamentos de la entrevista motivacional.

En cuanto, a la participación en Grupos de 12 pasos o el Grupo de Soporte Social, la implantación del Modelo Matrix en este Centro, nos ofreció la opción de adscribir a los pacientes al Programa de Rehabilitación y Programa de Ocio del propio Centro. Reuniones sociales de encuentro entre pacientes y familiares, actividades terapéuticas de ocio, y actividades de rehabilitación como sesiones de relajación, grupo de crecimiento personal, y, actividades deportivas y culturales, dirigidas por educadores y supervisadas por el terapeuta, se utilizaron como actividades adaptadas del Grupo de 12 Pasos y de Soporte Social del Modelo Matrix.

El Grupo de Educación Familiar, se implantó según el modelo propuesto, con una amplia aceptación como foro de discusión y espacio psicoeducativo de los familiares participantes.

El tratamiento de los datos obtenidos a través de la aplicación de los cuestionarios y escalas reseñadas con anterioridad, se efectuó a través de los paquetes estadísticos SYSTAT 10 y SPSS17.

CAPÍTULO QUINTO

RESULTADOS DEL ESTUDIO PRELIMINAR

CAPÍTULO QUINTO

RESULTADOS DEL ESTUDIO PRELIMINAR

5.1. RESULTADOS DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS E INDICADORES CLÍNICOS Y DE CONSUMO

En el estudio preliminar de implantación y adaptación del Modelo Matrix, la muestra estaba formada por 49 participantes, con las características sociodemográficas que se muestra en las tablas 5.1. a 5.6., con las distribuciones y porcentajes para cada una de las variables.

La muestra presenta una edad media de 35,65 años (DT=8,7), con un rango de edades que va desde los 21 a los 59 años. Respecto al número de hijos, el máximo es de 5, siendo el promedio de 0,9 (DT=1,29). El número de miembros de la unidad familiar, es de 3,3 en promedio (DT=1,22). En cuanto a los ingresos psiquiátricos es de 1,7 en promedio (DT=1,71). Estos datos se ilustran, a continuación, en la tabla 5.1.

	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Típica
Edad	21	59	35,65	8,78
Nº de hijos	0,00	5	0,93	1,29
Miembros de la Unidad Familiar	1	7	3,30	1,22
Ingresos Psiquiátricos	0,00	7,00	1,75	1,71

Tabla 5.1. Características Sociodemográficas e Ingresos psiquiátricos (Variables cuantitativas) (N= 49)

En cuanto al sexo, predomina el sexo masculino que representa un 73,4 % de la muestra, frente al 26,5% de mujeres. Respecto a la variable, estado civil, predominan las personas solteras (55,1%), frente a las casadas

(24,4%), si bien, también se registran un 12,2% de viudos, y un 8,1% de separados o divorciados. Respecto al nivel de estudios, predominan los estudios primarios con un 75,5% de la muestra, sobre los estudios secundarios con un 20,4%; también, se registra un 4,08%, de la muestra con estudios superiores. Así mismo, el 51,0% pertenecen a zonas urbanas, frente al 48,9% de la población, que pertenece al medio rural. La distribución y porcentajes de las anteriores variables sociodemográficas se exponen en la tabla 5.2.

		Distribución	Porcentaje
Sexo	Varón	36	73,46 %
	Mujer	13	26,53%
Estado Civil	Solteros	27	55,10%
	Casados	12	24,49%
	Viudos	6	12,24%
	Separados	4	8,16%
Nivel Educativo	Primarios	37	75,51%
	Secundarios	10	20,40%
	Superiores	2	4,08%
Población	Rural	24	48,98%
	Urbana	25	51,02%

Tabla 5.2. Características Sociodemográficas de la muestra (N= 49)

En cuanto al perfil de las características laborales, el 36,7 % se encuentran desempleados, seguido del 26,5% de personas que tienen trabajos eventuales; así mismo, el 14,2% se encuentran en situación de incapacidad permanente, el 10,2% son trabajadores autónomos, el 4,08% tienen trabajos indefinidos, y el 2,04% son estudiantes. Respecto al nivel socioeconómico, predomina el nivel medio representado por el 77,55% de la muestra, siendo el medio-bajo de un 8,1%, el medio-alto de un 8,1% y el alto de un 6,1%. Así mismo, un 61,2% de la muestra, tiene ingresos propios frente al 38,7% que no los tienen, o tienen dependencia económica. Los citados datos se exponen en la tabla 5.3.

		Distribución	Porcentaje
Situación Laboral	Trab. Autónomos	5	10,2%
	Estudiantes	1	2,04%
	Trab. Eventuales	13	26,53%
	Trab. Indefinidos	2	4,08%
	Desempleados	18	36,73%
	Incapac. Transitoria	2	4,08%
	Incapac Permanente	7	14,28%
	Baja Laboral	1	2,04%
Nivel Socioeconómico	Alto	3	6,12%
	Medio-Alto	4	8,16%
	Medio	38	77,55%
	Medio-Bajo	4	8,16%
Ingresos Propios	Sí	30	61,22%
	No	19	38,77%

Tabla 5.3. Características Sociodemográficas de la muestra (N= 49)

Respecto al tipo de convivencia de la población a la que fue adaptada el Modelo Matrix, el 61,2 % conviven con la familia de origen, seguido del 24,4%, que tienen familia propia, le sigue la característica de vivir sólo al 10,2%, y, el 2,0% para la convivencia con otros familiares o amigos, así como, sólo con hijos, el 2,0 %. Los datos se observan en la siguiente tabla 5.4.

		Distribución	Porcentaje
Tipo de Convivencia	Sólo	5	10,20%
	Familia Propia	12	24,49%
	Familia de Origen	30	61,22%
	Sólo con hijos	1	2,04%
	Con otros familiares o amigos	1	2,04%

Tabla 5.4. Distribución y Frecuencias de la variable Tipo de Convivencia

En cuanto a los antecedentes judiciales, el 69,3% de la población no tienen antecedentes judiciales, frente al 30,61% que sí los tiene. Así mismo, al inicio del proceso de adaptación del Modelo Matrix, actualmente, tienen problemas judiciales el 12,2% frente al 87,7% que no tienen problemas judiciales en la actualidad. Respecto a la situación legal, el 97,9% eran responsables ante la ley, frente al 2,0% que tienen situación de incapacidad con tutela. La distribución y porcentajes de las variables antecedentes judiciales, problemas judiciales y situación legal, se ilustra, a continuación, en la tabla 5.5.

		Distribución	Porcentaje
Antecedentes judiciales	Si	15	30,61%
	No	34	69,38%
Problemas Judiciales	Si	6	12,24%
	No	43	87,75%
Situación Legal	Responsable ante la ley	48	97,95%
	Incapacidad con tutela	1	2,04%
	Incapacidad en trámite	0	0

Tabla 5.5. Distribución y porcentajes de las variables Antecedentes Judiciales, Problemas Judiciales y Situación Legal.

Respecto al apoyo percibido y real por parte del paciente ante su problema, a nivel familiar, el 91,8% de la muestra, sí perciben que tienen apoyo de la familia; y el 95,9%, sí perciben que tienen apoyo a nivel social.

En la tabla 5.6., se observan las distribuciones y frecuencias de las variables apoyo percibido familiar y social.

		Distribución	Porcentaje
Apoyo Familiar	Si	45	91,83%
	No	4	8,16%
Apoyo Social	Si	47	95,91%
	No	2	4,08%

Tabla 5.6. Distribuciones y frecuencias de las variables Apoyo Percibido Familiar y Social

En cuanto a las características clínicas, se evaluó el estadio de cambio en el que el paciente se encontraba al inicio del proceso de adaptación del Modelo Matrix. En los estudios relativos al proceso de abandono del consumo de cocaína, los autores del modelo transteórico de cambio (Prochaska y DiClemente, 1983), han utilizado generalmente un sistema de clasificación categorial de los estadios de cambio. La variable estadios de cambio fué evaluada a través de método autoinformado, a partir de unas serie de preguntas mutuamente excluyentes (Rossi et al.,1992; Prochaska,1994; Prochaska et al.1994; Rossi et al., 2001), en Tejero, 2003.

Las preguntas críticas, expuestas en la siguiente Tabla 5.7., permiten asignar todo consumidor de cocaína, a un único estadio de cambio, y, son las siguientes.

1. ¿Consumes cocaína en la actualidad?	Si	No
2. ¿Estás considerando seriamente abandonar el consumo de cocaína en los próximos 6 meses?	Si	No
3. ¿Planeas abandonar el consumo de cocaína en los próximos 30 días?	Si	No
4. ¿Cuánto tiempo llevas sin consumir cocaína?	___/___/___	

Tabla 5.7. Evaluación Categorial de los Estadios de Cambio

El algoritmo utilizado para realizar la asignación a cada estadio en función de las respuestas a las anteriores preguntas, es el siguiente:

1. *Precontemplación:* Individuos que responden que están consumiendo cocaína u otras sustancias en la actualidad, y, que no consideran seriamente abandonar dicho consumo en los próximos 6 meses.
2. *Contemplación:* Individuos que también consumen cocaína en la actualidad, pero, consideran seriamente abandonar dicho consumo en los próximos 6 meses.
3. *Acción:* Individuos no consumidores de cocaína en la actualidad y con una abstinencia inferior a 6 meses.
4. *Mantenimiento:* Individuos igualmente no consumidores de cocaína con una abstinencia superior a 6 meses.

Así, al inicio de la adaptación del modelo, la muestra se encontraba en un 34,6% en el estadio de contemplación, seguido por el 24,4% que se encontraba en el estadio de Preparación al cambio, el 16,3% en el de Pre-contemplación, el 14,2% en el de Acción, y el 10,2% en el de Mantenimiento.

La distribución y porcentajes de los estadios de cambio de la muestra, se observan en la siguiente tabla 5.8.

	Distribución	Porcentajes
Pre-Contemplación	8	16,32%
Contemplación	17	34,69%
Preparación	12	24,49%
Acción	7	14,28%
Mantenimiento	5	10,20%

Tabla 5.8. Distribución y porcentaje de la muestra para los Estadios de Cambio

En cuanto al tipo de tratamiento que la muestra ha seguido anteriormente para el abandono de la conducta adictiva, el 46,9% han recibido tratamiento psiquiátrico, el 8,1% han seguido únicamente tratamiento psicológico, y el 44,8% han recibido tratamiento psiquiátrico y

psicológico. Respecto a los tratamientos psiquiátricos recibidos, el 89,7% seguía tratamiento farmacológico antidepresivo, el 87,7% tratamiento farmacológico con ansiolíticos, seguido del 18,3% con tratamiento con antipsicóticos, el 8,1% con interdictores depot, y el 8,1% seguía otros tratamientos farmacológicos distintos.

La distribución, por tratamiento seguido y tipo, y, porcentajes, se observa en la siguiente tabla 5.9.

		Distribución	Porcentaje
Tipo de Tratamiento	Psiquiátrico	23	46,93%
	Psicológico	4	8,16%
	Ambos	22	44,89%

Tabla 5.9. Distribución y porcentaje por Tipo de Tratamiento

En cuanto a los tratamientos farmacológicos seguidos, la distribución y porcentajes se recoge, a continuación, en la tabla 5.10.

		Distribución		Porcentaje
Tratamiento Farmacológico	Antidepresivos	Si	44	89,79%
		No	5	10,20%
	Ansiolíticos	Si	43	87,75%
		No	6	12,24%
	Antipsicóticos	Si	9	18,36%
		No	40	81,63%
	Interdictores Depot	Si	4	8,16%
		No	45	91,83%
	Otros	Si	4	8,16%
		No	45	91,83%

Tabla 5.10. Distribución y porcentaje por Tipo de Tratamiento Farmacológico

En cuanto a la edad de inicio de consumo, la edad media de inicio es de 19,7 años (DT=5,5), con un rango de edad de inicio que va desde los 12 a los 35 años. Respecto al tiempo máximo de abstinencia en días, la media de días en abstinencia es de 169,5 días (DT=205,41), con un rango que va desde los 20 días, a los 1101 días de abstinencia. El perfil de edad de inicio y tiempo máximo de abstinencia se observa en la tabla 5.11, que exponemos a continuación.

	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Típica
Edad de Inicio	12	35	19,79	5,55
Tiempo máximo	20	1101,0	169,51	205,41

Tabla 5.11. Perfil de Edad de Inicio y Tiempo Máximo de Abstinencia

Respecto a la distribución y porcentajes de sustancia de consumo, la cocaína era consumida por un 42,8 %, seguida del consumo de alcohol y cocaína consumida por un 24,4 %, del 22,4 % consumidores solo de alcohol, y del 10,2 %, consumidores de cannabis. En cuanto a la vía de administración, la forma, principalmente, es por vía intranasal, en un 36,7%, seguida de la oral y fumada o inhalada, en un 24,4%; la forma oral, en un 22,4%, la forma fumada en un 14,2%, y, por último, la parenteral en un 2,0%.

En las tablas 5.12., y 5.13., observamos la distribución y porcentajes de las variables sustancia principal de consumo y vía de administración, respectivamente.

		Distribución	Porcentaje
Sustancia	Alcohol	11	22,44%
	Cocaína	21	42,85%
	Cannabis	5	10,20%
	Alcohol y cocaína	12	24,49%

Tabla 5.12. Distribución y porcentajes de la variable Sustancia Principal de Consumo

		Distribución	Porcentaje
Vía de Administración	Oral	11	22,44%
	Intranasal	18	36,73%
	Fumada	7	14,28%
	Parenteral	1	2,04%
	Oral+inhalada/fumada	12	24,49%

Tabla 5.13. Distribución y porcentajes de la variable Vía de Administración

En cuanto a la frecuencia de consumo, el 75,5% de la muestra, es consumidora a diario, seguido del 24,4% que consumen días alternos. No existiendo, en la muestra consumidores de fines de semana o esporádicos.

En la tabla 5.14, observamos la distribución y porcentaje de la variable frecuencia de consumo.

		Distribución	Porcentaje
Frecuencia de Consumo	Diario	37	75,51%
	Días alternos	12	24,49%
	Fines de Semana	0	
	Esporádicos	0	

Tabla 5.14. Distribución y porcentaje de la variable Frecuencia de Consumo

Respecto a la variable medidas de control de la abstinencia, previas a la incorporación al Programa Matrix, tales como medicación específica o analíticas, el 18,3 % sí habían tomado alguna medida de control, frente al 81,6 %, que no las habían tomado.

La distribución y porcentaje de dicha variable se recoge en la tabla 5.15.

		Distribución	Porcentaje
Medidas de Control	Si	9	18,36%
	No	40	81,63%

Tabla 5.15. Distribución y porcentaje de la variable Medidas de Control de la Abstinencia

Del total de la muestra, el 85,7% no tenía antecedentes médicos, y el 89,7% tenía antecedentes psiquiátricos.

Así mismo, el 83,6%, de la población tiene antecedentes psiquiátricos de tratamiento ambulatorio especializado, el 73,4%, ha pasado por hospitalización especializada; el 32,6%, ha seguido tratamiento psiquiátrico privado; sólo, el 24,4 %, ha pasado por comunidades terapéuticas; y, el 10,2%, ha estado en centros de día para drogodependientes. Los datos de distribución y porcentaje de las mencionadas variables, antecedentes médicos y antecedentes psiquiátricos, se recogen en la tabla 5.16. y 5.17. , respectivamente.

		Distribución	Porcentaje
Antecedentes Médicos	Si	7	14,28%
	No	42	85,71%

Tabla 5.16. Distribución y porcentaje de la variable Antecedentes Médicos

			Distribución	Porcentaje
Antecedentes Psiquiátricos	Sin antecedentes	Si	5	10,20%
		No	44	89,79%
	Ambulatoria Especializada	Si	41	83,67%
		No	8	16,32%

	Hospitalización Especializada	Si	36	73,46%
		No	13	26,53%
	Comunidad Terapéutica	Si	12	24,49%
		No	37	75,51%
	Centro de Día para Drogodependientes	Si	5	10,20%
		No	44	89,79%
	Atención Especializada Privada	Si	16	32,65%
		No	33	67,34%

Tabla 5.17. Distribución y porcentaje de la variable Antecedentes Psiquiátricos

5.2. RESULTADOS DE PRUEBAS PSICOMÉTRICAS

Las pruebas psicodiagnósticas utilizadas en este estudio, anteriormente referidas, fueron el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II); el Cuestionario Factorial de Personalidad de Cattell (16PF-5); el Cuestionario de 90 Síntomas de Derogatis (SCL-90-R), y, el Inventario de Pensamiento Constructivo de Epstein (CTI).

Los estilos de personalidad, reflejan en profundidad características permanentes y omnipresentes del funcionamiento de las personas. Estas características tienden a perpetuarse y agravar las dificultades cotidianas, ya que, están encorchetadas y automatizadas con el modo de vida, siendo, con frecuencia, inconscientes en cuanto a las consecuencias destructivas de su naturaleza y personalidad. Bajo condiciones de persistente adversidad, el estilo de funcionamiento desadaptado podría comenzar a descompensarse, adquiriendo aspectos que justifican la denominación *de moderada o marcada gravedad*. Estas etapas avanzadas de la patología de la

personalidad, reflejan un deterioro insidioso y progresivo de la estructura, acentuando el estilo de vida de funcionamiento. A pesar de cambios evidentes en la integración psíquica, la competencia social y el control emocional, el sujeto tiende a mostrar las características más importantes de personalidad que eran evidentes anteriormente.

5.2.1.- Resultados Cuestionario de Personalidad MCMI-II, de Millon:

A continuación, se detalla en la tabla 5.18., los estadísticos descriptivos referidos a la evaluación de cada una de las escalas básicas, personalidad patológica y síndromes clínicos medidos a través del cuestionario MCMI-II de Millon.

