

# **Intervención grupal y adicciones. Programa ITTACA. Intervención transteórica de apoyo al cambio de adicciones.**

Juan Díaz Salabert.  
Carlos Liébana Molina.  
Francisco Luque García.

Centro Provincial de Drogodependencias de Málaga.

## **1. INTRODUCCIÓN.**

El programa que vamos a describir se desarrolla en el Centro Provincial de Drogodependencias (C.P.D.) de Málaga, recurso de carácter ambulatorio, ubicado en la Red Pública Andaluza para la Atención a las Drogodependencias. (Plan Andaluz sobre Drogas 1986).

Este Centro Provincial, coordinado técnicamente por el Comisionado para la Droga sirve como centro de atención especializada a los drogodependientes y pretende desarrollar además, programas de información, formación, prevención, docencia, investigación y coordinación.

El equipo técnico tiene una composición multidisciplinar y está formado por psicólogos, médicos, enfermeros y trabajadores sociales.

Tradicionalmente y desde la creación del C.P.D. el programa asistencial tiene una dimensión interdisciplinar donde cada usuario es atendido de forma individual por varios técnicos: médico, enfermero, psicólogo y asistente social que coordinadamente intervienen en la definición de problemas y en la consecución de objetivos.

Tras unos años de funcionamiento, la presión asistencial creó un fuerte desequilibrio entre las demandas de intervención por parte de los usuarios y la capacidad de respuesta de los profesionales, que obligó al equipo a ir adaptando su dinámica laboral cada vez más al fenómeno asistencial en detrimento de otros programas que iban quedando reducidos por falta de tiempo.

La presión asistencial que obligaba a la búsqueda de formas de intervención más ágiles y con mayor capacidad de respuesta, junto con la inquietud de un grupo de profesionales del equipo por desarrollar nuevos métodos de intervención, fueron los elementos que sirvieron de base a la génesis del programa que pretendemos describir y que hemos llamado Programa I.G.T.A.. ( Intervención Transteórica en Adicciones).

Los usuarios a los que va dirigido el programa es la población toxicómana de un sector

mayoritario de Málaga capital y su provincia, que solicitan ayuda en el C.P.D.

Principalmente está formado por politoxicómanos que presentan a la heroína-cocaína como la droga diana (94%), y un pequeño porcentaje de alcoholdependiente (6%), siendo no significativo el porcentaje de otro tipo de drogas. En el apartado de evaluación del programa se encontrará detallada información sobre las características personales y sociofamiliares de una muestra representativa de esta población.

Los únicos criterios de participación en el programa vienen impuesto por las características del centro público donde se aplica y son:

- La asistencia de un problema de adicción a drogas.
- Voluntariedad de la persona en la demanda asistencial.

El equipo que diseña y ejecuta el programa está formado por tres técnicos: un psicólogo, un enfermero y un médico que están integrados en un equipo más amplio de profesionales del C.P.D.

El punto de encuentro de estos profesionales está en la inquietud común de buscar formas alternativas de intervención, basadas en sus experiencias individuales de trabajo con grupos. Pertenecientes a distintas disciplinas del campo de la salud y con distinta formación psicoterapéutica, desde la cognitiva-conductual a la relacional-sistémica o la psicodinámica confluyen en una tarea común, desarrollar un formato de intervención en adicciones, donde los enfoques teóricos sirvan para aportar herramientas terapéuticas eficaces del momento y de la situación.

## 2. FUNDAMENTOS TEÓRICOS.

La búsqueda de puntos de encuentros en la conceptualización y en la intervención, aproximó al denominado "modelo transteórico", (Prochaska J., Di Clementi C., 1983), cuyo origen es "un intento de comprensión del cambio del comportamiento humano, desde un punto de vista integrador de los diversos enfoques teóricos existentes en la psicoterapia" (Prochaska, 1984).

### 2.1. El Modelo Transteórico de cambio de las conductas adictivas.

El proceso de cambio realizado intencionalmente por una persona desde conductas menos saludables a otras más saludables, se ha comprendido en ocasiones, como si de un movimiento de estado estable a otro se tratara. Esta conceptualización dicotómica, no tiene en cuenta la dinámica previa y posterior del proceso, lo que conlleva una pobre comprensión del fenómeno y serias dificultades a la hora de intervenir en su optimización.

Esto es especialmente importante cuando nos referimos a la recuperación de conductas adictivas, en las que la consideración única de consumo o abstinencia, provoca serios equívocos al tratar de atender a estas personas y/o evaluar los programas de tratamiento a ellos dirigidos.

