



**TRATAMIENTO MULTIDIMENSIONAL (TM)  
DE CARÁCTER AMBULATORIO PARA  
ADICCIONES EMERGENTES**

## 1. INTRODUCCIÓN, JUSTIFICACIÓN O HIPÓTESIS DE PARTIDA

En los últimos años, y provocado principalmente por el consumo emergente de cocaína y por los veloces cambios socioeconómicos a los que nos enfrentamos, están accediendo a tratamiento un ingente grupo de personas que no se ajustan al perfil de tratamiento que tradicionalmente ha marcado el trabajo de los profesionales que trabajamos en esta área. Los cambios vienen marcados primordialmente por el auge del consumo de cocaína esnifada y por el incremento de la demanda a tratamiento de personas con otras conductas adictivas no tóxicas (ludopatía, adicción a teléfonos de contacto, a Internet, la compra compulsiva, dependencias afectivas...) que presentan una etiología común, aunque con manifestaciones clínicas claramente diferenciadas. Y todo ello, dentro de un clima de cambio en los programas de tratamiento de las adicciones desde un mayor prisma de profesionalización, ajuste a las necesidades de los usuarios y mejoras en las áreas de calidad total y tratamiento de datos.

Los Programas de Apoyo a las Adicciones, creados para dar respuesta a esta demanda, conforman un amplio grupo de tratamientos individualizados dependiendo de la conducta adictiva a tratar. Existen Programas de Apoyo específicos para alcohólicos, jugadores patológicos y cocainómanos. En 1997, se desarrolló un Programa de Tratamiento para Cocainómanos en Proyecto Hombre Madrid. Paralelamente, se llevaron a cabo otras experiencias, como la de Proyecto Hombre Murcia. Este modelo era mixto (se atendía a usuarios de diferentes adicciones), aunque en su mayoría eran consumidores de cocaína.

En este ambiente nace el Programa de Apoyo a las Adicciones de Proyecto Hombre Provincia de Cádiz en las postrimerías de 1998. Fue creado dentro de la estructura de Proyecto Hombre para enfrentarse a los cambios en el perfil de personas con problemas de adicción que viene a tratamiento y a los que desde el Programa Base no se podía dar una respuesta adecuada, por no ajustarse éste a las necesidades de dichas personas

Con respecto al Base, el Programa de Apoyo incorpora un cambio en cuanto a las normas e indicaciones terapéuticas. Todos estos cambios se han realizado dentro de la filosofía propia del Programa de Tratamiento de Proyecto Hombre donde se entiende que el problema no es la droga o la conducta adictiva, sino que gira en torno tanto al estilo de vida como a la percepción del mundo y de sí mismo, donde cobra especial importancia la esfera emocional.

Este programa específico es mixto y en él se da cabida el tratamiento a una amplia gama de adicciones (mayoritariamente cocaína esnifada). Está desarrollado a través de una metodología ambulatoria basada en la profesionalización del método de autoayuda, donde los métodos tradicionales de tratamiento han sido adaptados a la nueva realidad y se han introducido numerosas innovaciones.

La complejidad del tratamiento y las diferentes perspectivas que se han venido desarrollando a lo largo de todo el territorio nacional han hecho adecuada la creación de diferentes comisiones cuyo objetivo son el intercambio de experiencias y la búsqueda de consenso en objetivos y medios. En particular, resulta importante el esfuerzo de la Asociación Andaluza de Proyecto Hombre, que con el PIT (Programa de Intervención Terapéutica) ha creado un útil instrumento para homogeneizar las intervenciones.