Escalas		Mínimo	Máximo	Media	Desv.Típica
Categorías	diagnósticas				
Patrones Clínicos de Personalidad	Esquizoide	-2,00	105,00	56,71	21,44
	Fóbica	0,00	105,00	52,46	23,45
	Dependiente	12,00	106,00	59,06	19,59
	Histriónica	0,00	115,00	44,85	30,10
	Narcisista	6,00	115,00	58,49	19,46
	Antisocial	43,00	110,00	73,06	15,38
	Agresivo/sádica	8,00	102,00	58,10	19,28
	Compulsiva	0,00	83,00	37,44	21,76
	Pasivo/agresiva	0,00	102,00	57,42	21,51
	Autodestructiva	0,00	100,00	51,81	20,50
Patología Grave de Personalidad	Esquizotípica	0,00	110,00	55,08	23,45
	Límite	13,00	103,00	65,93	18,32
	Paranoide	0,00	107,00	62,49	22,13
Síndromes Clínicos	Ansiedad	0,00	105,00	70,49	27,60
	Histeriforme	0,00	93,00	49,12	26,59
	Hipomanía	10,00	105,00	68,12	22,77

	Neurosis Depresiva	0,00	95,00	59,95	25,61
	Abuso de Alcohol	30,00	110,00	81,24	19,27
	Abuso de Drogas	29,00	107,00	82,38	18,32
Síndromes Graves	Pensamiento Psicótico	6,00	114,00	67,24	28,51
	Depresión Mayor	0,00	116,00	63,38	30,61
	Trastorno Delirante	0,00	108,00	63,98	27,22

Tabla 5.18. Estadísticos descriptivos de las escalas básicas, personalidad patológica y síndromes clínicos medidos a través del cuestionario MCMI-II de Millon (N=49).

Como se ilustra en la tabla 5.18., las puntuaciones medias más elevadas obtenidas por la muestra (N=49), corresponden al patrón clínico de personalidad antisocial ($\mu=73,06$), seguido del trastorno de personalidad límite ($\mu=65,93$) y, entre los síndromes clínicos, destacan las puntuaciones más elevadas en abuso de drogas ($\mu=82,38$), seguido de abuso de alcohol ($\mu=81,24$), y, en ansiedad ($\mu=70,49$). Entre los síndromes graves, destaca el pensamiento psicótico ($\mu=67,24$).

De acuerdo a la interpretación de las escalas, que ofrece el manual del cuestionario MCMI-II, el componente “más destacado” de una configuración de personalidad del MCMI-II, será su escala más alta, sea o no, la magnitud de su Tasa Basal (TB) superior a 84. Sin embargo, solamente las escalas de personalidad con TB de 60 o mayores deberían considerarse cuando se formula una descripción de la personalidad de los individuos. Así mismo, las asignaciones diagnósticas basadas en el MCMI-II, se dan generalmente, cuando las puntuaciones de las escalas de personalidad son superiores a TB 70. Por lo que podríamos concluir, en la

muestra objeto de estudio, el perfil clínico de personalidad predominante es el patrón clínico de personalidad antisocial, seguido del trastorno límite de personalidad, con abuso de drogas y alcohol, y puntuaciones elevadas en ansiedad.

En los siguientes gráficos, 5.1. y 5.2., observamos el perfil medio obtenido por la muestra (N=49) de las puntuaciones en cada una de las escalas clínicas de personalidad y síndromes clínicos que mide el Cuestionario MCMI-II de Millon.

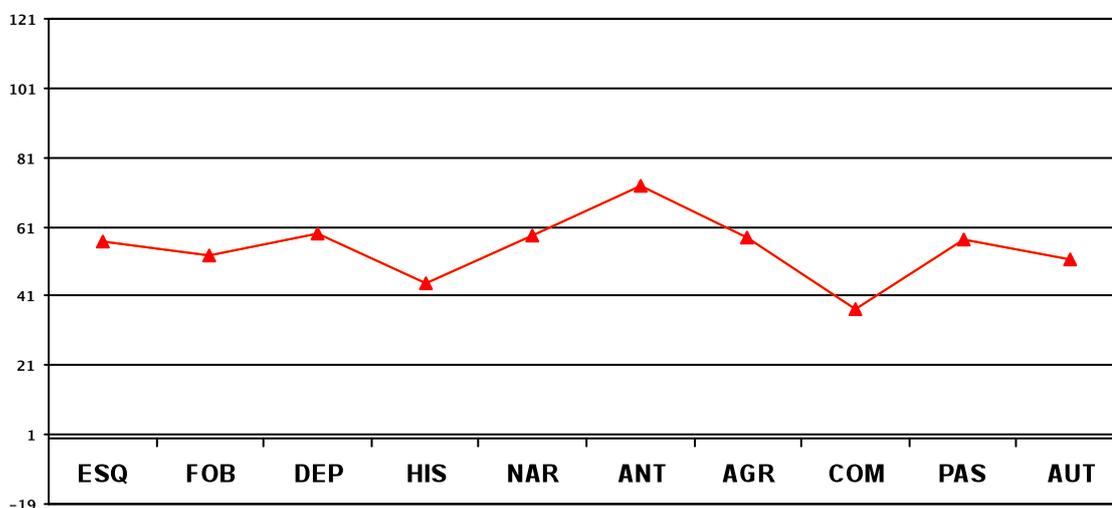


Grafico 5.1. Perfil de las puntuaciones medias de los Patrones Clínicos de Personalidad de la muestra (N=49) en el Cuestionario MCMI-II de Millon.

NOTA del Gráfico 5.1.:

(ESQ= Esquizoide, FOB=Fóbica, DEP=Dependiente, HIS=Histriónica, NAR=Narcisista, ANT=Antisocial, AGR=Agresivo/Sádica, COM=Compulsiva, PAS=Pasivo/Agresiva, AUT=Autodestructiva).

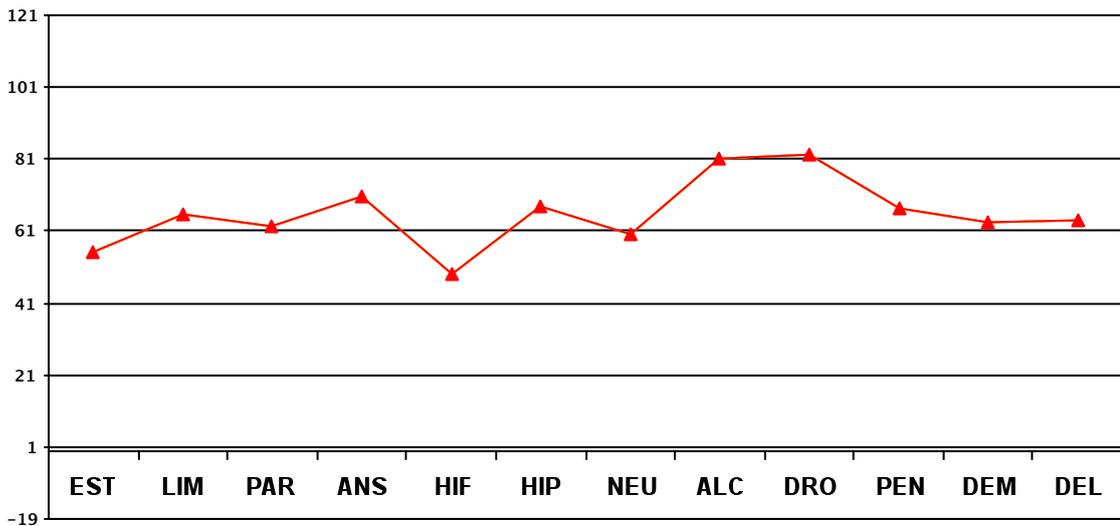


Grafico 5.2. Perfil de las puntuaciones medias de las Patologías Graves de la Personalidad, y, de los Síndromes Clínicos de la muestra (N=49) medidas con el Cuestionario MCMI-II de Millon.

NOTA del Gráfico 5.2.:

(EST=Esquizotípica, LIM=Límite, PAR=Paranoide), (ANS=Ansiedad, HIS=Histeriforme, HIP=Hipomanía, NEU=Neurosis Depresiva, ALC=Abuso de Alcohol, DRO= Abuso de Drogas, PEN=Pensamiento Psicótico, DEM=Depresión Mayor, DEL=Delirios Psicóticos)

Como conclusión, la puntuación media más elevada en las escalas básicas de personalidad, se obtiene en el patrón clínico de personalidad Antisocial ($\mu=73,06$), seguido de la patología grave de la personalidad Límite ($\mu=65,93$).

Las citadas escalas, nos define a la muestra (N=49), con las características de personalidad, que se observa en la tablas siguientes 5.19., y, 5.20.

NOTA: Abreviaturas empleadas en las tablas 5.19. y 5.20.

- 1 Presentación Conductual. 2 Conducta Interpersonal. 3. Estilo Cognitivo. 4. Mecanismo Inconsciente. 5. Expresión Afectiva. 6. Autopercepción. 7. Configuración Internalizada. 8. Organización Intrapísica

PERSONALIDAD ANTISOCIAL

Procesos funcionales

P.C.(1) IMPULSIVO: Es impetuoso e irrefrenable, actuando apresurada y espontáneamente de una manera inquieta y sin reflexión; es corto de miras, incauto e imprudente, fracasando para planificar o para considerar alternativas, sin prestar atención a las consecuencias.

C.I. (2) IRRESPONSABLE: Es desleal y deshonesto; no es capaz de cumplir o se niega de forma voluntaria a cumplir sus obligaciones de tipo marital, parental, laboral o financiero; viola de forma activa los códigos socialmente establecidos mediante conductas ilegales o hipócritas.

E.C. (3) PERSONALISTA: Interpreta sucesos y relaciones de acuerdo con creencias y morales socialmente poco ortodoxas; es despectivo con ideas tradicionales y desdeñoso con los valores convencionales.

M.I. (4) SUPERFICIAL: Raramente contiene las tensiones internas, que pueden aumentar en virtud de la demora de la expresión de pensamientos socialmente ofensivos y acciones malevolentes; en lugar de transformar los impulsos socialmente indeseables en una forma sublimada, los descargan directamente de manera abrupta, normalmente sin sentimientos de culpa subsecuentes.

Atributos Estructurales

E.A.(5) CRUEL: Es insensible, antipático y desalmado, como expresión de un déficit a gran escala en caridad social, compasión humana, o remordimiento personal; se muestra descortésmente grosero y ofensivo, cuando no despiadado, con desapego del bienestar de otros.

A. (6) AUTÓNOMO: Se considera a sí mismo liberado de las costumbres sociales y de restricciones por lealtades personales; valora la imagen y disfruta de la sensación de ser libre, no limitado por personas, lugares, obligaciones o rutinas.

C.I. (7) REBELDE: Las presentaciones internas comprenden una mezcla ingobernable de actitudes vengativas e impulsos inquietos conducidos a subvertir en costumbres e ideales culturalmente establecidos, a degradar sentimientos personales y a la consecución de logros materiales de la sociedad que le fueron negados.

O.I.(8) INCONTROLADO: Las operaciones defensivas internas son notables por su escasez, como los esfuerzos por reprimir los impulsos refractarios, llevando a un sistema de controles que fácilmente se sobrecarga, bajos umbrales para la descarga hostil y sexual, pocos canales sublimatorios, una autoexpresión desbocada y una marcada intolerancia a la demora o a la frustración.

Tabla 5.19. Personalidad Antisocial.

PERSONALIDAD LÍMITE

Procesos Funcionales

Atributos Estructurales

P.C. (1) PRECIPITADO: Desencadena un nivel de energía desordenada en explosiones repentinas, imprevistas e impulsivas; los cambios endógenos en el estado pulsional y en el control inhibitorio ponen en peligro constante el equilibrio de la activación.

C.I. (2) PARADÓJICO: Aunque necesita atención y afecto de otras personas es imprevisiblemente oposicionista, manipulativo y voluble, provocando con frecuencia el rechazo más que el apoyo; reacciona ante los temores y a la separación de forma furiosa, viva y, a menudo autolesiva.

E.C.(3) CAPRICHOSSO: Experimenta percepciones o pensamientos rápidamente fluctuantes y antitéticos con respecto a los acontecimientos pasajeros; sus propias conductas provocan reacciones vacilantes y contradictorias en los demás, lo cual crea, a su vez, una reinformación social conflictiva y confusa.

M.I.(4) REGRESIÓN: En situaciones de estrés se retrae a un nivel evolutivamente primitivo de tolerancia a la ansiedad, control de impulsos y adaptación social.

E.A. (5). LÁBIL: No consigue conciliar su estado de ánimo inestable con la realidad externa; tiene cambios marcados de la normalidad a la depresión y a la excitación, o padece largos períodos de abatimiento y apatía, con momentos intercalados de enfado, ansiedad o euforia.

A. (6) PERPLEJO: Experimenta la confusión de un sentido de la identidad inmaduro, nebuloso o vacilante; intenta redimirse de sus acciones abruptas y de sus apariencias cambiantes mediante expresión de contricción y conductas autopunitivas.

C.I. (7) INCOMPATIBLE: Los aprendizajes construidos de forma rudimentaria y oportuna, pero sistemáticamente abortados, han conducido a recuerdos confusos, actitudes enigmáticas, necesidades contradictorias, emociones antitéticas, impulsos erráticos y estrategias opuestas en la resolución de los conflictos.

O.I.(8) DIFUSA: Las estructuras internas poseen una configuración desdibujada en cuyos elementos se observa una notable carencia de distinción y claridad; ocasionalmente los niveles de conciencia se difuminan y se produce con facilidad una corriente a través de las fronteras que normalmente separan las percepciones, los recuerdos y los afectos que no tienen relación; todo esto propicia disoluciones periódicas donde normalmente está presente una limitación de la cohesión y del orden psíquico.

Tabla 5.20. Personalidad Límite

Por otro lado, las puntuaciones medias obtenidas por la muestra (N=49) en los síndromes clínicos Abuso de Alcohol ($\mu=81,24$) y Abuso de Drogas ($\mu=82,38$), además de indicar historia de consumo de alcohol u otras drogas, y los posibles esfuerzos para superar esta dificultad con mínimo éxito, estas escalas, nos ofrecen la oportunidad de situar el problema dentro del contexto del estilo de personalidad total de afrontamiento y de funcionamiento, de los pacientes que componen esta muestra.

Marinangeli et al. (2000), encuentran que más de la mitad de los pacientes psiquiátricos presentan como mínimo un trastorno de personalidad, siendo el trastorno límite el más prevalente (30,7 %).

La exploración psicopatológica en pacientes consumidores de sustancias se considera una parte fundamental dentro de la evaluación. Diferentes estudios han señalado la importancia que representa en el tratamiento la presencia de otros diagnósticos del eje I.

En nuestro país, Pedrero (2003), encontró una prevalencia de trastorno de personalidad en sujetos con trastorno por uso de sustancias, del 78 %, sin que por el momento se pueda establecer una relación causa-efecto. Lo que sí es evidente es que esto produce una mayor dificultad en el manejo de estos pacientes.

Verheul (2001), explica esta comorbilidad debido a que los trastornos de personalidad están en la raíz de la etiología de los trastornos por el uso de sustancias, por una triple vía:

- La propensión a la desinhibición del comportamiento y a la búsqueda de sensaciones
- Tendencia a la reducción del estrés
- Mayor sensibilidad a la recompensa

En la aplicación del Programa Matrix, tal y como hemos descrito anteriormente, existen dos destacados trastornos de personalidad en pacientes con trastorno por consumo de sustancias, el Trastorno Antisocial y el Trastorno Límite.

Si queremos conocer cual es el estado de esta relación, vemos que en la clasificación internacional de enfermedades mentales DSM IV TR (1994), la relación entre el trastorno de personalidad límite y trastorno por consumo de sustancias, está recogida en el criterio 4: “síntoma relacionado con la impulsividad y potencialidad autodestructiva”, criterio que hace referencia al abuso, quizás, no a la dependencia.

Si revisamos la guía práctica APA sobre los borderline (2001) Millon, 1998), nos indica que esta asociación dará lugar a una influencia negativa en la evolución, con resultados terapéuticos más pobres, mayor riesgo de suicidio, y, disminución en el umbral para las conductas autodestructivas, autolesiones, promiscuidad sexual y riesgo de suicidio.

Conocidas las bases biológicas de esta comorbilidad, la clínica nos indica diversos tipos de consumo del paciente con trastorno de la personalidad límite. Por un lado, el consumo impulsivo, siendo las sustancias más frecuentes alcohol y cocaína (o ambas), que puede ser egosintónico durante el consumo, y, egodistónico después, ya que, se sigue de culpa, malestar y vergüenza. Por otro, el consumo compulsivo, que tiene como finalidad el reducir el malestar habitual, la disforia permanente y persistente de estos pacientes, por lo que el consumo, tiene aquí la finalidad de automedicación, buscando un efecto desinhibidor que les permite buscar relaciones que les den ilusión de sentirse cuidados. El consumo compulsivo se acompaña de un fenómeno que desde la neurobiología se ha llamado “priming”: al llegar a ciertos niveles de alcohol, en ocasiones, cocaína, ya no pueden detener el consumo.

Con este consumo compulsivo o impulsivo, nos podemos encontrar con la posibilidad de que aparezcan síntomas psicóticos. El uso de alcohol y cocaína, en pacientes con perfiles antisociales o límites de la personalidad, puede dar lugar, a que aparezcan síntomas *cuasi* psicóticos, despersonalización, desrealización, ideas delirantes y alucinaciones visuales o auditivas.

5.2.2.- Resultados del Cuestionario de Personalidad 16PF-5, de Cattell

En cuanto a los resultados obtenidos tras la aplicación del cuestionario de personalidad de Cattell, a nuestros pacientes en tratamiento con el Programa Matrix, hemos de destacar:

Los estadísticos descriptivos, referidos a la evaluación de los dieciséis factores primarios de personalidad y las cinco dimensiones globales, se observan en la tabla 5.21.

		Mínimo	Máximo	Media	Desv.Típica
Escala	Afabilidad	1,00	9,00	4,71	2,04
	Razonamiento	1,00	8,00	3,30	1,64
	Estabilidad	1,00	6,00	2,89	1,55
	Dominancia	1,00	9,00	4,36	2,23
	Animación	1,00	9,00	4,79	2,11
	Atención a las normas	1,00	9,00	4,26	1,70
	Atrevimiento	2,00	8,00	4,40	1,61
	Sensibilidad	3,00	9,00	6,20	1,64
	Vigilancia	4,00	10,00	7,00	1,74
	Abstracción	4,00	10,00	7,49	1,44
	Privacidad	3,00	10,00	6,00	1,92
	Aprensión	4,00	10,00	7,16	1,68
	Apertura al Cambio	2,00	10,00	5,87	1,88

	Autosuficiencia	3,00	10,00	7,36	1,99
	Perfeccionismo	1,00	9,00	4,49	1,67
	Tensión	2,00	10,00	7,12	1,66
	Manipulación de la imagen	1,00	8,00	4,04	1,49
Dimensiones Globales	Extraversión	1,00	9,10	4,24	2,45
	Ansiedad	2,00	10,00	6,70	1,93
	Dureza	1,00	10,00	5,69	1,85
	Independencia	1,00	10,00	4,59	2,24
	Autocontrol	1,00	10,00	4,81	2,13

Tabla 5.21. Estadísticos descriptivos dieciséis factores primarios de personalidad, el factor Manipulación de la Imagen, y las cinco dimensiones globales medidos a través del cuestionario 16 PF-5 de Cattell. (N=49).