Diversos autores han subrayado la existencia de distintas fases en el abandono de una conducta adictiva, señalando que este cambio no es un fenómeno que siga la ley del todo o nada, y tratando de desarrollar un modelo comprensivo que cubra todo el curso del proceso. Los trabajos de Prochaska, Diclemente, y su equipo (Prochaska, J., Di Clementi, C., 1983, Prochaska, Diclemente y Norcross, 1992; Prochaska y Prochaska, 1993) están dirigidos al desarrollo de un modelo global de cambio que tenga en cuenta lo arriba señalado y que satisfaga simultáneamente las siguientes demandas:

- 2.1.1.- Debe ser aplicable a un amplio rango de formas de cambio, desde la máxima intervención de los programas tradicionales de rehabilitación, hasta la automodificación del comportamiento adictivo sin ayuda especializada.
- 2.1.2.- Debe ser aplicable a las diversas conductas adictivas; desde el abuso de alcohol y la dependencias a cualquier sustancia (nicotina, heroína, cocaína...), hasta otros comportamientos adictivos no farmacológicos como la hiperfagia o el juego patológico.
- 2.1.3.- Debe ser útil como síntesis de los distintos modelos de cambio de los que se dispone actualmente para las conductas problemáticas; especialmente de aquellas con vocación de explicación global del cambio, como por ejemplo el propuesto por Jannis y Mann (1977), referido a la toma de decisiones en situaciones problemáticas, o el planteado por Bandura, (1982), fundamentado en el constructo de autoeficacia.
- 2.1.4.- Debe servir como síntesis de los distintos modelos de tratamiento que se utilizan actualmente para las conductas adictivas, ayudando a integrar la intervención terapéutica fragmentada hasta ahora en un número excesivo de alternativas y de tratamientos que compiten entre sí.
- 2.1.5.- Debe cubrir todo el proceso del cambio, desde que el individuo comienza a percibir su comportamiento como problemático hasta que el problema no existe.
- 2.1.6.- Debe estar abierto al progreso incorporado e integrando las variables que se comprueben significativas en la explicación de la forma en la que las personas modifican sus conductas adictivas.

A partir de sus estudios sobre los procesos esenciales del cambio utilizados en las distintas escuelas psicoterapéuticas (Prochaska y Diclemente 1982) y de sus trabajos de investigación sobre el cambio en las conductas adictivas, principalmente en fumadores de tabaco, (Diclemente y Prochaska 1982; Prochaska y Diclemente 1983), estos autores proponen el denominado "**modelo transteórico del cambio de las conductas adictivas**" que pretenden satisfacer las demandas citadas. Dicho modelo en su versión más actualizada (Prochaska, Diclemente y Norcross, 1992; Prochaska y Prochaska 1993) se articula tridimensionalmente integrando estadios, procesos, y niveles de cambio, fundamentando lo que algunos autores denominan metaparadigma de la recuperación de las conductas adictivas (Tejero y Trujols, 1994), y que es progresivamente asumido por

un amplio grupo de autores y clínicos dedicados al estudio y tratamiento de las adicciones.

## 2.2. Estadios de cambio.

Los siguientes estadios representan la dimensión temporal o evolutiva del modelo, indicando un curso de acción en el abandono de las conductas adictivas que no es lineal, sino recursivo, entendiendo este concepto de una manera similar a como lo define Fierro (1993), estados, o efectos terminales que producen, constituyen, crean los estados o causas iniciales", y mostrando una evolución en espiral desde la percepción del problema hasta su finalización definitiva.

### 2.2.1.- Precontemplación.

En este estadio los adictos no se plantean modificar su conducta ya que no son consciente (o lo son minimamente), de que dicha conducta representa un problema. No se trata pues, de que no puedan hallar una solución, sino de que no pueden ver el problema, por lo que no acuden a tratamiento o si lo hacen es presionados por circunstancias ambientales, abandonando el cambio en cuanto disminuyen dichas presiones.

### 2.2.2.- Contemplación.

En este estadio los adictos son consciente de que existe un problema considerando seriamente la posibilidad de cambiar, pero sin haber desarrollado un compromiso firme de cambio. Aunque su actitud ante la adicción es ambivalente, se encuentran más abiertos a la información sobre su comportamiento adictivo.

### 2.2.3.- Preparación.

Este estadio se caracteriza por ser la etapa en la que el adicto toma la decisión y se compromete a abandonar su conducta adictiva, así como por ser la fase en la que se realizan algunos pequeños cambios conductuales (disminución de dosis, por ejemplo) aunque dichos cambios no cumplan el criterio (abstinencia, por ejemplo) para considerar que se encuentra en la fase de actuación.

### 2.2.4.- Acción.

Se trata de la etapa en la que el individuo cambia, con o sin ayuda especializada, su conducta y el estilo de vida asociado con el objetivo de superar su adicción. Esta etapa requiere un compromiso importante, además de una considerable dedicación de tiempo y energía, implicando los cambios conductuales más manifiestos.

#### 2.2.5.- Mantenimiento.

En este estadio, el individuo trata de conservar y consolidar los cambios realizados en la etapa anterior, intentando prevenir una posible recaída en el compartimiento problemático, por lo que no consiste en una ausencia de cambio sino en una continuación activa del mismo.

Hasta aquí, los estadios propuestos por el modelo, pero su carácter cíclico, constatado en la dificultad existente para poder realizar un curso único por estos estadios, precisa la descripción de dos momentos importantes en el ciclo del cambio.