La presente investigación responde a la necesidad de estudiar la eficacia del método en el tratamiento de las adicciones emergentes. La experiencia descrita registra el desarrollo del tratamiento que se ha venido realizando desde octubre de 1998 en Proyecto Hombre Provincia de Cádiz hasta la actualidad, donde se está viviendo un nuevo momento de cambio, y en concreto, de los resultados obtenidos desde que en octubre de 2002 se realizó la sistematización del nuevo método al que denominamos en este estudio "Tratamiento Multidimensional" (A partir de ahora TM)

## 2. SUJETOS O PACIENTES OBJETO DEL ESTUDIO

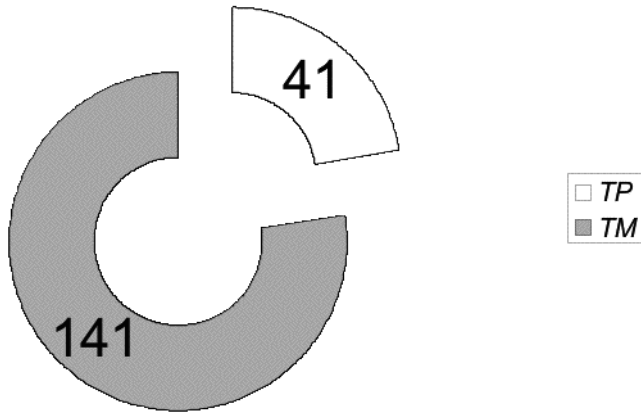
Los usuarios que conforman la muestra de este estudio son poliadictos cuya adicción principal no es generalmente de opiáceos, sino de cocaína esnifada, alcohol y adicciones no tóxicas (a Internet, a los teléfonos de contacto, a la compra compulsiva y adicciones afectivo-sexuales) cuya estructuración social, laboral y familiar no hagan aconsejable la realización de un programa residencial sino de carácter ambulatorio. También se han tratado casos de adicción de opiáceos, cuando la abstinencia ha sido mantenida durante un largo período de tiempo en otras instancias de tratamiento. Los usuarios pueden o no reunir las características para ser diagnosticados de patología dual (trastornos de la personalidad, Gilles de la Tourette, trastornos por ansiedad o depresión...).

La estructuración personal, social y familiar viene marcada por los siguientes ítems:

- Conducta adictiva realizada de forma esporádico, o consumo más continuado pero con intentos de abstinencia y una cierta capacidad de control de la conducta en tratamientos externos
- Conciencia de problema mínima con presencia de presiones externas, familiares, económicas, laborales o de otro tipo, que le empujan a realizar el tratamiento.
- Adaptación social media-baja pero con facilidad para acceder a redes sociales fuera de entornos relacionados con la adicción
- Relación familiar deteriorada pero que pueda ejercer un seguimiento adecuado del tratamiento, ya sea familia de origen o propia.
- Adaptación laboral o con acceso al mundo laboral factible.

En resumen, los usuarios y sus familias suelen ser reacios a reconocer la gravedad e incluso la existencia de la conducta adictiva y su demanda se realiza para resolver problemas colaterales al uso de la sustancia. El usuario de este tipo de servicio ha conseguido mantener las estructuras sociales básicas y un grado de autonomía personal. Sin embargo, se caracterizan por una falta grave de responsabilidad en todos los aspectos de su vida.

Hasta septiembre de 2005 se han tratado en este dispositivo de tratamiento 182 usuarios, cuya adicción principal ha sido la cocaína esnifada, seguida del alcohol y el juego patológico y casos aislados de otra adicción (compra compulsiva, Internet y teléfono de contacto). Desde que se introdujo la sistematización del tratamiento se han tratado 141 casos



\* Nota: El Tratamiento Previo (TP) comprende el período que va desde sus inicios en octubre de 1998, hasta su sistematización con la creación del Tratamiento Multidimensional (TM) en Octubre de 2002. el período del TM llega hasta la actualidad (Octubre de 2005)

### 3. DESCRIPCIÓN DEL MATERIAL Y MÉTODO EMPLEADO

#### A. DESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO:

El Programa de Apoyo a las Adicciones descrito en este estudio es un programa de carácter ambulatorio con una duración media de 14 meses incardinado en un sistema de terapia grupal propio de los métodos de autoayuda profesionalizados. En éste, cobra una especial importancia la figura del coterapeuta y el establecimiento de un buen grado de salud mental a través del desarrollo de relaciones humanas de calidad entre todos los componentes del tratamiento.