Como se aprecia en la tabla 5.21., del perfil de las puntuaciones medias obtenidas por la muestra (N=49), a través del Cuestionario 16 PF-5 de Cattell, destacamos las puntuaciones medias elevadas en la Escala L: Vigilancia ($\mu=7,00$), Escala O: Aprensión ($\mu=7,16$), Escala Q 2: Autosuficiencia ($\mu=7,36$), Escala Q4: Tensión ($\mu=7,12$), y, en la Dimensión Global Ans: Ansiedad ($\mu=6,70$), y las puntuaciones medias bajas obtenidas en la Escala C: Estabilidad Emocional o fuerza del yo ($\mu=2,89$).

Según los resultados obtenidos, la muestra (N=49), se caracteriza por los siguientes rasgos de personalidad: elevada ansiedad (Ans +), solitarios e individualistas (Q 2+), elevada tensión o ansiedad flotante y frustraciones generalizadas, impaciencia e irritabilidad (Q4+), vigilantes suspicaces e irascibles (L+), aprensivos, dubitativos y preocupados (O+), y, baja fuerza del yo (O -).

De acuerdo a la interpretación de las escalas, que ofrece la guía para la interpretación clínica del 16 PF-5, existen muchas semejanzas entre los significados de Fuerza del yo (C) y la ansiedad; sin embargo, las

puntuaciones de Ansiedad se basan, no sólo, en la baja Fuerza del yo (C-), sino también, en Vigilancia (L+), Aprensión (O+) y Tensión (Q4). Por tanto, una puntuación alta en Ansiedad, basada principalmente en baja Fuerza del yo (C-) y Vigilancia (L+), son los signos más claros de problemas de desajuste de larga duración, como es el caso de la muestra objeto de estudio. Puntuaciones bajas en Fuerza del yo (C-), se asocian a una gran variedad de psicopatologías, síntomas y problemas de ajuste (Cattell et al., 1970, pp.83-84).

A continuación, se detalla, en los gráficos 5.3. y 5.4., el perfil de las puntuaciones medias de las Escalas Primarias de Personalidad de la muestra (N=49) medidas con el Cuestionario 16 PF-5 de Cattell.

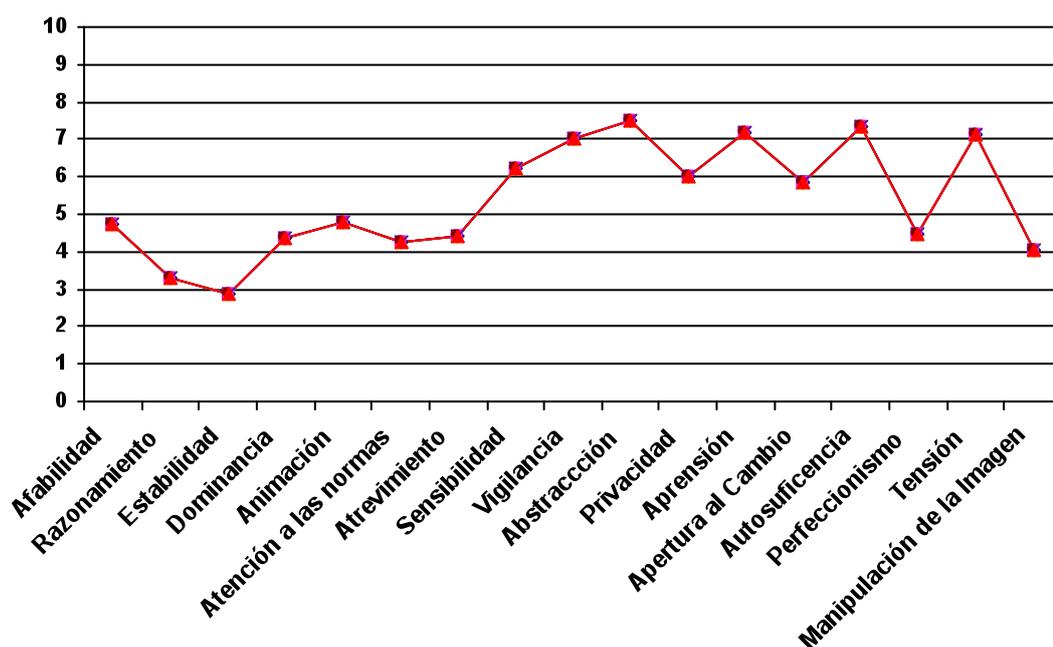


Gráfico 5.3. Perfil de las puntuaciones medias de las Escalas Primarias de Personalidad de la muestra (N=49) medidas con el Cuestionario 16 PF-5 de Cattell.

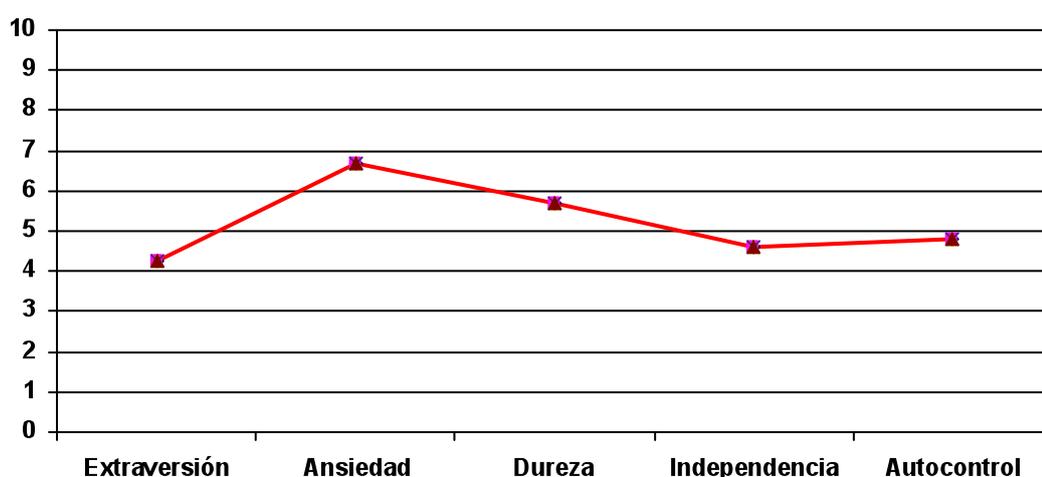


Gráfico 5.4. Perfil de las puntuaciones medias de las Dimensiones Globales de Personalidad de la muestra (N=49) medidas con el Cuestionario 16 PF-5 de Cattell.

5.2.3.- Resultados Cuestionario SCL-90R, de Derogatis

Los estadísticos descriptivos, referidos a la evaluación de síntomas y a las dimensiones globales de psicopatología, medidos a través del cuestionario SCL- 90-R de Derogatis, se presentan en la tabla 5.22.

		Mínimo	Máximo	Media	Desv.Típica
Dimensiones Somáticas	Somatización	5,00	90,00	42,85	28,30
	Obsesión	5,00	97,00	54,22	27,49
	Compulsión				
	Sensibilidad Interpersonal	5,00	97,00	54,22	26,78
	Depresión	10,00	99,00	61,36	25,58
	Ansiedad	5,00	90,00	47,44	26,71
	Hostilidad	5,00	99,00	49,79	31,66
	Ansiedad Fóbica	5,00	90,00	48,98	29,68
	Ideación Paranoide	5,00	97,00	60,12	28,69

	Psicoticismo	5,00	95,00	62,34	24,30
Medidas Globales	Índice Somático General	5,00	95,00	54,08	27,47
	Total de Síntomas Positivos	5,00	95,00	57,65	25,39
	Índice de Distrés y Síntomas Positivos	5,00	97,00	49,22	29,03

Tabla 5.22. Estadísticos descriptivos de Síntomas y Dimensiones Globales de Psicopatología, medidos a través del cuestionario SCL- 90-R de Derogatis. (N=49).

Los resultados obtenidos, nos permite explicar el siguiente retrato del distrés psicológico, en la muestra de nuestros pacientes (N=49):

El perfil de las puntuaciones medias, en la dimensión somática de depresión, nos indica un perfil sintomático caracterizado por vivencias disfóricas, de desánimo, impotencia y falta de energía, ideas autodestructivas, y, otras manifestaciones cognitivas y somáticas. Así mismo, características del pensamiento proyectivo como la suspicacia, el centralismo autoreferencial, miedo a la pérdida de autonomía y necesidad de control, se expresan en la puntuación media en la dimensión Ideación paranoide.

De acuerdo a la interpretación de las dimensiones, que ofrece el manual del Cuestionario de 90 Síntomas (González de Rivera, J., 2002) , la puntuación elevada en la dimensión somática de Psicoticismo, en este caso, estaría más relacionada con sentimientos de alienación social, que con psicosis clínicamente manifiesta.

Entre las medidas globales, destaca el total de síntomas positivos, que revela el número de síntomas que la muestra experimenta en algún grado, contribuyendo esta medida a la interpretación global. La puntuación obtenida en la medida Total de Síntomas Positivas ($\mu= 57,65$), nos informa de una moderada amplitud de síntomas, destacando perfiles depresivos, alteraciones del pensamiento. Así mismo, nos indica la amplitud sintomática del estrés de los pacientes, en general, con una amplitud de síntomas moderada, dadas las puntuaciones medias.

De las Cuevas (1991), en un estudio, separando muestras de pacientes psiquiátricos por diagnósticos, observa perfiles específicos del SCL-90-R, en cada una de las categorías diagnósticas. Así, los pacientes de la categoría diagnóstica Trastornos de la Personalidad y del comportamiento en la vida adulta, presentan puntuaciones elevadas en su perfil en las dimensiones de depresión, sensibilidad interpersonal e ideación paranoide, tal y como se observa en los resultados del SCL 90-R, y, del MCMI-II, obtenidos por la muestra (N=49).

Como se ilustra, en el gráfico 5.5., destaca la dimensión somática de Psicoticismo (PSI) ($\mu=62,34$), seguida de Ideación Paranoide (PAR) ($\mu= 60,12$), y de Depresión (DEP) ($\mu= 61,36$). El resto de dimensiones, registraron puntuaciones medias. Entre las medidas globales, destaca moderadamente, el Total de Síntomas Positivos (PST) ($\mu= 57,65$).

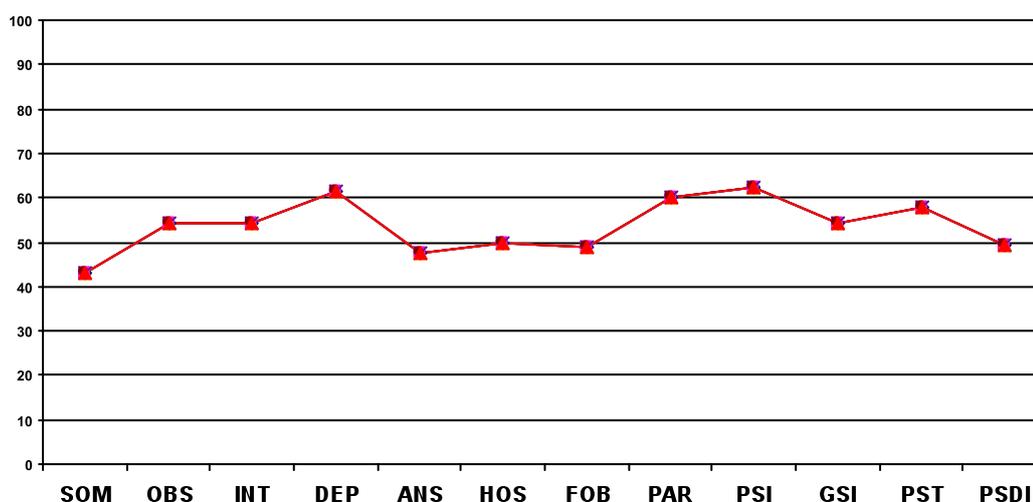


Gráfico 5.5. Perfil de las puntuaciones medias de las Dimensiones Somáticas y Globales (SOM=Somatización, OBS=Obsesión/Compulsión, INT=Sensibilidad Interpersonal, DEP=Depresión, ANS=Ansiedad, HOS=Hostilidad, FOB=Ansiedad Fóbica, PAR=Ideación Paranoide, PSI=Psicoticismo, GSI=Índice Somático General, PST=Total de Síntomas Positivos, PSDI=Índice de Distrés y Síntomas Positivos), de la muestra (N=49) medidas con el Cuestionario SCL-90-R de Derogatis.

El resto de las escalas son moderadas, aportando un contexto sindrómico para la interpretación global de distrés que la muestra presenta, tal y como se ha descrito anteriormente.

5.2.4.- Resultados del Cuestionario CTI, de Epstein:

Para la medida de la inteligencia emocional o experiencial, se utilizó el Inventario de Pensamiento Constructivo (CTI), de Epstein, 1987.

En la tabla 5.23., se observan los estadísticos descriptivos de la escala pensamiento constructivo global y las escalas de medida de la inteligencia emocional.

Escalas	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Típica
Pensamiento Constructivo Global	21,00	66,00	37,00	9,77
Emotividad	21,00	79,00	38,02	11,94
Autoestima	21,00	68,00	39,36	10,57
Tolerancia	21,00	73,00	39,26	11,96
Impasibilidad	22,00	77,00	44,44	11,26
Capacidad de sobreponerse	21,00	76,00	37,91	12,97
Eficacia	25,00	65,00	41,77	10,40
Pensamiento Positivo	26,00	74,00	50,14	11,25
Actividad	25,00	72,00	41,20	10,76
Responsabilidad	31,00	72,00	46,34	10,39
Pensamiento Supersticioso	33,00	79,00	61,61	11,58
Rigidez	46,00	78,00	62,85	9,69
Extremismo	38,00	78,00	62,87	9,13
Suspiciencia	42,00	79,00	60,49	10,92
Intolerancia	29,00	76,00	54,71	10,67
Pensamiento Esotérico	26,00	77,00	53,51	11,91
Creencias Paranormales	35,00	76,00	52,32	12,00
Creencias Irracionales	29,00	75,00	55,38	11,58
Ilusión	30,00	75,00	53,75	10,09
Euforia	38,00	78,00	54,65	11,38
Pensamiento Estereotipado	24,00	78,00	56,57	11,41
Ingenuidad	28,00	74,00	52,61	9,94

Tabla 5.23. Estadísticos descriptivos de la escala Pensamiento Constructivo Global y las Escalas medidos a través del Inventario CTI, de Epstein. (N=49).

En cuanto a la significación de las escalas, y, de acuerdo al manual del Inventario CTI (2001), la escala global, mide la tendencia general a pensar automáticamente de manera constructiva, estando integrada por varias grandes habilidades (las escalas), que, a su vez, comprenden otras habilidades más específicas (las facetas). A pesar de la relación positiva, entre varias de las principales escalas, hay entre ellas suficiente independencia como para ofrecer un diagnóstico útil basado en la diversa información que proporcionan. Lo mismo puede decirse de las facetas con respecto a las escalas. Puesto que las facetas corresponden a procesos mentales específicos, tales como Tolerancia a la frustración y la Capacidad para sobreponerse a experiencias pasadas desfavorables, proporcionan información útil para el diagnóstico y el tratamiento (Epstein, 1998).

Como puede observarse en la tabla 5.23., el perfil medio obtenido por la muestra (N=49), en la Escala Pensamiento Constructivo Global, obtiene una puntuación media de 37, lo que indica una estructura de pensamiento desajustado y de carácter destructivo, con dificultades para adaptar su modo de pensar a las modalidades de diferentes situaciones. La citada escala global, puede ser definida en términos de las escalas que la integran: Emotividad, Eficacia, Rigidez, Pensamiento supersticioso y Pensamiento esotérico.

Observamos, que las puntuaciones medias en estas escalas son bajas en Emotividad ($\mu=38,02$) y Eficacia ($\mu=41,77$), y moderadamente altas en Rigidez ($\mu=62,85$), Pensamiento supersticioso ($\mu=61,61$) y Pensamiento esotérico ($\mu=53,51$).

Así mismo, la baja Emotividad, que se manifiesta en sus facetas Autoestima ($\mu=39,36$), Tolerancia a la frustración ($\mu=39,26$), Impasibilidad ($\mu=44,44$), y Capacidad de sobreponerse ($\mu=37,91$), indica sujetos que poseen una baja autoestima, con baja tolerancia a la frustración, baja capacidad para adaptarse y tolerar la incertidumbre, el rechazo y la

desaprobación, y, baja capacidad de sobreponerse y aprender de los acontecimientos negativos.

La puntuación en Eficacia ($\mu=41,77$), nos indica la tendencia a pensar automáticamente en términos que faciliten una acción eficaz. Las facetas de Eficacia, son Pensamiento Positivo ($\mu=50,14$), Actividad ($\mu=41,20$), y Responsabilidad ($\mu=46,34$). Estas puntuaciones, indican sujetos que, en ocasiones, piensan de forma favorable y realista, pero la puntuación en la escala Ilusión ($\mu=53,75$), nos indica que su orientación es irreal a esos pensamientos favorables. Los resultados en la faceta Actividad ($\mu=41,20$), indica, sujetos que se enfrentan a situaciones de una forma inefectiva, demorando, incluso, el afrontamiento. La faceta Responsabilidad ($\mu=46,34$), indica un relativo interés en la planificación del afrontamiento de las situaciones.

En cuanto a las puntuaciones medias moderadamente altas, obtenidas por la muestra ($N=49$), se encuentran las siguientes escalas: Rigidez ($\mu=62,85$), compuesta por las facetas Extremismo ($\mu=62,87$), Suspiciousidad ($\mu=60,49$), e Intolerancia ($\mu=54,71$), así como, la faceta Pensamiento estereotipado ($\mu=56,57$), de la escala Ilusión ($\mu=53,75$).