#### 2.2.6.- Recaída.

La recaída ocurre cuando las estrategias de cambio utilizadas fracasan en estabilizar al individuo en los estadios de acción o mantenimiento, provocando una vuelta hacia estadios previos, frecuentemente al de contemplación o al de preparación, y en el peor de los casos al de precontemplación.

#### 2.2.7.- Finalización.

Si se consiguen estabilizar los cambios conductuales mas allá de la fase de mantenimiento se especula sobre un posible estadio de finalización, definido como la no existencia de tentaciones a través de todas las situaciones problema, es decir, la extinción absoluta de la conducta adictiva sin la necesidad de la utilización de procesos de cambio para el mantenimiento de los nuevos patrones de comportamiento.

En el esquema 1 se trata de representar gráficamente el carácter cíclico del movimiento a través de los distintos estadios del cambio.

### 2.3. Procesos de cambio.

Los autores del modelo transteórico proponen diez procesos básicos de cambio obtenidos del análisis comparativo de veintinueve sistemas terapéuticos (Prochaska, 1984). Representan un nivel medio de abstracción entre las presunciones teóricas básicas de un sistema terapéutico y las técnicas propuestas por la teoría. Se pueden definir como las actividades iniciadas o experimentadas por un individuo que modifican el afecto, la conducta, las cogniciones, o las relaciones interpersonales implicadas en su hábito adictivo (Prochaska y Prochaska, 1993). La utilización de estos procesos de cambio se propone desde el modelo como independiente de que el cambio se realice autónomamente o dentro de un marco terapéutico profesional.

A continuación se relacionan los procesos de cambio propuestos por el modelo:

### 2.3.1.- Aumento de la concienciación.

Consiste en la intensificación del procesamiento de información respecto a la problemática asociada a la conducta adictiva y a los beneficios de modificarla.

### 2.3.2.- Autoreevaluación.

Consiste en la valoración afectiva y cognitiva del impacto de la conducta adictiva en los valores y autoconcepto del adicto y en el reconocimiento de la mejoría que representa para su vida el abandono del hábito adictivo.

### 2.3.3.- Reevaluación ambiental.

Consiste en la valoración de impacto de la conducta adictiva sobre el comportamiento interpersonal y sobre las personas significativas del individuo, así como en el reconocimiento de los beneficios para dichas relaciones derivados de la modificación de la conducta adictiva.

### 2.3.4.- Alivio por dramatización.

Experimentación y expresión de relaciones emocionales provocadas por la observación y/o advertencias de los aspectos negativos asociados a la conducta adictiva.

### 2.3.5.- Autoliberación.

Representa un compromiso personal y un aumento de percepción de la propia capacidad para decidir y elegir, y requiere por tanto la creencia de que uno mismo es un elemento esencial en el cambio de la conducta adictiva, ya que se poseen, o se pueden adquirir las habilidades necesarias para cambiar.

### 2.3.6.- Liberación social.

Consiste en la toma de conciencia de la representación social de la conducta adictiva, y de la voluntad social de combatirla mediante el aumento de alternativas adaptativas disponibles, por lo que implica también un aumento en la capacidad del adicto para decidir y escoger nuevos cursos de acción.

### 2.3.7.- Manejo de contingencias.

Se trata de una estrategia conductual que aumenta la probabilidad de que una determinada conducta relacionada con el cambio ocurra. Consiste por tanto, en el auto y/o heterorefuerto de dichas conductas.

### 2.3.8.- Relaciones de ayuda.

Representa la existencia y utilización del apoyo social que pueda facilitar el

cambio de la conducta adictiva.

### 2.3.9.- Contracondicionamiento.

Consiste esencialmente en la modificación de la respuesta elicitada por los estímulos condicionados asociados, generando y desarrollando conductas alternativas.

### 2.3.10.- Control de estímulos.

Consiste fundamentalmente en la evitación de la exposición a situaciones de alto riesgo asociadas a la realización de la conducta adictiva.

Estos diez procesos de cambio se organizan en relación a dos factores de segundo orden, (Prochaska, J.O., Velicer, W.F., Diclemente, C.C., y Fava, J., 1988):

- a) Procesos de cambio cognitivos o experienciales (aumento de la concienciación, autorreevaluación, reevaluación ambiental, alivio por dramatización, y liberación social).
- b) Procesos de cambio conductuales (autoliberación, manejo de contingencias, relaciones de ayuda, contracondicionamiento, y control de estímulos).

## 2.4. Niveles de cambio.

La tercera dimensión del modelo transteórico se refiere a qué cambiar, mientras que los estadios se refieren al cuándo y los procesos al cómo.

Aunque se puedan identificar y aislar algunas conductas adictivas, se producen en el contexto de los niveles interrelacionados de la actividad humana. Los niveles de cambio representan una organización jerárquica de los cinco niveles en que se localizan las evaluaciones e intervenciones terapéuticas de los problemas psicológicos susceptibles de ser tratados:

- A. Síntoma/situación.
- B. Cogniciones desadaptativas.
- C. Conflictos interpersonales actuales.
- D. Conflictos sistémicos/familiares.
- E. Conflictos intrapersonales.