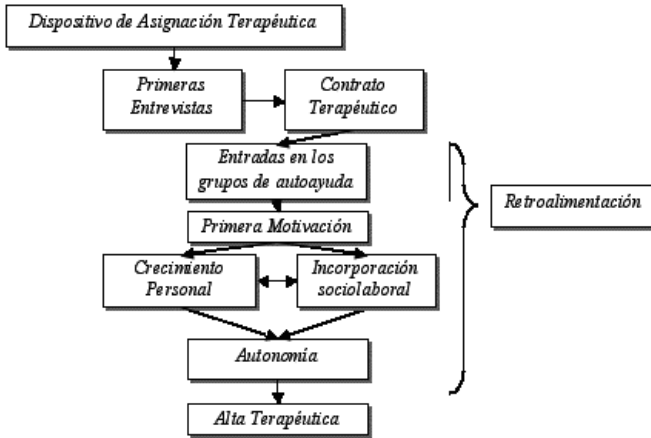
El programa está dividido en tres niveles caracterizados por una diferente relación terapéutica, un sistema diferente de indicaciones para la prevención de recaídas y por la importancia que en cada uno de ellos toma cada uno de los diferentes niveles y áreas de tratamiento. La duración media de cada fase es la siguiente:

#### DESCRIPCIÓN GENERAL Y OBJETIVOS POR FASES Y NIVELES

Niveles	Fases	Descripción general y Objetivos
Nivel 1 (6 meses)	Fase de Primera Motivación	Distanciamiento del estilo de vida del adicto y conocimiento de las situaciones de riesgo. Control de comportamientos desadaptativos Sensibilización sobre las situaciones de riesgo y la necesidad de distanciamiento con la cultura de la droga o adicción
Nivel 2 (6 meses)	Fase de Crecimiento Personal	Aumento del conocimiento sobre sí mismo. Trabajo de aprendizaje de habilidades sociales relativas a la expresión de sentimientos. Establecimiento de hábitos saludables en el tiempo libre. Asunción de la responsabilidad sobre su propia vida.
	Fase de Incorporación Social	Creación de una red social consistente. Motivación sobre la importancia de las relaciones humanas y de la amistad. Reincorporación laboral para aquellos que no hayan mantenido la actividad de trabajo.
Nivel 3 (2 meses)	Fase de Autonomía	Consolidación de la autonomía e independencia y reforzamiento de una escala de valores interiorizada desde su propia identidad.

El programa está estructurado de forma minuciosa, tres días por semana en horario de tarde.

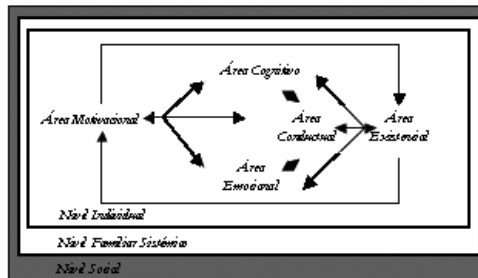
## B. ITINERARIO TERAPÉUTICO



## C. NIVELES Y ÁREAS DE TRATAMIENTO Y SUS OBJETIVOS

Destacamos la existencia de tres niveles de cambio, profundamente interrelacionados. Dichos niveles serían el individual, el familiar y el social.

El Individual se refiere al conjunto de fenómenos internos en la construcción de la propia personalidad. El Familiar Sistémico es el nivel que aglutina las interacciones entre los miembros de la familia. Este grupo primario, constituye el núcleo más importante de socialización. El establecimiento de nuevas pautas de comunicación y la estructuración de los roles es parte del tratamiento. Por último, nos encontramos con el nivel Social, en el contexto del cual se percibe al usuario no solo como un individuo sino como miembro de la comunidad donde vive.