Estas puntuaciones medias, nos permite concluir las siguientes características de nuestros sujetos: Los pacientes, tienden a ver el mundo de forma rígida, en términos de blanco y negro, con propensión, por tanto, a las soluciones simplistas, con baja apertura a la experiencia, afrontando las situaciones con afecto negativo, ira y depresión, y de forma estereotipada y rígida.

Un estudio de Epstein y Sherman (1992) reveló que el pensamiento automático constructivo y destructivo juega un papel decisivo en el consumo de alcohol. Epstein y Sherman aplicaron, además del CTI, un cuestionario construido especialmente, el *Alcohol-Consumption Questionnaire* (ACQ), a

290 estudiantes universitarios. Las escalas del CTI que presentaron mayor número y más altas correlaciones con las escalas del ACQ, fueron la escala Pensamiento Constructivo Global, la escala de Eficacia, Pensamiento supersticioso. La faceta de Emotividad más relacionada con los factores de consumo de alcohol, fue Tolerancia.

Con los resultados del anterior estudio, Epstein y Sherman concluyen que el abuso de alcohol, en la muestra utilizada, está asociado a modos específicos de pensamiento destructivo, tal y como ocurre en la muestra objeto de nuestro estudio.

En otro estudio, para relacionar el pensamiento constructivo con el consumo de drogas y con el tratamiento con metadona, Gollnish (1991) aplicó el CTI junto con otros instrumentos, obteniendo una amplia información sobre el uso de drogas y las respuestas al tratamiento.

Los resultados del estudio de Gollnish, concluyen que las personas que tomaban drogas de todo tipo, reconocieron que eran demasiado sensibles a los resultados negativos, tendían a sobregeneralizar las consecuencias de las situaciones adversas, eran poco eficaces y automáticamente pensaban de forma pesimista, lo que contribuía a tener pensamientos de melancolía, desesperanza y desamparo. Cuando todas estas variables, junto con el sexo y la edad se incluyeron en una ecuación de regresión múltiple, teniendo como variable dependiente la frecuencia de consumo, la Tolerancia, desplazó a todas las demás. Este dato, sugiere que la baja Tolerancia, consiguiente a acontecimientos adversos, puede constituir el problema más general para los adictos a drogas y, por consiguiente, puede ser objetivo fundamental en programas terapéuticos.

En todo caso, los anteriores estudios, sugieren que el CTI es un instrumento útil para identificar modelos de pensamiento automático desajustado en sujetos, y, en grupos especiales de drogodependientes, tal y

como se ha descrito anteriormente en la muestra (N=49), objeto de nuestro estudio, y, observamos, a modo de perfil, a continuación en los gráficos 5.6. y , 5.7.

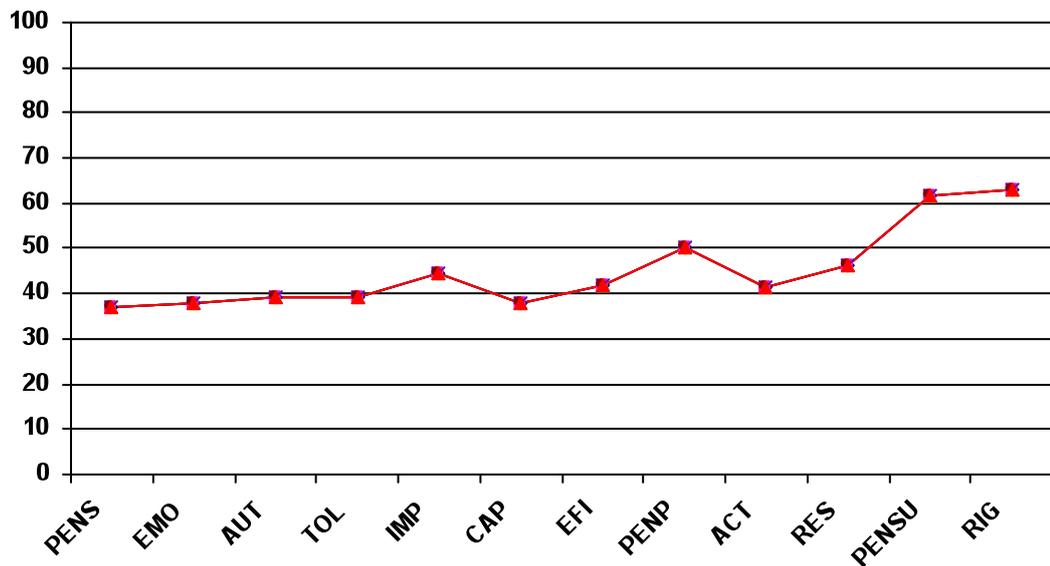


Gráfico 5.6. Perfil de las puntuaciones medias de las escalas Pensamiento Constructivo Global, de la muestra (N=49) medidas a través del Inventario CTI de Epstein.

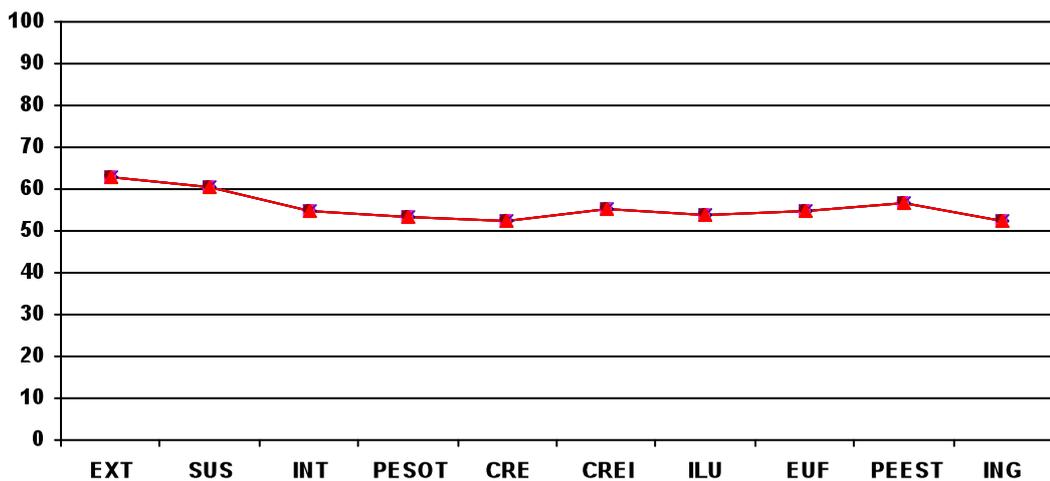


Gráfico 5.7. Perfil de las puntuaciones medias de las escalas, de la muestra (N=49) medidas a través del Inventario CTI de Epstein.

NOTA de las Gráfica 5.6.:

(PENS= Pensamiento Constructivo Global, EMO=Emotividad, AUT=Autoestima, TOL=Tolerancia, IMP=Impasibilidad, CAP=Capacidad de Sobreponerse, EFI=Eficacia, PENP=Pensamiento Positivo, ACT=Actividad, RES=Responsabilidad, PENSU=Pensamiento Supersticioso, RIG=Rigidez)

NOTA de la Gráfica 5.7.:

(EXT=Extremismo, SUS=Susplicacia, INT=Intolerancia, PESOT=Pensamiento Esotérico, CRE=Creencias Paranormales, CREI=Creencias Irracionales, ILU=Ilusión, EUF=Euforia, PEEST=Pensamiento Estereotipado, ING=Ingenuidad).

Como conclusión, observando el perfil medio obtenido por la muestra (N=49), podemos concluir que el modelo de pensamiento automático de estos sujetos es desajustado y destructivo, con las connotaciones en sus escalas, anteriormente descritas.

5.2.5.- Comparación de puntuaciones de las escalas psicométricas en función del sexo:

Realizadas las pruebas t de Student, de comparación entre medias entre hombres y mujeres en los cuestionarios administrados (MCMI-II, 16 PF-5, SCL-90-R, y CTI), se obtienen los siguientes perfiles, presentados en los gráficos 5.8., 5.9., 5.10., y 5.11.

NOTA de la Gráfica 5.8.:

(ESQ= Esquizoide, FOB=Fóbica, DEP=Dependiente, HIS=Histriónica, NAR=Narcisista, ANT=Antisocial, AGR=Agresivo/Sádica, COM=Compulsiva, PAS=Pasivo/Agresiva, AUT=Autodestructiva).

NOTA de la Gráfica 5.9.:

(EST=Esquizotípica, LIM=Límite, PAR=Paranoide, ANS=Ansiedad, HIS=Histeriforme, HIP=Hipomanía, NEU=Neurosis Depresiva, ALC=Abuso de Alcohol, DRO= Abuso de Drogas, PEN=Pensamiento Psicótico, DEM=Depresión Mayor, DEL=Delirios Psicóticos).

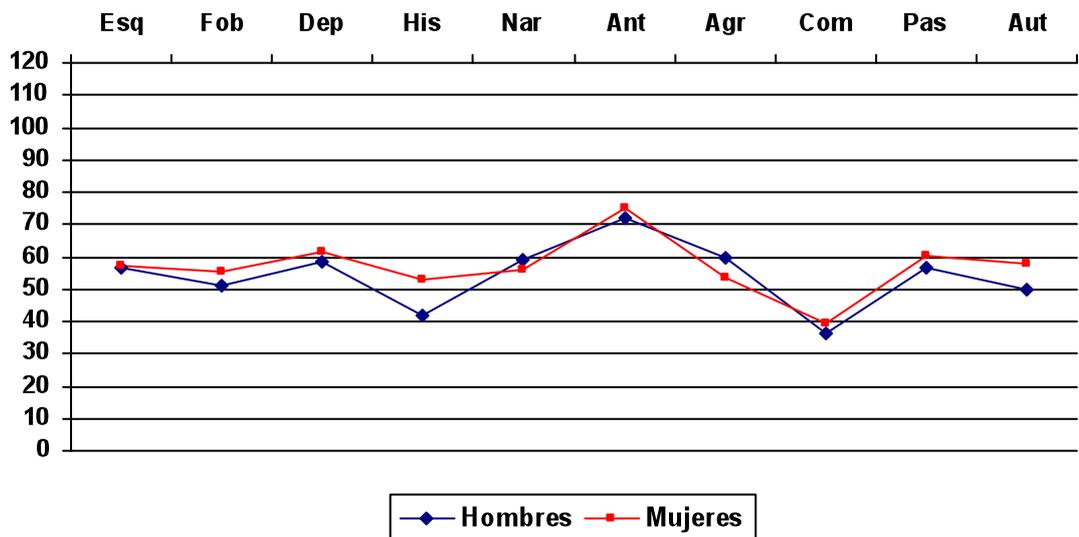


Gráfico 5.8. Comparación de los perfiles de la muestra de hombres (N=36) y de mujeres (N=13) de Patrones Clínicos de Personalidad en el Cuestionario MCMI-II de Millon.

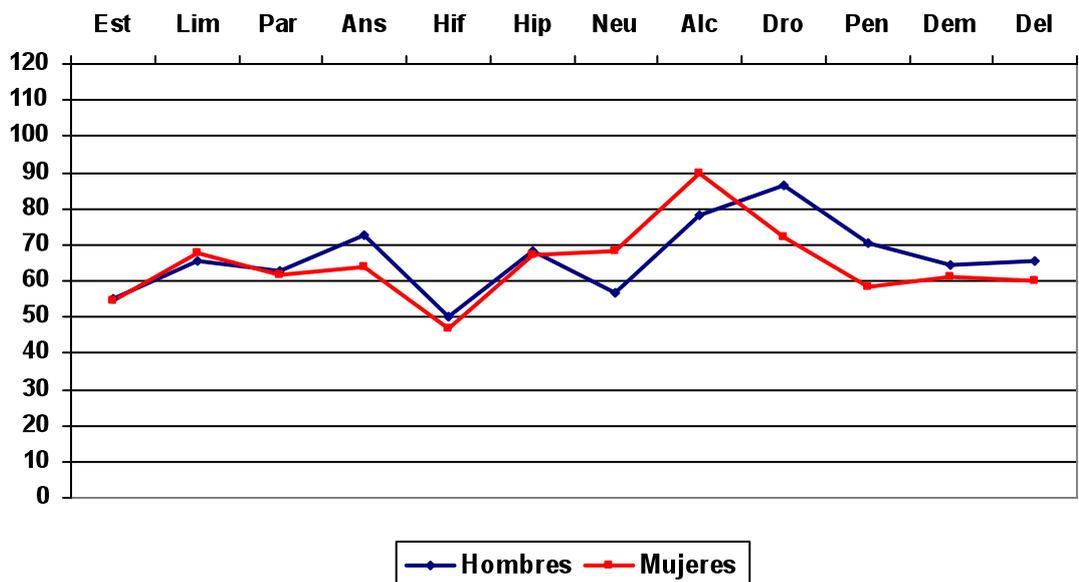


Gráfico 5.9. Comparación de los perfiles de la muestra de hombres (N=36) y de mujeres (N=13) de las Patologías Graves de la Personalidad y Síndromes Clínicos medidas con el Cuestionario MCMI-II de Millon.

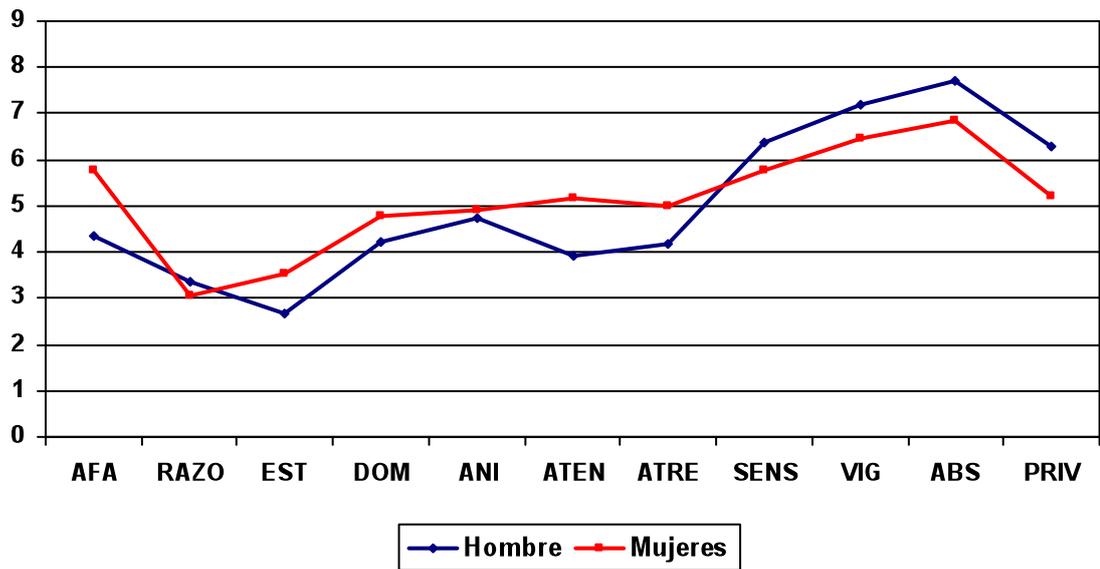


Gráfico 5.10. Comparación de los perfiles de la muestra de hombres (N=36) y de mujeres (N=13) de los 16 Factores de Personalidad, a medidos con el Cuestionario 16 PF-5 de Cattell.

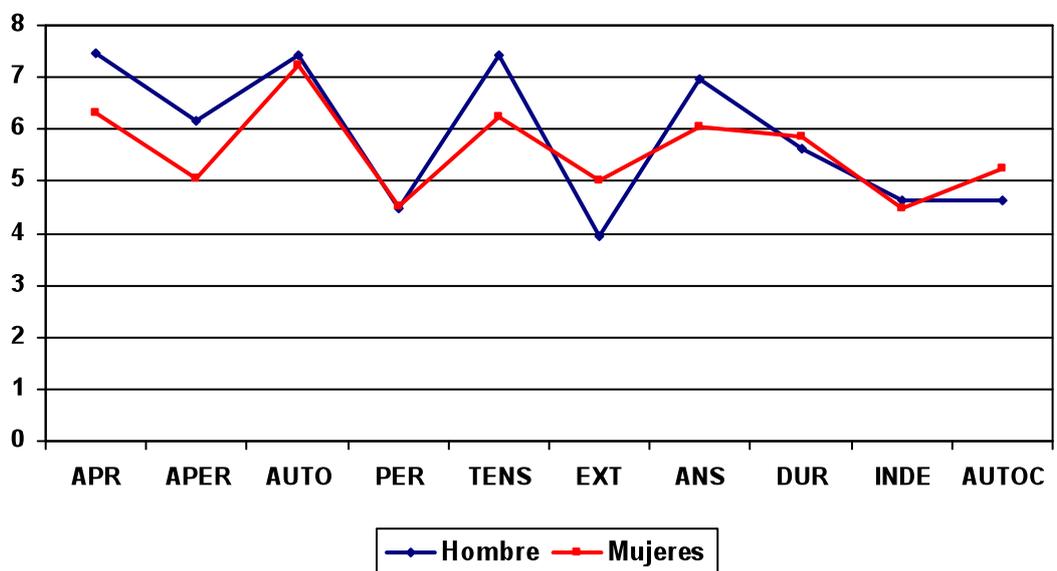


Gráfico 5.11. Comparación de los perfiles de la muestra de hombres (N=36) y de mujeres (N=13) de los 16 Factores de Personalidad medidos con el Cuestionario 16 PF-5 de Cattell.

NOTA del Gráfico 5.10.:

(AFA= Afabiliad, RAZO= Razonamiento, EST= Estabilidad, DOM= Dominancia, ANI=Animación, ATEN= Atención a las normas, ATRE= Atrevimiento, SENS= Sensibilidad Interpersonal, VIG= Vigilancia, ABS= Abstracción, PRIV= Privacidad).

NOTA del Gráfico 5.11.:

(APR= Aprensión, APER=Apertura al Cambio, AUTO= Autosuficiencia, PER= Perfeccionismo, TENS= Tensión, EXT=extraversión, ANS=Ansiedad, DUR=Dureza, INDE= Independencia, AUTO=Autocontrol).