Históricamente cada escuela de psicoterapia ha atribuido los problemas psicológicos a uno o dos de estos niveles y ha centrado su intervención en su resolución. Desde el punto de vista del modelo transteórico es fundamental para el proceso de cambio que los terapeutas y los clientes se pongan de acuerdo en el motivo al que atribuyen el problema y en el nivel o niveles que se desean modificar para solucionarlo.

Prochaska y Diclemente plantean desde esta dimensión del cambio una serie de estrategias para optimizar la intervención, como el inicio por el síntoma, el cambio progresivo de niveles, o la selección del nivel o combinación de niveles clave para el impacto máximo de la intervención terapéutica. A pesar de que esta importantísima dimensión del cambio es la más reciente incluida en el modelo y con menos desarrollo teórico y empírico, nuestro programa la considera imprescindible para poder comprender y avanzar en la recuperación de problemáticas adictivas tan complejas como las del alcohol, la heroína o la cocaína.

### 3. OBJETIVOS DEL PROGRAMA.

El objetivo general del programa es la creación de un marco terapéutico (espacial y temporal) que facilite la utilización, por parte de la persona que desee cambiar, de los procesos mas eficaces para sus propios objetivos, en función del estadio y del nivel de cambio en cuestión. Este objetivo general, cronológicamente se puede desglosar en los siguientes objetivos específicos:

- 3.1.- Apoyo a la preparación y a la acción en el nivel de cambio demandado, (fundamentalmente el de síntoma/situación, y con frecuencia, exclusivamente el consumo de una droga diana).
- 3.2.- Facilitación de la contemplación y del paso de ésta a la preparación y la acción en otros niveles de cambio relacionados con el comportamiento adictivo.
- 3.3.- Reforzamiento del mantenimiento de todos los cambios en todos los niveles, previniendo en lo posible la involución a estadios previos.
- 3.4.- Incremento de la probabilidad y velocidad de nuevos cambios a niveles superiores en caso de involuciones ocasionales.

Para tratar de lograr estos objetivos, el programa debe cumplir los requisitos de ser abierto, flexible, ágil y con una amplia capacidad de respuesta, que debe ir adaptándose dentro de un contexto terapéutico a la evolución de los usuarios.

### 4. ESTILO DE INTERVENCIÓN.

Desde el modelo transteórico, se asume la capacidad personal del individuo para cambiar su propio comportamiento, por lo que nuestra intervención ha de tener siempre el referente filosófico de la libertad de elección y el incremento del autodomínio de la persona con la que trabajamos. Hemos de buscar pues, un estilo que potencie ante todo la propia activación de los recursos y metas personales, sin olvidar la instrucción o la utilización de técnicas terapéuticas específicas cuando sea necesario.

Tanto en las intervenciones grupales, como en las individuales y familiares, los terapeutas intentan mantener un estilo común de intervención dirigido al incremento de la motivación para el cambio denominado "**estilo motivacional**". Desde la perspectiva transteórica la

motivación para el cambio consiste en un estado de disposición para cambiar que fluctúa de un momento o situación a otros. Puede ser definida como "la probabilidad de que una persona inicie, continúe y se adhiera a una específica estrategia de cambio" (Miller y Rollnik, 1991).

Pensamos como Miller y Rollnik que "es responsabilidad del terapeuta no solo aconsejar, sino también motivar. Los problemas de falta de motivación ocurren cuando el terapeuta utiliza estrategias inadecuadas para la actual fase del cambio en la que está el cliente".

Se han desarrollado por dichos autores sugerencias para optimizar la intervención que tiene como objetivo fundamental el incremento de la motivación. (Miller, R. y Rollnick, S., 1991), y que deberían ser la base del diseño de cualquier programa dirigido al cambio de comportamientos,

- Dar consejo.
- Retirar barreras.
- Ofrecer elecciones.
- Reducir la deseabilidad.
- Practicar empatía.
- Proporcionar feedback.
- Clarificar objetivos.
- Ayudar activamente.

Estos autores han propuesto un conjunto de componentes que constituirían los principios generales de cualquier interacción motivacional, y que por tanto pueden tomarse como base de lo que hemos denominado estilo motivacional.

### **Principio 1: Expresar empatía**

- La aceptación facilita el cambio.
- La escucha reflexiva es fundamental.
- La ambivalencia es normal.

### **Principio 2: Desarrollar discrepancia.**

- La consciencia de las consecuencias es muy importante.
- La discrepancia entre la conducta presente y las metas importantes motivará el cambio.
- El cliente debe exponer los razonamientos para cambiar.

### **Principio 3: Evitar el enfrentamiento.**

- Los enfrentamientos son contraproducentes.
- La resistencia es una señal para cambiar de estrategia.
- Etiquetar es innecesario.

#### **Principio 4: Manejar la resistencia.**

- Las percepciones pueden ser cambiadas.
- Las nuevas perspectivas son ofrecidas, no impuestas.
- El cliente es un recurso valioso para encontrar soluciones a sus propios problemas.

#### **Principio 5: Apoyar la autoeficacia.**

- Creer en la posibilidad de cambiar es un importante factor motivador.
- El cliente es responsable de la elección y desarrollo de su propio cambio.
- Hay esperanza en la gama de alternativas terapéuticas disponibles.