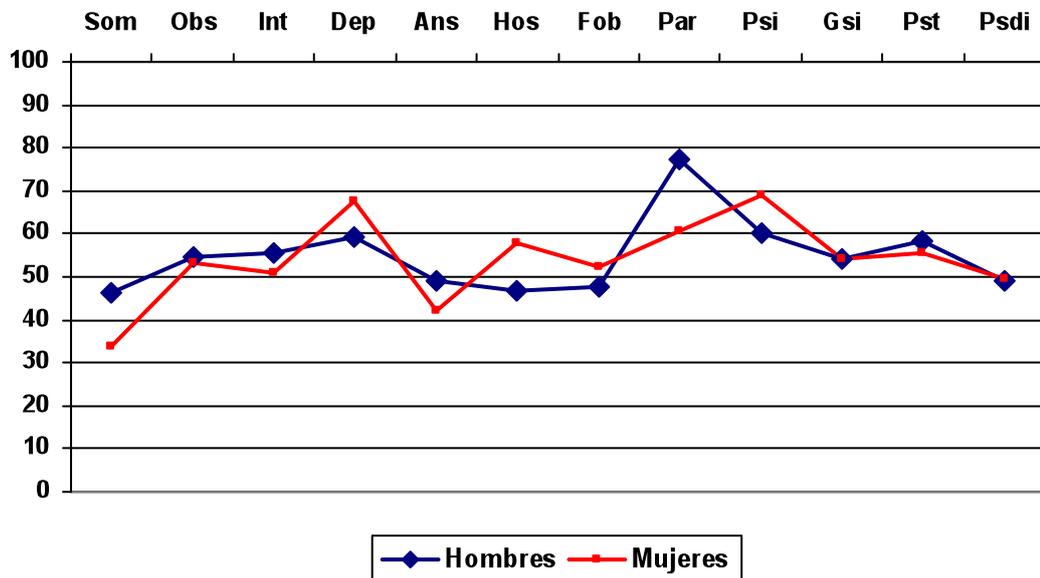


Gráfico 5.12. Comparación de los perfiles de la muestra de hombres (N=36) y de mujeres (N=13) de las Dimensiones Somáticas y Globales, medidas con el Cuestionario SCL-90-R de Derogatis.

NOTA del Gráfico 5.12.:

(SOM=Somatización, OBS=Obsesión/Compulsión, INT=Sensibilidad Interpersonal, DEP=Depresión, ANS=Ansiedad, HOS=Hostilidad, FOB=Ansiedad Fóbica, PAR=Ideación Paranoide, PSI=Psicoticismo, GSI=Índice Somático General, PST=Total de Síntomas Positivos, PSDI=Índice de Distrés y Síntomas Positivos)

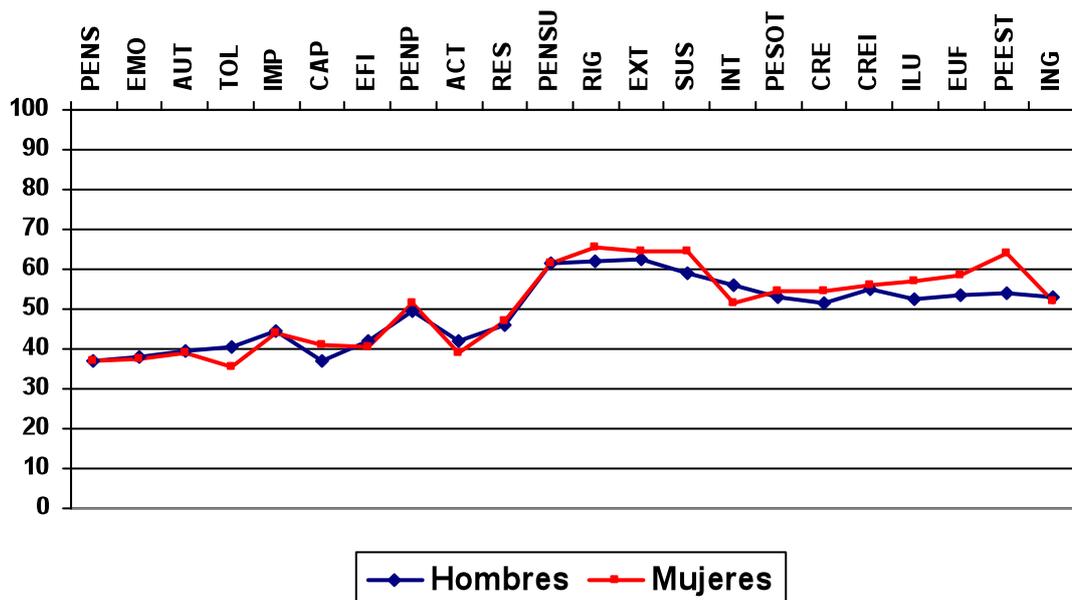


Gráfico 5.13. Comparación de los perfiles de la muestra de hombres (N=36) y de mujeres (N=13) en las escalas de Pensamiento Constructivo Global, y sus escalas, medidas con el Inventario CTI de Epstein.

NOTA del Gráfico 5.13.:

(PENS= Pensamiento Constructivo Global); (EMO=Emotividad, AUT=Autoestima, TOL=Tolerancia, IMP=Impasibilidad, CAP=Capacidad de Sobreponerse, EFI=Eficacia, PENP=Pensamiento Positivo, ACT=Actividad, RES=Responsabilidad,PENSU=Pensamiento Supersticioso, RIG=Rigidez).

Realizadas las pruebas t de Student, de comparación de medias entre hombres y mujeres, en los cuestionarios referidos, encontramos las siguientes diferencias significativas:

- Síndromes clínicos: Abuso de alcohol (MALC), y Abuso de drogas (MDRO), del cuestionario MCMI-II.

- Factores de Personalidad: Afabilidad (AFA-16PF), Atención a las Normas (ATEN-16PF), Abstracción (ABS-16PF), Aprensión (APR-16PF), Tensión (TENS-16PF), del cuestionario 16 PF-5 de Cattell.

- Escala: Pensamiento estereotipado, (CTI PEEST), del inventario CTI

No se encuentra ninguna diferencia significativa en la comparación de medias entre hombres y mujeres en el cuestionario SCL90-R.

Los anteriores datos se recogen en la tabla 5.24., que se expone a continuación.

Escala	Varones			Mujeres			P
	N	M	DT	N	M	DT	
MALC	36	78,22	19,36	13	89,61	17,00	.05
MDRO	36	86,16	16,88	13	71,92	18,72	.01
AFA-16PF	36	4,33	1,75	13	5,76	2,45	.02
ATEN-16PF	36	3,94	1,63	13	5,15	1,62	.02
ABS-16PF	36	7,72	1,44	13	6,84	1,28	.05
APR- 16PF	36	7,47	1,55	13	6,30	1,79	.03
TENS-16PF	36	7,44	1,59	13	6,23	1,58	.02
CTI PEEST	36	53,91	11,03	13	63,92	9,29	.00

Tabla 5.24. Diferencias significativas, prueba t de Student, de comparación de medias entre hombres y mujeres

Como se ilustra en la tabla 5.24., con las diferencias significativas encontradas en la muestra de pacientes, y, de acuerdo al significado de las escalas, podemos concluir lo siguiente:

1. En el cuestionario de personalidad MCMI-II de Millon, encontramos diferencias significativas en los siguientes síndromes clínicos:

- El *Abuso de Alcohol*, es mayor en mujeres que en hombres.
- El *Abuso de Drogas*, es mayor en hombres que mujeres.

2. En el cuestionario Factorial de Personalidad 16 PF-5 de Cattell, encontramos diferencias significativas en las siguientes escalas:

- La escala *Afabilidad* es significativamente mayor en mujeres que en hombres.

Esta escala mide afabilidad interpersonal, sociabilidad y deseo de comprometerse en intercambios con otros. La afabilidad abarca el ámbito en que las relaciones con otras personas, son fundamentales para la definición de la persona, y, de su modo de interactuar con el ambiente. Estas personas se caracterizan por ser afectuosas, interesadas por los demás, emotivas, expresivas, impulsivas, generosas y cooperativas.

Por tanto, según los resultados obtenidos, de diferencias significativas de medias entre hombres y mujeres, las mujeres que componen la muestra (N=13), son más afables, emotivas, y, más preocupadas por la influencia de sus acciones o decisiones en los demás. Por otro lado, los hombres (N=36), se caracterizarían por ser menos comprometidos socialmente, menos emotivos e independientes.

- La escala *Atención a las normas* es significativamente mayor en mujeres que en hombres.

La Atención a las normas, se refiere al grado con que la persona ha sido condicionada para conformarse a los ideales de su grupo y con la buena comprensión de las reglas del juego social (Karson y O'Dell, 1976). Puntuaciones altas indica no sólo ser consciente de las normas, sino también, respetarlas.

Por tanto, según los resultados obtenidos, las mujeres que componen la muestra (N=13), reconocen el valor de las normas, confían en ellas y las respetan.

Por otro lado, los hombres (N=36), no dan valor a las normas de comportamiento social, y, voluntariamente tienden a oponerse a las expectativas sociales, ya que no se sienten inclinados a hacerlo espontáneamente.

- La escala *Abstracción (Impracticabilidad)*, es significativamente mayor en hombres que en mujeres.

La escala *Abstracción* o *Impracticabilidad*, ofrece una medida de la falta de sentido práctico. La escala *Practicidad* favorece poco la estrategia de enfrentamiento o la adaptación psicológica, lo que puede sugerir psicopatías.

Por tanto, según los resultados obtenidos, los hombres (N=36), son menos prácticos, es decir, más abstractos e imaginativos, y, orientados a las ideas.

Por otro lado, las mujeres que componen la muestra (N=13), son más prácticas y orientadas a la acción.

- La escala *Aprensión*, es significativamente mayor en hombres que en mujeres.

Los adjetivos relacionados por Cattell (1957), como descriptivos de este factor, incluyen seguridad, despreocupación y satisfacción, *versus* aprensión, suspicacia, obsesión y preocupación.

Por tanto, según los resultados obtenidos, los hombres (N=36), son más aprensivos e insatisfechos, con mayor propensión a la culpabilidad y una apreciación negativa de sí mismo, y se muestran más preocupados. De modo semejante al pensamiento obsesivo, la

puntuación en esta escala, provoca una resistencia a cambiar con los esfuerzos terapéuticos.

Por otro lado, las mujeres que componen la muestra (N=13), confían en sí mismas, y, reflejan menos nivel de preocupación.

- La escala *Tensión*, es significativamente mayor en hombres que en mujeres.

El rasgo de personalidad a que se refiere esta escala está asociado con ansiedad flotante y frustraciones generalizadas. La tensión, así considerada, puede conducir a conductas ansiosas, tales como, insomnio, cavilaciones, agitación y hábitos nerviosos, así como, a conductas asociadas a una escasa tolerancia a la frustración, como por ejemplo, impaciencia e irritabilidad.

La escala *Tensión*, es una medida del estrés subjetivo, que, puede constituir un buen signo, ya que, puede indicar que alguna parte del sujeto está desconcertada por los desastres y por los síntomas, pudiendo sugerir cierta motivación para cambiar las cosas.

La *Tensión*, está relacionada con las tensiones y ansiedades asociadas a la inseguridad, a la escasez de posibles formas de auto-expresión, y, al exceso de las demandas del entorno frente a los recursos internos.

Por tanto, según los resultados obtenidos, los hombres (N=36) tienen mayor tensión y ansiedad subjetiva, sufriendo mayor estrés que en relación a las mujeres. En otro sentido pudiera sugerir que estos pacientes varones tuvieran una mayor motivación para el cambio, al contrario de las mujeres.

3. En el Inventario de Pensamiento Constructivo, CTI de Epstein, encontramos diferencias significativas en:

- *Pensamiento Estereotipado*, que es significativamente mayor en mujeres que en hombres.

El Pensamiento Estereotipado, es una faceta de la escala Ilusión, del inventario de Pensamiento Constructivo de Epstein, CTI. Las facetas de Ilusión son Euforia, Pensamiento Estereotipado e Ingenuidad. El Pensamiento Estereotipado hace referencia a la tendencia a dejarse llevar por las ideas establecidas socialmente.

Por tanto, según los resultados obtenidos, las mujeres que componen la muestra (N=13), se dejan más llevar por lo establecido socialmente, y, tienen una visión más simple de la vida, con tendencia a evitar realidades desagradables, frente a, los hombres (N=36), que presentan puntuaciones más bajas.

5.3. RESULTADOS DE LAS ESCALAS DE EVALUACIÓN CLÍNICA

Durante los cuatro meses de aplicación del Programa Matrix, se ha realizado un seguimiento longitudinal a los 49 pacientes, en revisiones mensuales, valorando su evolución clínico sintomática y midiendo la posible mejoría experimentada, en función de la aplicación del programa terapéutico empleado.

Este seguimiento se realizó aplicando las escalas descritas en el capítulo cuatro, la Impresión Clínica Global (ICG), la Escala de Componentes Obsesivo-Compulsivos de Yale-Brown (Y-BOCS), la Escala de Impulsividad de Barrat (BIS-11), y la Escala de Valoración de la Gravedad Selectiva para Cocaína (CSSA)

Se aplicaron, al inicio del tratamiento, al mes, a los dos meses, y a los cuatro meses, tras finalizar el programa terapéutico según el modelo Matrix.

Los datos obtenidos de la aplicación de las escalas en las cuatro fases de seguimiento, fueron sometidos a análisis de varianza de medidas repetidas, obteniéndose los siguientes resultados.

Como podemos observar en la siguiente tabla 5.25., el descenso en las puntuaciones medias obtenidas por nuestros pacientes en cada una de las escalas aplicadas, y, en evolución, durante los cuatro meses de tratamiento siguiendo el programa terapéutico y la aplicación del programa Matrix, sugiere una mejoría clínica global.

La representación gráfica la observamos en los gráficos 5.14 – 5.17.

	Inicio Tratamiento	Primer mes	Segundo Mes	Fin Tratamiento	<i>P</i>
ICG	4,3	2,15	1,3	0,76	,000
YALE	33,84	17,07	8	5,38	,000
BARRAT	74,07	48,76	46	33,3	,000
SEVERITY	74,38	31,3	18,7	12,38	,000

Tabla 5.25. Análisis de Varianza de medidas repetidas

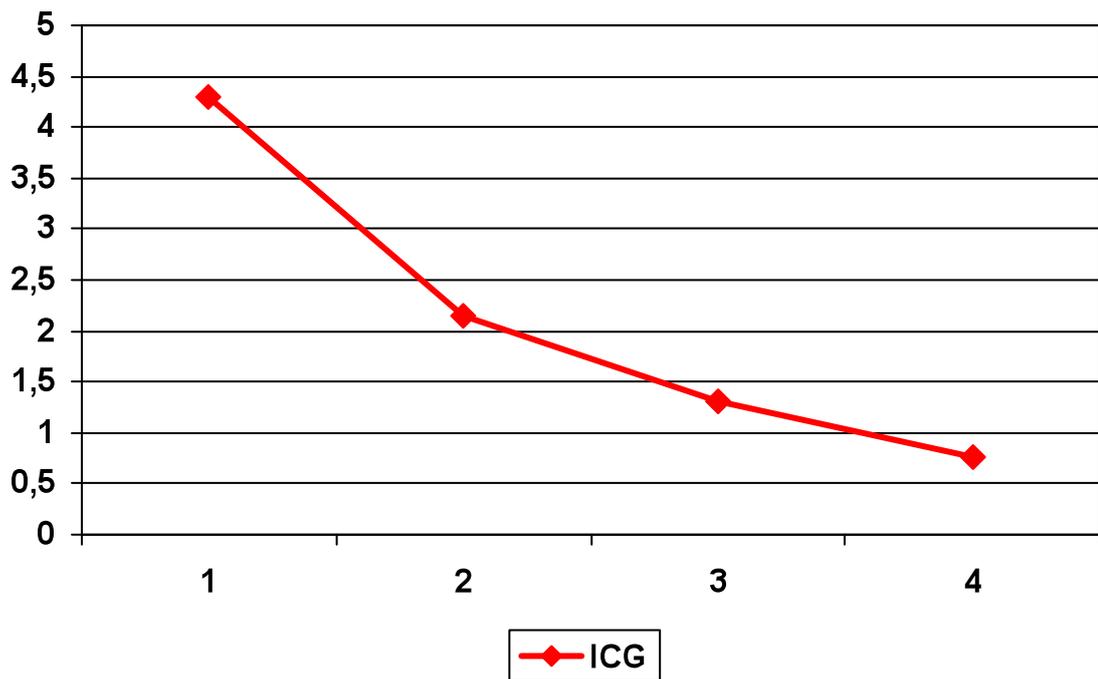


Grafico 5.14. Perfil Medio de las puntuaciones obtenidas por la muestra (N=49) en la Escala Impresión Clínica Global – ICG, al inicio del tratamiento (1), al mes (2), a los dos meses (3), y, al finalizar el tratamiento (4).

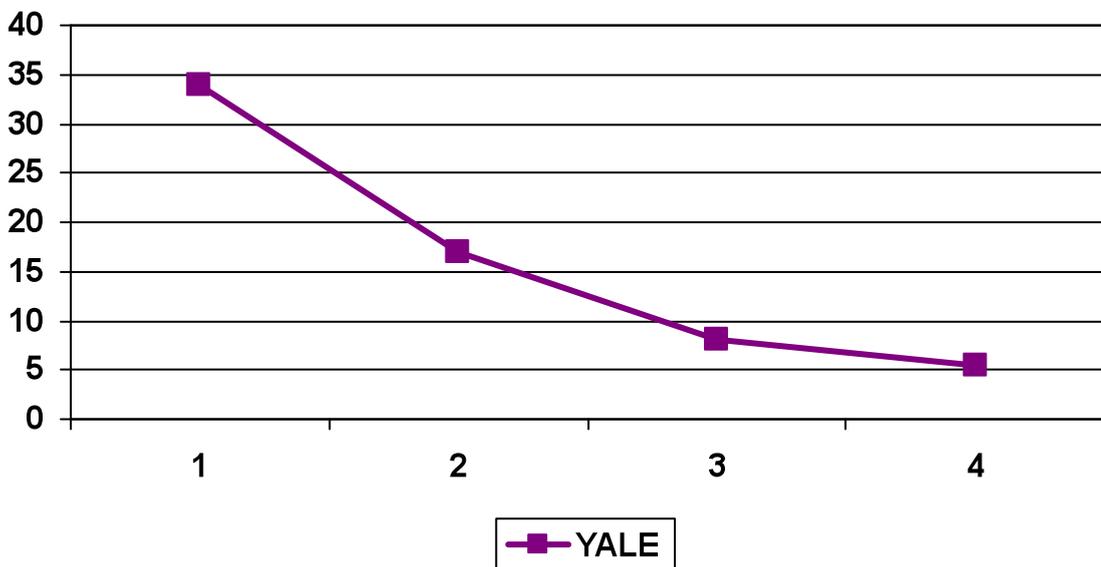


Grafico 5.15. Perfil medio obtenido de las puntuaciones obtenidas por la muestra (N=49) en Escala de Obsesión-Compulsión de Yale-Brown -Y-BOCS, al inicio del tratamiento (1), al mes (2), a los dos meses (3), y, al finalizar el tratamiento (4).

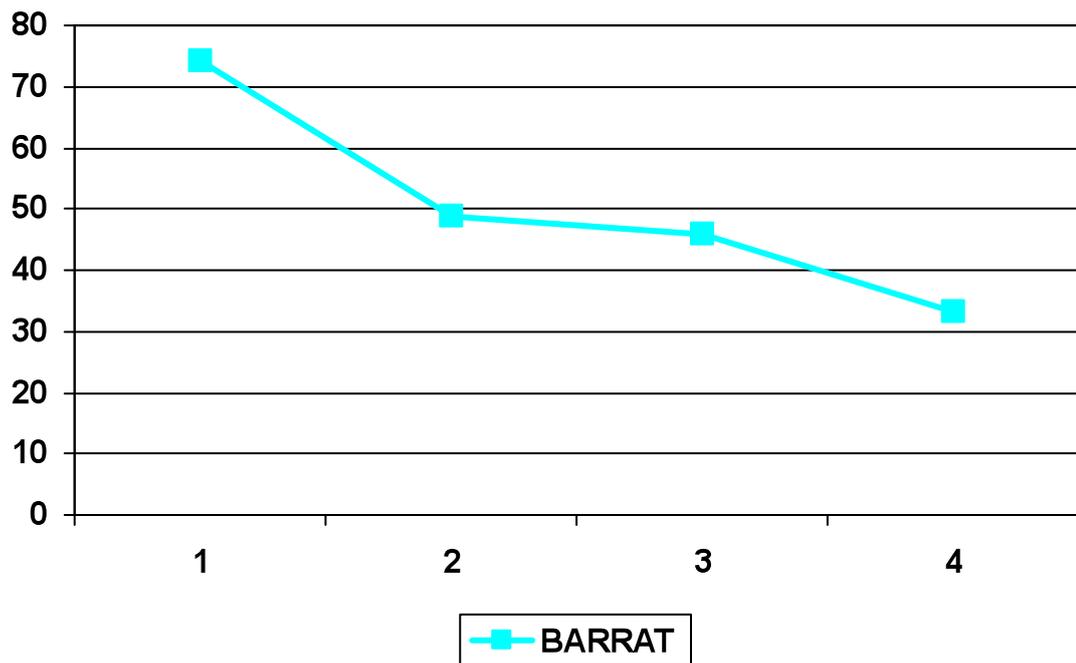


Grafico 5.16. Perfil medio obtenido de las puntuaciones obtenidas por la muestra (N=49) en Escala de Impulsividad de Barrat - BIS-11, al inicio del tratamiento (1), al mes (2), a los dos meses (3), y, al finalizar el tratamiento (4).

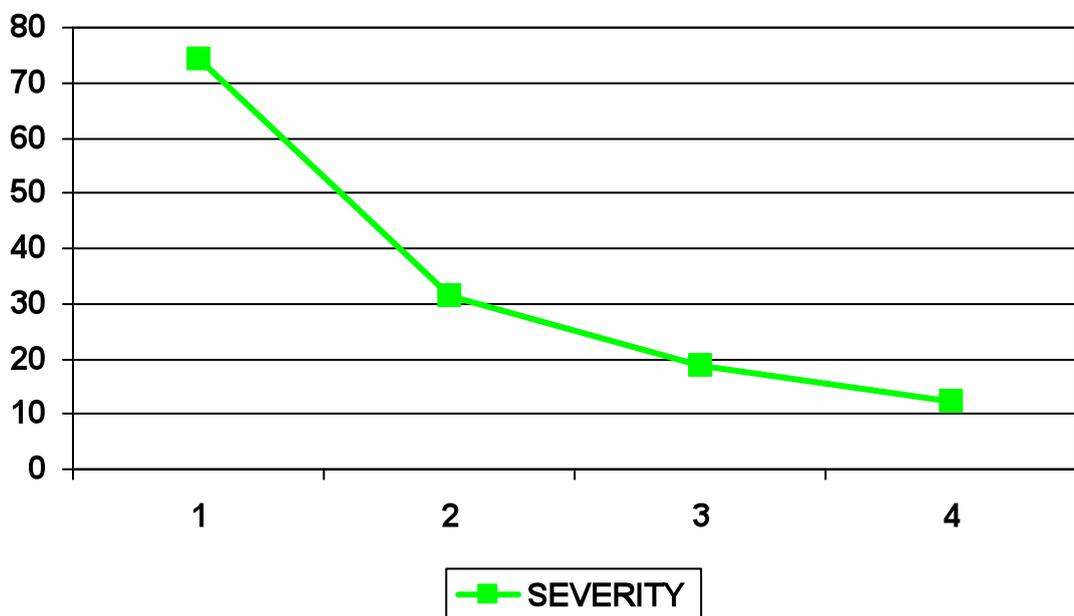


Grafico 5.17. Perfil medio obtenido de las puntuaciones obtenidas por la muestra (N=49), en la *Escala de Valoración de la Gravedad Selectiva para Cocaína –CSSA*, al inicio del tratamiento (1), al mes (2), a los dos meses (3), y, al finalizar el tratamiento (4).

Tal y como hemos observado en los gráficos, existe un descenso estadísticamente significativo en las puntuaciones medias de todas las escalas clínicas aplicadas, al finalizar el Programa de Tratamiento Matrix.

En la escala de Impulsividad de Barrat, la puntuación media al inicio del tratamiento es de 74,07, descendiendo a los cuatro meses a 33,30 ($P < 0.01$)

En cuanto a la escala CSSA, pasamos de una puntuación media inicial de 74.38, a una puntuación de 12.38. ($P < 0.01$), al finalizar el tratamiento.

La Escala de Impresión Clínica Global ICG, pasó de la puntuación media entre 5 y 6 (notablemente- gravemente enfermo), a una puntuación media de entre 2 y 3 (poco- levemente enfermo), ($P < 0.01$), al finalizar el tratamiento.

Por último, en la Escala de Yale- Brown, así mismo, constatamos un descenso estadísticamente significativo de la puntuación media inicial (33,84), a la puntuación media a los cuatro meses de 5.38. ($P < 0.01$).

Tras la aplicación del programa, y con los resultados obtenidos podemos concluir un descenso del craving de cocaína tras el seguimiento del Programa Matrix, así como una abstinencia del consumo, de la sintomatología asociada y de la impulsividad.

Igualmente, se constató la abstinencia durante el periodo de tratamiento, a través de los controles toxicológicos realizados aleatoriamente. Sólo en un caso, y, en dos ocasiones, se constató la presencia de tóxicos en orina.

CAPITULO VI

**EVALUACIÓN DE LA APLICACIÓN
DEL PROGRAMA MATRIX**

CAPITULO SEXTO

EVALUACIÓN DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA MATRIX

Para evaluar el programa terapéutico en su conjunto, nos basamos en la obtención de dos tipos de medidas:

De una parte, el grado de mejoría clínica, al igual que el descenso del craving y el control de la abstinencia.

De otro lado, evaluamos el grado de satisfacción de nuestros pacientes, tras el seguimiento del programa terapéutico.

6.1.- EVALUACIÓN DEL GRADO DE MEJORÍA CLÍNICA:

En el primer caso, hemos puesto de manifiesto, a través de la aplicación de las escalas clínicas, la mejoría basada en el descenso de las puntuaciones obtenidas por nuestros pacientes, al igual que el control de la abstinencia, resultado de los controles periódicos de tóxicos.

6.2.- EVALUACIÓN DEL GRADO DE SATISFACCIÓN EXPERIMENTADO TRAS LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA MATRIX:

La evaluación del grado de satisfacción de nuestros pacientes, lo hemos medido de forma continuada, en todas y cada una de las sesiones terapéuticas que componen el Programa Matrix.

Tal y como hemos señalado anteriormante en la utilización de instrumentos, elaboramos encuestas específicas de satisfacción y

evaluación, compuestos por ítems cuyas opciones de respuesta se miden a través de una escala tipo Likert de 5 pasos.

El procedimiento seguido para la evaluación, fue el siguiente:

1. Un observador externo a las sesiones grupales ha evaluado a los pacientes, terapeuta, y familiares durante las sesiones grupales de recuperación temprana y de prevención de recaídas, y sesiones grupales de educación familiar.
2. En las sesiones individuales han sido el terapeuta y el propio paciente quienes, independientemente, han evaluado las sesiones.

Aquí presentamos tres evaluaciones escogidas, del conjunto de las evaluaciones, que se realizaron a lo largo de todas las sesiones terapéuticas y que expresan la satisfacción experimentada por nuestros pacientes a la finalización del Programa Matrix. (Anexos 4 a 6).

Estas evaluaciones son:

1. Evaluación realizada por el paciente en las Sesiones Individuales.
2. Evaluación realizada por el terapeuta en las Sesiones Individuales.
3. Evaluación realizada a los pacientes, por un observador externo, en las sesiones grupales de Recuperación Inicial

6.2.1.- Análisis de la evaluación realizada por el Paciente en las Sesiones Individuales del Programa Matrix

El paciente ha evaluado las sesiones individuales del Programa Matrix, reflejando sus respuestas a través de los distintos ítems que componen la encuesta. Los ítems evaluados, tienen en cuenta, tanto, aspectos relacionados con la sesiones, como con la actuación del terapeuta. Dichos ítems son:

- Nivel de utilidad que el paciente percibe sobre los contenidos expuestos en las sesiones.
- Adecuación de la actuación del terapeuta. Si la conducta del terapeuta, forma de exposición, nivel de conocimientos, es suficiente y adecuada, a este tipo de terapia.
- Nivel de comprensión de los contenidos expuestos durante las sesiones.
- Intención de poner en práctica lo aprendido durante las sesiones.
- Grado de satisfacción de los pacientes con las sesiones.

En la tabla 6.1., observamos los resultados del análisis de la evaluación del Programa Matrix realizada por el paciente en las sesiones individuales.

	Casos					
	Nada	Algo	Moderado	Bastante	Mucho	Total
Nivel de utilidad que el paciente percibe sobre los contenidos	0	0	1	8	40	49
Adecuación de la actuación del terapeuta	0	0	2	5	42	49
Nivel de comprensión de los contenidos	0	0	3	16	30	49
Intención de poner en práctica lo aprendido en las sesiones	0	0	1	19	29	49
Grado de satisfacción del paciente en las sesiones	0	0	1	3	45	49

Tabla 6.1. Resultados del análisis de la evaluación del Programa Matrix realizada por el paciente en las Sesiones Individuales.

Con los resultados de este análisis, podemos concluir, lo siguiente:

- El paciente percibe los contenidos tratados durante las sesiones, de utilidad, para entender y recuperarse de su adicción.
- La actuación del terapeuta durante las sesiones, es adecuada, y, le ayuda a superar el problema de adicción.

- El paciente muestra un alto grado de satisfacción con el resultado de las sesiones.

Así mismo, las puntuaciones obtenidas, indican, que los pacientes comprenden adecuadamente los contenidos expuestos durante las sesiones, y, la intención de poner en práctica el contenido de la sesión para superar su adicción.

6.2.2.- Análisis de la evaluación realizada por el Terapeuta en las Sesiones Individuales del Programa Matrix

El terapeuta ha evaluado a los pacientes durante las sesiones individuales del Programa Matrix, mediante la cumplimentación de un cuestionario para cada paciente, compuesto por ítems cuyas opciones de respuesta se miden a través de una escala tipo Likert de 5 pasos.

Los ítems objeto de estudio, miden características y comportamientos del paciente durante el transcurso de las sesiones individuales, tales como:

- Nivel de asistencia del paciente a las sesiones.
- Nivel de motivación del paciente durante las sesiones.
- Grado de comprensión de los contenidos de las sesiones.
- Nivel de atención durante las sesiones.
- Mantenimiento de la abstinencia a lo largo del tratamiento.
- Número de recaídas. Ocasiones en las que el paciente ha interrumpido el mantenimiento de la abstinencia.

En la tabla 6.2., observamos los resultados del análisis de la evaluación del Programa Matrix realizada por el terapeuta en las Sesiones Individuales.

	Casos					
	Nada	Bajo	Medio	Alto	Muy Alto	Total
Nivel de asistencia del paciente	0	0		1	48	49
Nivel de motivación del paciente	0	0	3	6	40	49
Grado de comprensión de los contenidos	0	0	12	7	30	49
Nivel de atención	0	0	3	5	41	49
Mantenimiento de la abstinencia a lo largo del tratamiento	0	1	10	3	35	49
Nº de recaídas durante el tratamiento	35	3	10	1	0	49

Tabla 6.2. Resultados del análisis de la evaluación del Programa Matrix realizada por el terapeuta en las sesiones individuales.

Con los resultados de este análisis, podemos concluir, lo siguiente:

- El nivel de asistencia de los pacientes a las sesiones individuales ha sido muy elevado.
- Los pacientes han comprendido muy bien los contenidos expuestos durante las sesiones.
- Los pacientes han mostrado una buena y elevada motivación durante el programa lo que ha favorecido la continuidad para seguir en él.
- Los pacientes han mostrado un buen nivel de atención durante el desarrollo de las sesiones.
- La mayoría de los pacientes han mantenido la abstinencia de drogas durante el tratamiento, siendo el número de recaídas no superior a dos ocasiones en un mismo paciente.

6.2.3.- Análisis de la evaluación realizada a los pacientes por un Observador Externo, en las Sesiones Grupales de Recuperación Temprana del Programa Matrix

Un observador externo a las sesiones, ha evaluado a los pacientes durante la sesiones grupales de recuperación temprana del programa Matrix, a través, de un cuestionario para cada paciente, compuesto por ítems cuyas opciones de respuesta se miden a través de una escala tipo Likert de 5 pasos.

Las variables objeto de estudio miden características y comportamientos del paciente durante el transcurso de las sesiones grupales, como:

- Nivel de asistencia de los pacientes a las sesiones.
- Nivel de participación de los pacientes durante las sesiones. Aportaciones de experiencias y comentarios durante el desarrollo de las sesiones.
- Nivel de motivación de los pacientes durante las sesiones.
- Nivel de atención de los pacientes durante las sesiones.
- Grado de asimilación de los contenidos expuestos durante las sesiones.
- Nivel de distorsión ocasionado por los pacientes durante las sesiones. En qué medida los pacientes ocasionan incidentes, y/o problemas que interfieren con el desarrollo de las sesiones.
- Nivel de establecimiento de relaciones positivas entre los miembros del grupo.
- Nivel de satisfacción manifestado por los pacientes con el resultado de las sesiones.

En la tabla 6.3., observamos los resultados del análisis de la evaluación del Programa Matrix realizada por un Observador Externo en las Sesiones Grupales de Recuperación Temprana del Programa Matrix.

	Casos					Total
	Nada	Algo	Moderado	Bastante	Mucho	
Nivel de asistencia de los pacientes a las sesiones	0	0	3	0	46	49
Nivel de participación de los pacientes	0	0	2	5	42	49
Nivel de motivación de los pacientes	0	0	3	16	30	49
Nivel de atención de los pacientes	0	0	3	4	32	49
Grado de asimilación de los contenidos expuestos	0	0	3	4	32	49
Nivel de distorsión ocasionado	15	4	0	0	0	49
Nivel de establecimiento de relaciones positivas entre los miembros del grupo	0	0	0	9	40	49
Nivel de satisfacción manifestado por los pacientes con los resultados de las sesiones	0	0	0	8	41	49

Tabla 6.3. Resultados del análisis de la evaluación del Programa Matrix realizada por un Observador Externo en las Sesiones Grupales de Recuperación Temprana del Programa Matrix.

Los resultados obtenidos en este análisis, muestran que:

- Los pacientes se muestran muy satisfechos con los resultados de las sesiones grupales de Recuperación Temprana, lo que supone un refuerzo para continuar con el tratamiento.
- Los pacientes han establecido, entre ellos, relaciones interpersonales positivas que favorecen la cohesión como grupo.
- El nivel de asistencia y participación de los pacientes a las sesiones grupales de recuperación inicial ha sido muy elevado.
- Los pacientes han comprendido muy bien los contenidos expuestos durante las sesiones.

- Los pacientes han mostrado una buena y elevada motivación durante el desarrollo de las sesiones, que favorece su proceso de recuperación.
- Los pacientes han mostrado un buen nivel de atención y asimilación de los contenidos durante el desarrollo de las sesiones grupales de recuperación temprana.
- La actitud y comportamiento de los pacientes durante el desarrollo de las sesiones han sido favorable, ocasionando problemas o incidentes en muy pocas ocasiones.

En conjunto, si tomamos en consideración, todas las evaluaciones realizadas, a los pacientes, a sus familiares y al terapeuta, éstas, reflejan un nivel de aceptación elevado, (que se estima entre bastante y mucho), respecto de la aplicación y los resultados obtenidos durante las distintas sesiones que componen el Programa Matrix .

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

1. La adaptación del Programa Matrix de tratamiento intensivo para pacientes con dependencias de sustancias, ha demostrado su adecuación a la realidad sociocultural en nuestro medio. El proceso de adaptación, siguió las etapas sugeridas para asegurar la confiabilidad y la eficacia de los resultados.
2. En cuanto a la consideración de las variables sociodemográficas, el perfil representativo de nuestros pacientes, es el de un varón de 35 años, soltero, con estudios primarios, desempleado, en convivencia y con apoyo familiar.
3. Considerando los indicadores clínicos y siguiendo con la descripción de nuestro perfil, la edad media de inicio en el consumo de sustancias es la de 19 años, y son consumidores de alcohol y cocaína, de forma diaria. Presentan antecedentes psiquiátricos y siguen tratamiento psiquiátrico ambulatorio, y no se le aplican medidas de control de la abstinencia, con anterioridad a la incorporación al Programa Matrix.
4. En cuanto al perfil de personalidad, destacan los siguientes rasgos: elevada ansiedad, tendencia al aislamiento y a la soledad. Son individualistas, impacientes, irritables, suspicaces, dubitativos e insensibles, y con una baja fuerza del Ego. El patrón clínico de personalidad sería el de un trastorno de personalidad antisocial y límite.
Diferencialmente, los hombres en comparación con las mujeres tienden a un mayor abuso de drogas, son menos emotivos, atienden menos a las normas, son más abstractos e imaginativos, más aprensivos e insatisfechos, tienen más

ansiedad subjetiva, tienen una visión menos simplista de la vida y se dejan llevar menos por lo establecido socialmente.