### 5. FORMATO DE INTERVENCIÓN.

El formato utilizado en la intervención terapéutica de nuestro programa es fundamentalmente de tipo grupal, ya que pensamos que es el que mejor se adapta a la consecución de nuestros objetivos y a nuestra amplia y variada demanda asistencial. La continua afluencia de casos nuevos y de salidas del programa por abandono, característicos de los programas de atención a drogodependientes, precisa una estructura terapéutica basada en grupos semiabiertos y con una metodología flexible en el diseño de las estrategias y contenidos de las sesiones. (Belfer, P. y Levendusky, P., 1985) (Flowers, J. y Schwartz, B., 1985). Los terapeutas realizan también sesiones individuales y familiares cuando la evolución del caso así lo requiere.

Metodológicamente, el programa se desarrolla en cuatro etapas bien diferenciadas en cuanto a los objetivos y contenidos, etapas que hemos acordado llamar Grupo 0, Grupo 1, Grupo 2, y Grupo 3, para hacer referencia al eje de la intervención: **el grupo terapéutico (Esquema 2)**.

#### **Grupo 0.**

Este grupo se forma con todos aquellos individuos que durante una semana han contactado con el C.P.D. demandando ayuda por un problema de adicción a drogas. Se estructura en una sesión de una hora y treinta minutos de duración, con dos espacios: uno de usuarios y otro de usuarios y sus familiares que tiene lugar todos los martes.

Podemos considerar como objetivos del Grupo 0 los siguientes:

A.- Crear un clima de acogida en el primer encuentro entre usuario-familia y centro terapéutico.

B.- Verificar que los problemas-peticiones de los usuarios son compartibles con las posibilidades-recursos del centro.

C.- Informar de las características del centro, el personal y el programa terapéutico que se oferta como ayuda para la solución de los problemas planteados.

Al concluir este encuentro se les da cita para inicio de tratamiento a todos aquellos usuarios que consideran pueden ser ayudados, los cuales tras una entrevista individual para la apertura de historia y recogida de datos pasa a formar parte del Grupo 1.

### **Grupo 1.**

Dada la posición en la que nos encontramos (contexto), y desde el modelo en el que nos situamos, se acepta de entrada, la idea de que todos los participantes se encuentran en un segmento de la rueda del cambio que abarca los estadios de determinación y de acción. Esto define el objetivo de la tarea del GR1, intervenir a nivel de síntoma/situación, ya que, el cambio suele ser más rápido a este nivel de problemas y además es ésta la razón principal por la que el individuo acude a la terapia.

La intervención de los terapeutas en esta etapa se sitúa a nivel de empatizar, informar, asesorar, asumir, utilizar la interacción y la fuerza grupal, ofrecer su rol de terapeutas y los recursos de que el centro dispone para facilitar la elaboración de un plan terapéutico dirigido a conseguir el cese de la conducta adictiva o iniciar un proceso que posteriormente le lleve a conseguirlo.

Los abordajes farmacológicos de diversos tipos para apoyar la desintoxicación domiciliaria, la posibilidad de ingreso hospitalario, los programas de mantenimiento con metadona, la atención a los problemas médicos derivando a recursos especializados a este nivel, son instrumentos a utilizar en la elaboración de planes, que siempre que sea posible se cerrarán con un acuerdo entre el usuario, su familia, y los terapeutas y que será elevado a categoría de compromiso con el grupo.

Se intentará que los objetivos estén en consonancia con la realidad y las posibilidades del usuario y su familia.

#### Características:

- Grupo cerrado de 10-20 participantes.
- Una sesión semanal.
- Tres horas por sesión.
- Cuatro o cinco semanas de duración.

#### Formato:

- Espacio con usuarios.
- Espacio con usuarios y familiares.

Una vez alcanzado el objetivo se procede a hacer una evaluación individualizada del

cambio conseguido, del proceso grupal llevado a cabo, y de la necesidad de continuar la terapia en términos de definición de nuevas metas a conseguir, (actuación en otros niveles de cambio).

La idea de alta a este nivel del proceso por sentir el sistema usuario-familia que no necesita más ayuda, sería aceptada por los terapeutas como posible, si es contemplada dentro del proceso de evaluación conjunta descrito anteriormente.

Por lo general, de forma mayoritaria los participantes son capaces de definir nuevos objetivos que serían trabajados en una segunda etapa que hemos llamado Grupo 2.

## **Grupo 2.**

Dirigido a personas que han conseguido abstinencia en el consumo de drogas y se plantea la necesidad de intervención en otros niveles de cambio. Teóricamente se situarían en el segmento que abarca los estadios de acción y mantenimiento respecto al cambio de su conducta adictiva.

### Características:

- Grupo semiabierto 12 a 15 participantes.
- Una sesión semanal.
- Tres horas por sesión.
- De tres a seis meses de duración.

### Formato:

Tres espacios bien definidos y cada uno de ellos conducido por uno de los terapeutas que llevan a cabo el programa.