5. Desde el punto de vista psicopatológico, destacan la ideación paranoide, la tendencia a la depresión y el psicoticismo. El modo de pensamiento automático de nuestros sujetos, es desajustado y destructivo. Tienden a ver el mundo de forma rígida, con propensión a las soluciones simplistas, con baja apertura a la experiencia, afrontando las situaciones con afecto negativo, ira y depresión, y de forma estereotipada y rígida.
6. El análisis de varianza de medidas repetidas aplicado a las puntuaciones obtenidas en las escalas de evaluación clínica al inicio, al mes, a los dos meses, y a los cuatro meses, tras finalizar el tratamiento, indican una importante disminución de la obsesividad e impulsividad hacia el consumo de sustancias, al igual que, un descenso importante del craving durante la abstinencia, a lo largo del período de tratamiento con el Programa Matrix.
7. El grado de satisfacción experimentado por nuestros pacientes y evaluado a lo largo del período de cuatro meses de duración del tratamiento, refleja la alta eficacia del Programa Matrix, confirmado, a su vez, por la valoración tanto de los familiares como la del terapeuta y observador externo participantes.
8. La aplicación y desarrollo del Programa terapéutico Matrix, en nuestra muestra de pacientes, ha demostrado una alta eficacia, comprobándose ésta en la importante disminución de la sintomatología, y en el mantenimiento de la abstinencia expresada a través de las opiniones de las respectivas familias, lo que implica una mejoría significativa en las relaciones familiares y sociales de nuestros sujetos.

9. La aplicación del Programa Matrix, considerando su eficacia, tras los resultados obtenidos en nuestra muestra de pacientes drogodependientes, sugiere la conveniencia de ampliar su implantación en muestras sucesivas, al igual que su extensión al conjunto de centros terapéuticos en el ámbito de nuestra región.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

Abbott, P. J., Weller, S. B. y Walker, S. R. (1994). Psychiatric disorders of opioid addicts entering treatment: preliminary data. *Journal of Addictive Disorders, 13*, 1-11.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Amesty, E., Clinton, A., (2006). Cultural adaptation of a preschool prevention program. *Interamericana Journal of Psychology*.

Arendt, M., Rosenberg, R., Fjordback, L., Brandholdt, J., Foldager, L., Sher, L. et al. (2007). Testing the self-medication hypothesis of depression and aggression in cannabis-dependent subjects. *Psychological Medicine, 37*, 935-945.

Baldwin, J.A. y Rolf, J.E. (1996). Developing culturally sensitive HIV/AIDS and substance abuse prevention curricula for Native American youth. *Journal of School Health, 66*, 322-327.

Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C.F., Liese, B.S. (1999). *Terapia Cognitiva de las drogodependencias*. Paidós. Barcelona, Buenos Aires, México.

Becoña Iglesias, E. (2002). Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas. Plan Nacional Sobre Drogas. Universidad de Santiago de Compostela.

Becoña Iglesias, E., Cortés Tomás, M. (2008). *Guías Clínicas Socidrogalcohol basadas en la evidencia científica*. Guía Clínica de Intervención Psicológica en Adicciones. Socidrogalcohol.

Bernal, G. y Sáez- Santiago, E. (2006). Culturally centered psychosocial interventions. *Journal of Community Psychology*, 34, 121-132.

Bernal, G., Bonillo, J. y Bellido, C. (1995). Ecological validity and cultural sensitivity for outcome research: issues for the cultural adaptation and development of psychosocial treatments with Hispanics. *Journal of Abnormal Psychology*, 23, 67-87.

Bobes García, J., Casas Brugué, M., Gutiérrez Fraile, M. (2002). Manual de evaluación y tratamiento de las drogodependencias. Barcelona.

Bobes García, J., García Portilla, M.P., Bascarán Fernández, M.T., Sáiz Martínez, P.A., Bousoño García, M. (2002). Banco de Instrumentos Básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. Barcelona

Brooner, R. K., King, V. L., Kidorf, M., Schmidt, C. W. y Bigelow, G. E. (1997). Psychiatric and substance use comorbidity among treated-seeking opioid abusers. *Archives of General Psychiatry*, 54, 71-80.

Cacciola, J. S., Alterman, A. I., Rutherford, M. J., McKay, J. R. y Mulvaney, F. D. (2001). The relationship of psychiatric comorbidity to treatment outcomes in methadone maintained patients. *Drug & Alcohol Dependence*, 61, 271-280.

Carroll K. (2004). Tratamientos combinados para la dependencia de sustancias. En M. Sammons y N. Schmidt (eds.), *Tratamientos combinados de los trastornos mentales: una guía de intervenciones psicológicas y farmacológicas*. Bilbao: DDB.

Carroll, K. (2004). Tratamientos combinados para la dependencia de sustancias. En M. Sammons y N. Schmidt (eds), *Tratamientos combinados de los trastornos mentales: una guía de intervenciones psicológicas y farmacológicas*. Bilbao:DDB.

Carroll, K. M., Rounsaville, B.J. , Gordon, L.T. , Nich, C., Jatlow, P.M., Bisighini, R.M., and Gawin, F.H. (1994). Psychotherapy and pharmacotherapy for ambulatory cocaine abusers. *Archives of General Psychiatry*, 51, 177-197.

Carroll, K. M., Rounsaville, B.J. , Nich, C., Gordon, L.T. , Wirtz, P.W., and Gawin, F.H. (1994). One year follow-up of psychotherapy and pharmacotherapy for cocaine dependence: Delayed emergence of psychotherapy effects. *Archives of General Psychiatry*, 51, 989-997.

Carroll, K. M., Rounsaville, B.J. and Gawin, F.H. (1991). A comparative Trial of psychotherapies for ambulatory cocaine abusers: Relapse prevention and interpersonal psychotherapy. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 17, 229-247.

Carroll, K.; Rounsaville, B.; and Keller, D. (1991). Relapse prevention strategies for the treatment of cocaine abuse. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 17(3):249-265.

Carroll, K.M. (1998). Un Enfoque Cognitivo-Conductual: el tratamiento de adicción a la cocaína. NIDA. Rockville. FAD-CITRAN Madrid, 2001.

Castro, F. G., Barrera, M, & Martínez, C.R. (2004). The cultural adaptation of prevention interventions: Resolving tensions between fidelity and fit. *Prevention Science*, 5, 41-45.

Cattell, R.B. (1957). Personality and motivation structure and measurement. New York: World Book.

Cattell, R.B. ; Eber, H.W. y Tatsuoka, M.M. (1970). Handbook for the Sixteen Personality Factor Questionnaire (16 PF). Champaign,IL: Institute for Personality and Ability Testing, Inc.

Chen, C. C., Tsai, S. Y., Su, L. W., Yang, T. W., Tsai, C. J. y Hwu, H. G. (1999). Psychiatric co-morbidity among male heroin addicts: differences

between hospital and incarcerated subjects in Taiwan. *Addiction*, 94, 825-832.

Costa Alexandre, N.M., y Brito Guirardello, E. (2002). Adaptación cultural de instrumentos utilizados en salud ocupacional. *Revista Panamericana de Salud Pública* vol 11 no.2. Washington.

Darke, S. y Ross, J. (1997). Polydrug dependence and psychiatric comorbidity among heroin injectors. *Drug & Alcohol Dependence*, 48, 135-141.

De Las Cuevas, C., y González de Rivera, J. L. (1991). Perfil sintomático y diagnóstico en pacientes psiquiátricos ambulatorios. *Psiquis*, 12, 326-36.

Department of Health and Human Services (DHHS). (2001). *Finding the balance: Program fidelity and adaptation in substance abuse prevention. A State-of-the-art-review (2002, CADCA Conference Edition)*. Rockville, MD: Author.

Déviex, J.G., Malow, R. M., Jean-Gilles, M.M., Samuels, D.M., Deschamps, M.M., Ascencio, M., Jean-Baptiste, L. y Pape, J. W. (2004). Reducing Health disparities through culturally sensitive treatment for HIV+adults in Haiti. *ABNF Journal*, 15, 109-115.

Déviex, J.G., Malow, R. M., Rosenberg, R. y Dyer, J.G. (2004). Context and common ground: cultural adaptation of an intervention for minority HIV infected individuals. *Journal of Cultural Diversity*, 11, 49-57.

Drake, R. E., McHugo, G. J., Clark, R. E., Teague, G. B., Xie, H, Milesi, K. et al. (1998). Assertive community treatment for patients with co-occurring severe mental illness and substance use disorders. A clinical trial. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68, 201-215.

Durrrel, J., Lechtenberg, B., Corse, S. y Frances, R. J. (1993). Intensive management of persons with chronic mental illness who abuse substance. *Hospital & Community Psychiatry*, 44, 415-428.

Epstein, S. (1998). *Constructive thinking: The key to emotional intelligence*. Westport; CT: Praeger Publishers

Epstein, S. (2001). *Inventario de Pensamiento Constructivo, CTI*. TEA Ediciones Madrid.

Epstein, S. y Sherman, D. (1992). [Constructive Thinking and alcoholism in college students] Unpublished raw data.

Fonseca Lago, D. (2008). La adaptación de programas: aspectos metodológicos, socioculturales y cognitivos. *Revista Psicología Científica.com*, 10 (14).

Gollnisch, G. (1991). *Drug use in methadone maintenance clients: A multidimensional model of motivation, coping, and Personality*. Unpublished doctoral dissertation. Universidad de Massachusetts at Amherst.

González de Rivera, J., De las Cuevas, C., Rodríguez, M., y Rodríguez, F. (2002). *Cuestionario de 90 síntomas SCL-90-R de Derogatis. Adaptación española*. Madrid, TEA Ediciones.

Goodman, W.K., Price L.H., Rasmussen S.A., Mazure C., Fleischmann, R.L., Hill, C.L., Heninger, G, R. y cols. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, Use and Reliability. *Arch Gen Psychiatry*; 46: 1006-11.

Guillemin, F. (1995). Cross-cultural adaptation and validation of health status measures. *Scand J. Rheumatol*; 24: 61-63.

Guy, W. (1976). Clinical Global Impressions. In: ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology, revised. National Institute of Mental Health, Rockville, MD.

Haver, B. (1997). Screening for psychiatric comorbidity among female alcoholics: The use of a questionnaire (SCL -90) among women early in their treatment programme. *Alcohol Alcoholism*; 32: 725-730.

Huber, A., Ling, W. , Shoptaw, S., Gulati, V., Brethen, P., and Rawson, R. (1997). "Integrating Treatments for Methamphetamine Abuse: A Psychosocial Perspective", *Journal of Addictive Diseases* 16, no. 4, 41–50.

Humphreys, K., Wing, S., McCarty, D., Chappel, J., Gallant, L., Haberle, B., Horvath, A. T., Kaskutas, L.A., Kirk, T., Kivlahan, D., Laudet, A., McCrady, B.S., McLellan, A. T., Morgenstern, J., Townsend, M., and Weiss, R. (2004). Self-help organizations for alcohol and drug problems: Toward evidence based practice and policy. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 26, 3, 151-158.

Hutchinson, A., Bentzen, N., Koning-Zanhn. (1997). Cross cultural health outcome assessment: a user's guide. Groningen: European Research Group on Health Outcomes.

Jennings, P.S. (1991). To surrender drugs: A Grief process in its own right. *Journal of substance Abuse treatment*; 8: 221-226.

Kampman, Kyle M., Volpicelli, Joseph R., McGinnis, David E., et al. (1998). Reliability and validity of the cocaine selective severity assessment. *Addictive Behaviors*, 23, 4, (449-461).

Karson, M., Karson, S., O`Dell, J. (2001).16 PF-5. Una guía para su interpretación en la práctica clínica. Tea Ediciones. Madrid.

Karson, S. y O`dell, J.W. (1976). A guide to the clinical use of the 16PF. Champaign, IL: institute for Personality and Ability Testing, Inc.

Kessler, R. C., Crum, R. M., Warner, L. A., Nelson, C. B., Schulenberg, J. y Anthony, J. C. (1997). Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 54, 313-321.

Khantzian, E. J. (1985). The self-medication hypothesis of addictive behaviors: Focus on heroin and cocaine dependence. *American Journal of Psychiatry*, 142, 1259-1264.

Klerman, G. L. (1986). The National Institute of Mental Health — Epidemiologic Catchment Area (NIMH-ECA) program. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 21, 159-166.

Kokkevi, A., Stefanis, N., Anastasopoulou, E., Kostogianni, C. (1998). Personality disorders in drug abusers: Prevalence and their association with Axis I disorders as predictors of treatment retention. *Addict Behav*; 23: 841-853.

Lende, D. H. y Smith, E. O. (2002). Evolution meets biopsychosociality: an analysis of addictive behavior. *Addiction*, 97, 447-458.

Leshner, A.I. (1997). Addiction is a brain disease, and it matters. *Science*, 278, 45-47.

López, A. y Becoña, E. (2006). Consumo de cocaína y psicopatología asociada: una revisión. *Adicciones*, 18, 161-196.

Marinangeli, M.G., Tutti, G., Cinto, A., Di Cicco, L., Kalyvoka, A., Petruzzi, C., et al. (2000). Personality disorders prevalence study among inpatients with mood disorders, psychoactive use disorders and anxiety disorders. *Epidemiol Psychiatr Soc*; 9 (1): 36-44.

Marlatt, G. A. (1993). La prevención de Recaídas en las conductas adictivas: un enfoque de tratamiento cognitivo conductual. En, M. Casas y M Gossop. (coord.), *Recaída y Prevención de Recaídas. Tratamientos*

psicológicos en drogodependencias 137-159. Barcelona: Ediciones en Neurociencias, Citran.

Marlatt, G. A., Gordon, J. R. (1985). *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. New York: Guilford Press.

McKenzie, J.F., & Smeltzer, J.L. (2001). *Planning, implementing and evaluating health promotion programs: A primer (3rd ed.)*. Boston, MA: Allyn & Bacon.

Miller, W. R. y Rollnick, S. (1999, 2002). *La Entrevista Motivacional*. New York: Guilford Press 1991, Ediciones Paidós Ibérica, Barcelona, 93-120.

Millon, T. *Millon Clinical Multiaxial Inventory-II.MCMI-II*. TEA Ediciones, Madrid 1998.

Moffitt, T. E., Caspi, A., Harrington, H. y Milne, B. J. (2002). Males on the lifecourse- persistent and adolescence-limited antisocial pathways. Follow-up at age 26 years. *Development and Psychopathology*, 14, 179-207.

Mueser, K. T. y Fox, L. (2002). A family intervention program for dual disorders. *Community Mental Health Journal*, 38, 253-270.

Mueser, K. T., Drake, R.E. y Miles, K. M. (1997). The course and treatment

National Institute on Drug Abuse (2001). *Principios de Tratamientos para La Drogadicción: Una Guía Basada en Investigaciones*. Disponible en:<http://www.nida.nih.gov/PODAT/Spanish/PODATIndex.html>.

National Institute on Drug Abuse NIDA (2001). *Principios de tratamiento efectivos*. NIH publication No, 01-41-80(s).

National Institute on Drug Abuse NIDA (2008). *Las drogas, el cerero y el comportamiento: La ciencia de la adicción*.

National Institute on Drug Abuse NIDA (2009). Principles of drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide (Second Edition).

National Institute on Drug Abuse. (1999). *Principles of Drug Addiction Treatment*. Disponible en: <http://www.nida.nih.gov/PODAT/PODATIndex.html>

Nunes, E. V. y Deliyannides, D. A. (1996). Investigación en diagnóstico dual. En J. Solomon, S. Zimberg y E. Sholler (Eds.) *Diagnóstico dual*. Barcelona. Ediciones en Neurociencias.

Obert, J. L., McCann M. J., Marinelli-Casey P., Weiner, A Minsky, S., Brethen, P and Rawson, R. (2000). The Matrix Model of Outpatient Stimulant Abuse Treatment: History and Description. *Journal of Psychoactive Drugs* 32, no. 2; 157–64.

Obert, J.L., Brethen, P., and McCann, M.J. (2007). The Matrix Model for Teens and Young Adults Family Curriculum with DVD's. Center City, Minnesota: Hazelden.

Obert, J.L., London, E.D., and Rawson,R.A. (2002). Incorporating brain research findings into standard treatment: An example using the Matrix Model. *Journal of substance Abuse Treatment*, 23, 107-114.

Obert, J.L., Minsky, S., and Cummings, G. (2007). Treatment for Methamphetamine Abuse and Dependence: The Matrix Model. The HIS Primary Care Provider. *A Journal for Elath professionals working with American Indians and Alaska Natives*. 32, 4, 97-99.

Obert, J.L., Rawson, R.A., McCann, M.J., Ling, W., and Minsky, S. (2006). Matrix Model; Culturally Designed Client Handouts for American indians/Alaskan Natives. Los Angeles: Matrix Institute.

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2010). Informe Anual 2010: El problema de la drogodependencia en Europa,

Osher, F. C., & Kofoed, L. L. (1989). Treatment of patients with psychiatric and substance abuse disorder. *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 1025- 1030.

Patton, J. H., Stanford, M. S. & Barratt, E. S. (1995). Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51, 768-774.

Pedrero-Perez E.J., Segura-López I. (2003). Los trastornos de personalidad en drogodependientes y su relación con la dificultad en el manejo clínico. *Trastornos adictivos*; 5(3).

Petry, N.M. (2000). A comprehensive guide to the application of contingency management procedures in clinical settings. *Drug and Alcohol Dependence*, 58, 9-25.

Plan Regional de Drogodependencias de la Región de Murcia 2007-2010.

Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. (1984). The transtheoretical approach: Crossing the traditional boundaries of therapy. Homewood: Dorsey Press.

Prochaska, J.O., DiClemente, C.C., (1983). Stages and processes of self-change of smoking: toward and integrative model of change. *J Consult Clin Psychol*; 51:390-5.