- A) Dinámica grupal.
- B) Prevención de recaídas.
- C) Usuarios y familiares.

### A) dinámica grupal:

Considerando el grupo como un conjunto de personas e interacción que pretende satisfacer (Anderson 1990):

- A.1. La necesidad de pertenencia y aceptación.
- A.2. La necesidad de ser conocido en la retroalimentación.
- A.3. La necesidad de compartir la experiencia.
- A.4. La necesidad de trabajar en tareas comunes.

La dinámica grupal, pretende centrarse en los anteriores principios teóricos a través de la creación de un espacio libre, poco directivo donde el aquí-ahora y la interacción entre los elementos del grupo son considerados elementos básicos.

Un espacio donde el grupo crea sus propias normas de funcionamiento en relación a horarios-puntualidad, valores y secreto de grupo.

La comunicación, la cohesión, la libre expresión de sentimientos, la autoliberación, el alivio por dramatización la identificación con el otro y la petición de ayuda, son aspectos que el conductor del espacio tratará de potenciar apoyando todas las iniciativas que se den en este sentido.

El conductor del espacio adopta una posición no directiva, catalizando las reacciones personales de los miembros del grupo, permitiendo que interacción en. Observa y lee los fenómenos en función del grupo, elige los comentarios pensando en las necesidades del grupo más que las de un miembro y facilita el que puedan ser utilizadas de forma efectiva, en el traslado a áreas personales.

La duración de este espacio es de 45 minutos, la posición de los terapeutas que no lo conducen es de observación de las dinámicas que se establecen, de la estructura de comunicación verbal y no verbal, de las redes de comunicación y de la situación del conductor frente a ellas, haciendo el registro para la valoración posterior.

La dinámica de grupo inicia el trabajo terapéutico de la sesión semanal y proporcionar elementos a utilizar en los espacios posteriores.

#### B) Prevención de recaídas.

Se desarrolla este espacio dentro de un marco global de prevención de recaídas, tanto en sus aspectos específicos, como en los inespecíficos. El terapeuta que conduce este espacio tratará de ayudar a los participantes a identificar cuáles son los factores que pueden estar influyendo en contra o a favor de los procesos de cambio iniciados o por iniciar, ofreciendo a su elección un repertorio de estrategias y alternativas generalmente extraídas a través del grupo, que les permita ir alcanzando el éxito en los objetivos propuestos, señalados como hitos del proceso de cambio, y previniendo las posibles involuciones en la acción o en el mantenimiento de los logros.

Se trata de un espacio mas directivo que el anterior, donde además se analizarán-constextualizarán dentro del modelo global del cambio, todos aquellos eventos que suelen estar presentes en el tratamiento de las conductas adictivas, recaídas, ambivalencia frente a los objetivos, etc... La búsqueda de alternativas se integran en un proyecto personal de cambio hacia metas integradas en un

autodeclarado " proyecto de vida".

Este espacio, sin olvidar el foco prioritario de la prevención de la recaída en el nivel de síntoma-situación, forma parte del conjunto integrado de la sesión grupal, por lo que ha de ser un puente entre la libre expresión del espacio anterior y la concreción y contextualización de planes y objetivos en el último espacio del día que es la sesión con familiares. Por tanto, mantiene el estilo motivacional como eje de la intervención, priorizando este tipo de interacciones ante la eventual utilización de procedimientos de adiestramiento en habilidades concretas de afrontamientos. Se trata pues de una intervención eminentemente cognitiva, que muy a menudo presenta el siguiente esquema:

- B.1. Realizar preguntas abiertas.
- B.2. Escuchar reflexivamente.
- B.3. Afirmar.
- B.4. Resumir.
- B.5. Provocar frase automotivacionales.

Trata como mínimo de conseguir:

- Reconocimiento del problema.
- Expresión de preocupación.
- Intención de cambiar.
- Optimismo hacia el cambio.

Todo esto, buscando continuamente reestructurar creencias adictivas, implementar creencias favorables al cambio, (Beck, A. y Cols, 1993), y en lo posible, definir objetivos concretos de cambio, apoyando planes realistas para su consecución.

La duración de este espacio oscila alrededor de 90 minutos, la posición de los terapeutas que no lo conducen es de apoyar las intervenciones del conductor y observar las dinámicas del grupo y la situación del conductor frente a ellas.

### C) Usuarios y familiares.

Espacio que trata de enfocar la intervención terapéutica sobre el sistema familiar tratando de valorar cómo los cambios afectan al sistema y cómo éste puede impulsar o bloquear procesos de cambio.

No pretende ser un espacio para hacer terapia de familia, sino un lugar donde la familia es acogida, sentida y expresada por los terapeutas como una parte fundamental en el proceso que se está desarrollando.

Las intervenciones del conductor van dirigidas a fomentar la participación, la

interacción de los familiares con los usuarios y entre si, facilitando la búsqueda de soluciones a los conflictos que se planteen en cada caso.

El hacer de colaboradores permitiendo que los objetivos del usuario sean compartidos por la familia, aumenta las posibilidades de alcanzar éxito en las metas.