Prochaska, J.O., Prochaska, J.M., (1993). Modelo Transteórico de cambio para conductas adictivas. En Casas, M., Gossop, M., editores. *Tratamientos psicológicos en drogodependencias: Recaída y prevención de recaídas*. Sitges: Ediciones en Neurociencias; 85-136.

R. A. Rawson, A. Huber, P. Brethen, Obert, J., Gulati, V., Shoptaw, S., and Ling, W. (2002). Status of Methamphetamine Users 2–5 Years after Outpatient Treatment. *Journal of Addictive Diseases* 21, no. 1; 107–19.

R. A. Rawson, J. L. Obert, M. J. McCann, D. P. Smith, and W. Ling, (1990). "Neurobehavioral Treatment for Cocaine Dependency", *Journal of Psychoactive Drugs* 22, no. 2; 159–71.

Rawson, R. A. , Obert, J. L., McCann, M. J.,and Mann, A. J. (1986). Cocaine Treatment Outcome: Cocaine Use Following Inpatient, Outpatient, and No Treatment. National Institute on Drug Abuse Research Monograph Series 67, 271-7.

Rawson, R. A., Marinelli-Casey, P. , Anglin, M. D., Dickow, A., Frazier, Y., Gallagher, C. , Galloway, G. P. , Herrell, J. , Huber, A., McCann, M. J. Obert, J., Pennell, S., Reiber, C., Vandersloot, D., and Zweben, J. (2004). A Multi-Site Comparison of Psychosocial Approaches for the Treatment of Methamphetamine Dependence. *Addiction* 99, no. 6; 708–17.

Rawson, R. A., Obert, J. L., McCann, M. J., and W. Ling, (1991). Psychological Approaches for the Treatment of Cocaine Dependence-A Neurobehavioral Approach. *Journal of Addictive Diseases* 11, no. 2; 97–119.

Rawson, R. A., Shoptaw, S. J., Obert, J. L. , McCann, M. J., Hasson, A. L. Marinelli-Casey, P. J., Brethen, P. R. and Ling, W. (1995). Reprinted from *Journal of Substance Abuse Treatment*, Volume 12, An Intensive Outpatient Approach for Cocaine Abuse Treatment: The Matrix Model, pages 117–27.

Rawson, R.A. (2009). Treatments for methamphetamine dependence: Contingency management and Matrix Model. In R. Pates and D. Riley (Eds). *Interventions for Amphetamine Misuse*. New York: Wiley-Blackwell

Rawson, R.A. , Obert,J.L., McCann, M.J., Smith, D.P.& Scheffey, E.H.(1989). *The Neurobehavioral Treatment Manual*. Beverly Hills, California: The Matrix Center.

Rawson, R.A., McCann, M.J., Flammino, F., Shoptaw, S., Miotto, K., Reiber, C., Ling, W. (2006). A comparison of contingency management and

cognitive-behavioral approaches for stimulant-dependent individuals. *Addiction*, 101, 2, 267-274.

Rawson, R.A., Shotaw, S.; Obert, J.L.; McCann, M.; Hasson, A.; Marinelli-Casey, P.; Brethen, P.; and Ling, W. (1995). An Intensive outpatient approach for cocaine abuse: The Matrix Model. *Journal of Substance Abuse Treatment* 12 (2):117-127.

Roll, J.M., Petry, N.M., Stitzer, M.L., Brecht, M.L., Peirce, J.M., McCann, M.J., Blaine, J., MacDonald, M., DiMaria, J., Lucero, L. and Kellogg, S. (2006). Contingency management for the treatment of methamphetamine use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 163,11, 1993-1999.

Rosenblum, A., Magura, S., Palij, M., Foote, J., Handlesman, L. y Stimmel, B. (1999). Enhanced treatment outcomes for cocaine-using methadone patients. *Drug and alcohol dependence*, 54, 207-218.

Rubio, G. (1998). Tratamiento de los trastornos psiquiátricos comórbidos con las patologías adictivas. En J. Cabrera, *Patología Dual* (pp. 103-121). Madrid: Ediciones Gráficas DELOS.

Rubio, G., López- Muñoz, F., Santo-Domingo, J. (2002). Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias. Madrid.

Sampl S., Kadden R., (2004). Terapia de Estimulación Motivacional y Cognitivo-Conductual para Adolescentes Adictos a Marihuana. Psiquiatría Editores, S.L., Barcelona 40-63.

Schinke, S., Brounstein, P., & Gardner, S. (2002). DHHS Pub n°. (SMA) 03-3764. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Prevention, SAMHSA.

Schuckit, M. A. (1986). Genetic and Clinical Implications of Alcoholism and Affective Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 143, 140-147.

Secades Villa, R y Fernández Hermida, J.R. (2001) Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína *Psicothema*. Vol. 13, nº 3, pp. 365-380.

Secades Villa, R. y Fernández Hermida, J. R. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: alcohol, cocaína y heroína. En M. Pérez Álvarez, J. R. Fernández Hermida, C. Fernández Rodríguez & I. Amigo Vázquez (Eds.), Guía de tratamientos psicológicos eficaces (pp. 107-132). Madrid: Pirámide

Shoptaw, S., Frosch, D., Rawson, R. A. ,and Ling, W. (1997). Cocaine Abuse Counseling as HIV Prevention, AIDS. Education and Prevention 9, no. 6, 511–20.

Shoptaw, S., Rawson, R. A., McCann, M. J.,and Obert, J. L. (1994). The Matrix Model of Outpatient Stimulant Abuse Treatment: Evidence of Efficacy. *Journal of Addictive Diseases* 13, no. 4, 129–141.

Shoptaw, S., Reback, C.J., Peck, J.A., Larkins, S., Freese, T.E., and Rawson, R.A. (2005). Getting Off: A Behavioral Treatment Intervention for Gay and Bisexual Male Methamphetamine Users. Los Angeles: Friends Research Institute.

Simon, S., Domier, C., Carnell, J., Brethen, P., Rawson, R., and Ling, W. (2000). Cognitive Impairment in Individuals Currently Using Methamphetamine. *American Journal on Addictions* 9, no. 3; 222–31.

Simth, Nancy J.(1999). Motivar a las personas con trastornos duales: una aproximación en fases. RET, Revista de Toxicomanías. Nº. 19

Tejero i Pociello, Trujols i Albet A.J., (2003). Instrumentos Clínicos para la evaluación de la dependencia a la cocaína. Psiquiatría Editores, S.L., Barcelona.

Uchtenhagen, U. y Zeiglgänsberger, W. (2000). *Suchtmedizin–konzepte, strategien und therapeutisches management*. Munich: Urban & Fischer Verlag.

Van Horn, D. H. y Bux, D. A. (2001). A pilot test of motivational interviewing groups for dually diagnosed inpatients. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 20, 191-195.

Verheul, R. (2001). Comorbilidad de trastornos de la personalidad en individuos con trastornos por uso de sustancias. *European Psychiatry (Edición Española)*, 8, 520-529.

Verheul, R. (2001). Co-morbidity of personality disorders individual with substance use disorders. *Eur Psychiat.*; 16:274-82.

Verheul, R., Van den Bosch, L. M. C., Koeter, M. W. J., Ridder, M. A. J., Stijnen, T. y Van den Brink, W (2003). Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder 12-month, randomised clinical trial in the Netherlands. *British Journal of Psychiatry*, 182, 135-140.

Volkow, N. (2001). Drug abuse and mental illness: progress in understanding comorbidity. *Am J Psychiatry*; 158:1181-3.

Wilens, T. E., O'Keefe, J. y O'Connell, J. J. (1993). A public dual diagnosis detoxification unit I: Organization and structure. *American Journal on Addictions*, 2, 91-98.

Yücel, M., Lubman, D. I., Solowij, N. y Brewer, W. J. (2007). Understanding drug addiction: a neuropsychological perspective. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41, 957-968.

Zarza González M.J., Obert, J. L., Rawson, Richar A., Palau, C., Perelló del Río, M., Sánchez Máñez, A., Cortell Cortell, C. (2011) Tratamiento psicosocial Matrix para la adicción a cocaína: componentes de

un tratamiento efectivo. *Revista Española de Drogodependencias* 36 (1) 27-48.

Zarza González, M.J., Botella Guijarro, A., Vidal Infer, A., Ribeiro, D., Couto, B., Bisetto Pons, D., Martí J. (2011). Modelo Matrix: tratamiento intensivo ambulatorio del consumo de sustancias estimulantes. Manual del usuario. Versión española traducida del Center for Substance Abuse Treatment. DHHS Publication No. (SMA) 06-4154. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2006.

Zimberg, S. (1999). A dual diagnosis typology to improve diagnosis and treatment of dual disorder patients. *Journal of Psychoactive Drugs*, 31, 47-51.

ANEXOS

Anexo 1: ACUERDO Y CONSENTIMIENTO DE SERVICIOS

Es importante que comprenda los tipos de servicios que se le ofrecerán, así como, los plazos y las condiciones que regirán dichos servicios.

Yo, _____, solicito recibir tratamiento por parte del personal del Programa Matrix

Como condición de dicho tratamiento, reconozco la validez de los siguientes puntos y acepto respetarlos. De manera que comprendo lo siguiente:
(Marque cada artículo con sus iniciales)

_____ **1. El programa:** El programa de tratamiento en el que acepto participar para pacientes externos, se basa en el programa Tratamiento intensivo de alcohol y drogas The Matrix Model. El personal del programa cree que las estrategias de tratamiento utilizadas, brindan una intervención útil ante los problemas de dependencia de sustancias. No se garantiza un resultado específico.

_____ **2. Reglas de participación:** La participación en el tratamiento exige ciertas reglas básicas. Estas condiciones son esenciales para conseguir un tratamiento exitoso. Infringir estas reglas puede implicar la terminación del tratamiento. Por lo cual acepto lo siguiente (marque con un círculo):

- a) Es necesario llegar a las citas de manera puntual según la hora indicada. En cada cita debo aceptar realizar un control de tóxicos con analíticas.
- b) Una de las condiciones del tratamiento es mantener la abstinencia de alcohol y de toda droga durante el período de tratamiento. Si no puedo mantener este compromiso, hablaré con el personal del programa sobre otras terapéuticas.
- c) Comunicaré al personal cualquier consumo de drogas o alcohol mientras permanezca en tratamiento.

- d) El tratamiento consiste en sesiones individuales y de grupo. Si fuera necesario cambiar una cita individual, se hará mediante notificación con 24 horas de antelación. No se puede cambiar el horario de las citas en grupo y es de gran importancia acudir a dichas citas. En caso de ausencia a la sesión de grupo, se le notificará de antemano al terapeuta. En el caso de que, a última hora haya una ausencia o un retraso en la sesión, se le notificará al terapeuta por teléfono.
- e) Finalizaré el tratamiento si intento vender drogas o fomentar el consumo de estas a otros pacientes.
- f) Comprendo que no se permitirá ninguna excusa para el consumo de drogas o de alcohol.
- g) No mantendré relaciones sexuales o de pareja con otros pacientes.
- h) Comprendo que no es aconsejable realizar intercambios comerciales con otros pacientes.
- i) La identidad de cada miembro, así como toda cuestión que en el grupo se discuta es absolutamente confidencial y no se compartirán con personas ajenas al grupo.
- j) El tratamiento es voluntario. Cuando decida terminar el tratamiento, hablaré de esta decisión con el personal.

_____ **3. El centro de instrucción:** Los servicios son llevados a cabo por psicólogos, y terapeutas con formación específica en el campo de las adicciones. Todos los terapeutas sin licencia obran bajo la supervisión de un terapeuta licenciado en el campo del tratamiento de las adicciones.

_____ **4. Consentimiento para la grabación por video o audio:** Para asegurar una alta calidad en los servicios y entrenamiento en la clínica, las sesiones de terapia podrán ser grabadas en video o audio con fines de formación. El paciente y, si es pertinente, el familiar, deben dar su consentimiento para la observación, y la grabación para estos fines.

_____ **5. Confidencialidad:** Toda información compartida en estas sesiones es estrictamente confidencial. No podrá divulgarse dicha información a ninguna persona que no pertenezca al personal de la clínica sin la previa autorización escrita del paciente o de la familia de este. Las únicas excepciones son aquellas en las que la ley lo requiera, y, suele tratarse de situaciones que implican un serio riesgo de daño físico para el paciente, para los demás, o una sospecha de abuso de menores o ancianos.

_____ **6. Cooperación:** Para lograr las metas del tratamiento se requiere la cooperación y participación activa de los pacientes y de sus familias. La falta de cooperación por parte del paciente, en ocasiones, puede interferir gravemente con la habilidad del terapeuta para ofrecer sus servicios al paciente de manera eficaz. En el caso de darse tales circunstancias, los profesionales pueden dejar de ofrecer tales servicios al paciente.

El paciente certifica que él o ella han leído, comprendido y aceptado el anterior Acuerdo y Consentimiento de Servicios. Este acuerdo y consentimiento estará presente durante el período de tratamiento del Programa Matrix.

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA

Anexo 2: CUESTIONARIO DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

1. Sexo

Varón

Mujer

2. Edad

3. Número de hijos

4. Número de miembros de la unidad familiar

5. Nivel educativo

Analfabeto

Sin estudios

Primarios

Secundarios

Superiores

6. Situación Laboral

Autónomo

Estudiante

Trabajo eventual

Trabajo indefinido

Desempleado

Pensionista por invalidez

Pensionista por jubilación

Labores domésticas

Incapacidad transitoria

Incapacidad permanente

Baja médica

Otros

7. Nivel socioeconómico

Alto

Medio-Alto

Medio

Medio-Bajo

Bajo

8. Ingresos propios

Si No

9. Tipo de convivencia

Sólo

Familia propia

Familia de origen

Solo con hijos

Con otros Familiares/Amigos

Familia monoparental

Acogimiento familiar

Adoptivo

En Institución/Pisos Protegidos

Otros

10. Actualmente, problemas judiciales

Si No

11. Antecedentes judiciales

Si No

12. Situación legal

Responsable ante la ley

Incapacidad con tutela

Incapacidad en trámite

13. Población

Rural Urbana

14. Apoyo percibido y real ante su problema

Apoyo Familiar

Apoyo Social

Anexo 3: CUESTIONARIO DE INDICADORES CLÍNICOS Y DE CONSUMO

1. Antecedentes médicos

Si No

2. Antecedentes psiquiátricos

Sin antecedentes

Ambulatoria especializada

Hospitalización especializada

Comunidad terapéutica

Centro de día de toxicómanos

Atención especializada privada

3. Tipo de sustancia consumida

Alcohol

Cocaína

Cannabis

Alcohol y cocaína

12. Edad de inicio del consumo

13. Vía de administración

Oral

Intranasal

Inhalada

Fumada

Parenteral

Oral e inhalada/fumada

14. Frecuencia del consumo

Diario

Días alternos

Fines de semana

Esporádico

15. Tiempo máximo de días sin consumir/abstinencia

16. Medidas de control de la abstinencia

Si No

17. Estadío de Cambio (Prochaska y Diclemente)

Precontemplación

Contemplación

Acción

Mantenimiento

Recaída

18. Tipo de tratamiento seguido hasta la fecha

Psiquiátrico

Psicológico

Ambos

Otros

19. Número de ingresos psiquiátricos

20. Tratamiento farmacológico actual

- Antidepresivos
- Ansiolíticos
- Antipsicóticos
- Interdictores depot
- Otros

Anexo 4: SESIONES INDIVIDUALES: VALORACIÓN DEL TERAPEUTA

1. Asistencia del paciente a las sesiones.

Nulo 0 Bajo 1 Medio 2 Alto 3 Muy alto 4

2. Nivel de motivación del paciente con el tratamiento.

Nulo 0 Bajo 1 Medio 2 Alto 3 Muy alto 4

3. Nivel de comprensión del paciente con los contenidos de las sesiones.

Nulo 0 Bajo 1 Medio 2 Alto 3 Muy alto 4

4. Nivel de atención del paciente durante las sesiones.

Nulo 0 Bajo 1 Medio 2 Alto 3 Muy alto 4

5. Nivel de mantenimiento de abstinencia.

Nulo 0 Bajo 1 Medio 2 Alto 3 Muy alto 4

6. Número de recaídas durante el programa.

Nada 0 Algo 1 Moderadamente 2 Bastante 3 Mucho 4

Anexo 5: SESIONES INDIVIDUALES: VALORACIÓN DEL PACIENTE

1. Lo aprendido en estas sesiones me resulta útil para combatir mi adicción.
Nada 0 Algo 1 Moderadamente 2 Bastante 3 Mucho 4

2. Creo que la actuación del terapeuta es adecuada y me ayuda a superar mi adicción.
Nada 0 Algo 1 Moderadamente 2 Bastante 3 Mucho 4

3. Comprendo bien los contenidos tratados con terapeuta durante las sesiones.
Nada 0 Algo 1 Moderadamente 2 Bastante 3 Mucho 4

4. Pienso poner en práctica lo aprendido en las sesiones.
Nada 0 Algo 1 Moderadamente 2 Bastante 3 Mucho 4

5. Estoy satisfecho con el resultado de las sesiones
Nada 0 Algo 1 Moderadamente 2 Bastante 3 Mucho 4

Anexo 6: SESIONES GRUPALES: VALORACIÓN AL PACIENTE POR UN OBSERVADOR

1. El paciente ha asistido a las sesiones.

Nada 0 Algo 1 Moderadamente 2 Bastante 3 Mucho 4

2. El paciente participa activamente durante el transcurso de las sesiones.

Nulo 0 Bajo 1 Medio 2 Alto 3 Muy alto 4

3. Nivel de motivación del paciente para continuar con el tratamiento.

Nulo 0 Bajo 1 Medio 2 Alto 3 Muy alto 4

4. Nivel de atención de los pacientes durante las sesiones.

Nulo 0 Bajo 1 Medio 2 Alto 3 Muy alto 4

5. Asimilación de los contenidos de las sesiones por parte del paciente.

Nada 0 Algo 1 Moderadamente 2 Bastante 3 Mucho 4

6. Problemas causados por los pacientes durante las sesiones.

Nada 0 Algo 1 Moderadamente 2 Bastante 3 Mucho 4

7. Establecimiento de relaciones interpersonales positivas con el resto del grupo.

Nada 0 Algo 1 Moderadamente 2 Bastante 3 Mucho 4

8. Nivel de satisfacción del paciente con la sesión.

Nulo 0 Bajo 1 Medio 2 Alto 3 Muy alto 4