La posición del conductor del espacio es directiva, cediendo el tiempo a los familiares cuando éstos lo demandan o haciendo devoluciones de los procesos individuales, y provocando su participación.

La duración es de 60 minutos, si bien existe un conductor del espacio, los otros terapeutas mantienen un nivel libre de intervención, ya que las dinámicas que se dan, pueden muchas veces desbordar la capacidad de respuesta de un solo terapeuta.

Los tres espacios, separados por períodos de descanso de 10 minutos, son parte de un continuo que va desde una dimensión más expresiva del primer espacio a otra más centrada en la tarea del tercero.

El programa posibilita el que se puedan dar entrevistas individuales y familiares tanto a petición de los miembros del grupo y sus familias, como por indicación de los terapeutas, cuando se valore que existe una situación que deba ser abordada fuera del marco grupal en un contexto más adecuado.

### **Grupo 3**

Dirigido a personas que se encuentran en un estadio de acción o mantenimiento en diferentes niveles de cambio y de mantenimiento en el nivel de síntoma-situación.

Características:

- Grupo semicerrado de 10-12 participantes.
- Una sesión quincenal.
- Tres horas por sesión.
- De tres a seis meses de duración.

Formato:

Se mantiene el formato de GR2 con tres sesiones diferenciadas y conducidas cada una de ellas por un terapeuta de los que intervienen en el programa.

- A) Dinámica grupal.
- B) Estilo de vida.

### C) Usuarios y familiares.

#### A) Dinámica Grupal.

Espacio idéntico en formato al primer espacio de GR1 pero el grupo se encuentra ahora en una etapa de madurez en el cual se resuelven los problemas con el líder, la cohesión es importante, los roles están establecidos, funciona "el nosotros contra el mundo", se superan resistencias y se ponen a la solución de conflictos de una forma más eficaz.

La posición de los terapeutas se sitúa a un nivel de potenciar el que los miembros asuman cada vez más las funciones del conductor, (reforzar, modelar, orientar, apoyar y otras que son propias de los terapeutas). Así, el conductor se asemeja más a un miembro, disfrutando de una mayor flexibilidad.

#### B) Estilo de vida.

De forma poco directiva, el conductor de este espacio delega en el grupo la responsabilidad de hacer un seguimiento de los procesos de cambio, definidos como necesarios y concretados en tareas que puedan ser evaluadas.

La dinámica va encaminada por tanto a conseguir que el grupo funcione de forma cuasi autónoma proporcionando el marco terapéutico de referencia y posibilitando la participación activa de los terapeutas a petición de los miembros del grupo.

Las estrategias de intervención van sobre todo en la dirección de favorecer el que los individuos se liberen del riesgo de recaída y de potenciar todo tipo de conductas alternativas que favorezcan la aceleración del proceso de finalización.

### C) Usuarios y familiares.

Idéntico en cuanto a la forma al tercer espacio de GR, sólo los objetivos planteados a un nivel personal o familiar, así como los problemas o tareas, son de otra categoría.

Ayudar a la familia a entender la finalización del proceso como algo positivo, devolviendo al sistema la competencia sobre sus conductas y sus vidas, haciendo por tanto innecesaria la participación de los terapeutas, es una tarea importante a trabajar en este espacio. Tarea que se corresponde con la idea de alta terapéutica, que dentro del modelo en el que nos situamos se produce cuando existe un consenso general sobre el mantenimiento de los cambios que se han producido en los distintos niveles durante el proceso de tratamiento, y una percepción de autoeficacia del usuario y su familia de poder mantenerlos sin la ayuda de la terapia.

## **GRUPO 0**

- \* Dirigido especialmente a la fase de determinación.
- \* Dos espacios:
  - Sólo miembros.
  - Miembros más familiares.
- \* Primer contacto de los miembros con el equipo y entre sí.
- \* Expresión general de la demanda y sus motivos.
- Presentación básica del trabajo en grupo.

## **GRUPO 1**

- \* Dirigido especialmente a la fase de acción en la abstinencia de drogas, y a las de contemplación y determinación en los otros niveles.
- \* Dos espacios:
  - Sólo miembros.
  - Miembros más familiares.
- \* Clarificación de metas, planificación y revisión de estrategias, y adquisición y refuerzo de compromisos.

## GRUPO 2

- \* Dirigido especialmente a las fases de acción y mantenimiento en la abstinencia de drogas, y a las de determinación y acción en los otros niveles.
- \* Dirigido especialmente a las fases de acción y mantenimiento en la abstinencia de drogas, y a las de determinación y acción en los otros niveles.
- \* Tres espacios:
  - Dinámica de grupo (sólo miembros).
  - Prevención de recaídas (sólo miembros).
  - Orientación familiar (miembros más familiares).
- \* Clarificación de metas, planificación y revisión de estrategias, y adquisición y refuerzos de compromisos.

## GRUPO 3

- \* Dirigido especialmente a la fase de mantenimiento en la abstinencia de drogas, y a las de acción y mantenimiento en los otros niveles.
- \* Tres espacios:
  - Dinámica de grupo (sólo miembros).
  - Estilo de vida (sólo miembros).
  - Orientación familiar (miembros más familiares).
- Revisión de metas y estrategias, y refuerzo de compromisos.
-

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Anderson, H.(1991) "Los sistemas humanos como sistemas lingüísticos: implicaciones para la teoría clínica y la terapia". Revista de Psicoterapia. Vol II, 6, pp 7-41.
- 2.- Annis, H. Davis, C. (1989) "Relapse prevention training: A cognitive-Behavioral approach based on Self-Efficacy theory" in Daley, D. (Ed.). Relapse: Conceptual, Reseach and clinical perspectives. Hawort Press.
- 3.- Bandura,A. (1982),"Self-efficacy mechanism in human agency", American Psychologist, 37,122-147.
- 4.- Beck,A., Wright, Newman, and Liese. (1993) "Cognitive ttherapy of substance abuse. New york, Guilford Press".
- 5.- Belfer,P. y Levendusky, P., (1985). "Long-term behavioral group psychotherapy", en Upper, D. Ross,M. "Handbook of behavioral Group therapy". Plenum Press.
- 6.- Casas M., y Gossop M., (1993)), "Recaída y prevención de recaídas". Tratamientos psicológicos en drogodependencias, Barcelona, Ediciones de Neurociencias, Citrán, FISP.
- 7.- Diaz,J. (1995) "Procesos cognitivos y recaídas en las conductas adictivas", en Libro de ponencias del II Encuentro Nacional sobre Drogodependencias y su Enfoque Comunitario. Diputación de Cádiz.
- 8.- DiClemente, C.C. y Prochaska, J:O. (1982, "Self-change and therapy change of smoking behavior: A comparison of processes of change of cessaation and maintenance", Adictive Behaviors, 7,133-142.
- 9.- DiClemente, C.C. (1991), "Motivational interviwiing and the stages of change".en W.R. Miller y S. Rollnick (1991)), Motivational interviewing, The Guilford Press, Nueva York.
- 10.- Fierro, A. (1993) "Para una ciencia del sujeto". Edit. Anthropos.
- 11.- Flowers, J., y Schwarrtz, B., (1985). "Behavioral Group Therapy With Heterogenous clients", en upper, D. y Ross, M, Handbook of behavioral Group therapy". Plenum Press.
- 12.- Graña, J.L.,(1994) "Conductas adictivas.Evaluación, teoría, y tratamiento" ED.. Destino.
- 13.- Holste, F.,y Waal, H. (1980), "The DTES- Drug taking evaluation scale: A simple scale for the evaluation of drug taking behavior" Acta Pssychiatrica Sacnd, 61, 275-305.
- 14.- Janis, I.L. y Mann, L. (1977), "Decision making: A psychological analysys of conflict, choise and commitment", Nueva York, Free Press.
- 15.- Marlatt A., Gordons, J.. (1.985) "Relapse Preventio". New york, Guilford Presss.
- 16.- Marla, G.A. (1988), "Matching clients to treatment: Treatment models and stages of change", en D.M. Donovan y G.A. Marlatt (eds.), Assessment of addictive behavior", Nueva York, Guilford Press.
- 17.- ProchasKa, J.O. (1984), "Systems of psychotherapy: A transtheoretical analiysis"(2a ed.), Homewood, IlliNois, Dorsey Press.
- 18.- Prochaska, J., Di Clementi, C., (1983) "Stages and processes of self-change of smoking. Towards an integrative model of change ". Journal of consulting and clinical psychology, 51, 390-395.
- 19.- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C y Norcross, J.C. (1992), "In search of how people change. Aplications to addictive behaviors", American Psychologist, 47, 1102-1114.

- 20.- Prochaska, J.O., Velicer, W.F., DiClemente, C.C., y Fava, J. (1988), "Measuring processes of change: Applications to the cessation of smoking", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 520-528.
- 21.- Prochaska, J.O. y Prochaska, J.M. (1993), "Modelo transteórico de cambio de conductas adictivas", en Casas y M. Gossop (eds.), *Recaída y prevención de recaídas. Tratamientos psicológicos en drogodependencias*, Barcelona, Ediciones de Neurociencias, Citran, FISP.
- 22.- Sanchez Carbonell, J. (1993) "La evaluación de la eficacia del tratamiento ambulatorio con heroinómanos", *Adicciones*, Vol 5, nº 4, pp 359-370.
- 23.- Silava a., (1994), "La evaluación de programas en drogodependencias". G.I.D.
- 24.- Tejero, A., Trujols, J. y Furió, E. (1993), J. y Furió, E. (1993), "estadios y procesos de cambio: Variables para un análisis transteórico del proceso de cambio en el tratamiento de la adicción a opiáceos", comunicación presentada al II Congreso Nacional de Psicología Conductual, Mallorca.
- 25.- Tejero, A., Trujols, J. (1994), "El modelo Transteórico de Prochaska y Diclemente: Un modelo dinámico del cambio en el ámbito de las conductas adictivas", en Graña, J.L., "Conductas adictivas. Evaluación, teoría, y tratamiento" ED. Destino.