En las primeras fases del tratamiento se trabaja en la observación de los comportamientos que dificultan las relaciones humanas. En el caso de las personas con problemas de adicción, suelen ir aparejadas con conductas de agresividad y/o actitud sumisa junto a la irresponsabilidad frente a múltiples aspectos de su propia vida.

En el siguiente momento, el usuario ha de indagar en las causas emocionales determinantes de su conducta. En Proyecto Hombre, se considera este trabajo vital. Paralelamente también se encontrarán las bases cognitivas de la conducta.

Por último se trabajará el área existencial, que junto al motivacional, constituye un binomio muy importante para marcar el principio y el fin de las conductas humanas.

## El nivel individual

La división entre niveles y áreas tiene una finalidad pedagógica. El trabajo durante el tratamiento involucra a todas las instancias en todo momento, aunque en cada fase se priorice determinados componentes de la conducta.

### *Área motivacional*

El área motivacional reúne las fuerzas o motivos que nos impelen a actuar. En la mayoría de los casos, en la primera fase del tratamiento no suele haber una conciencia clara del problema. O bien esta conciencia está difuminada, o es ambivalente. Los nuevos ingresos suelen venir presionados por las circunstancias externas.

Área Motivacional
<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>- Recuperar las motivaciones personales previas a la época de adicción o introducir nuevas motivaciones</p>

## Área existencial

El área existencial constituye la meta, objetivo o finalidad de nuestras actuaciones y comprende aquellos aspectos éticos relacionados con el estilo de vida y la escala de valores de cada persona. Está estrechamente ligado al anterior.

90

Área Existencial	
OBJETIVO GENERAL	
- Elegir un estilo de vida autónomo y saludable.	
OBJETIVOS ESPECIFICOS	RESULTADOS
- Fundamentar su Proyecto de Vida en una elección progresiva de metas y valores coherentes.	- Se hace patente el trabajo interiorizado durante todo el proceso. - Se consigue un estilo de vida autónomo y saludable. - Se define un proyecto de vida. El mismo está fundamentado en la elección progresiva de metas y en unos valores coherentes.

## Área conductual

Es un área central. No en vano, constituye el área a controlar porque es ahí donde se da la práctica adictiva. Además, la conducta es la que nos permite responder a los estímulos del ambiente e incluso llegar a modificarlo. Nos mantiene en contacto con nuestro entorno y es observable de forma directa. En este punto juega un papel fundamental el sistema normativo.

Área Conductual	
OBJETIVO GENERAL	
- Cambio de hábitos nocivos.	
OBJETIVOS ESPECIFICOS	Indicadores
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lograr el alejamiento de las drogas.</li> <li>- Aprender estrategias adecuadas para el manejo y solución de conflictos y enfrentamiento a la ansiedad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Abandona la práctica de la conducta adictiva y las situaciones de riesgo relacionadas (conductas, personas y grupos sociales)</li> <li>- Resuelve conflictos adecuadamente.</li> <li>- Cumple normas de tratamiento y sociales.</li> <li>- Es responsable en su área laboral, formativa, médica, judicial y económica.</li> </ul>

### Área Emocional

En este sistema psicoterapéutico, el trabajo emocional es esencial. La inmadurez emocional, ligada a vivencias traumáticas en la relación familiar, convierte a los adictos en personas sumamente inmaduras en aspectos emocionales. Son personas acosadas por fuertes sentimientos de soledad e inferioridad, a los cuales nunca llegan a enfrentarse. Estos sentimientos se instauran dentro de la dinámica afectiva y no son objeto de una forma adecuada de reacción ante los estímulos ambientales.

Área Emocional	
OBJETIVO GENERAL	
- Aprender a manejar adecuadamente los sentimientos.	
OBJETIVOS ESPECIFICOS	Indicadores
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aprender técnicas de control emocional</li> <li>- Aprender técnicas de relajación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Maneja situaciones conflictivas desde el autocontrol.</li> <li>- El usuario manifiesta los sentimientos con autenticidad</li> <li>- Expresa los sentimientos de forma adecuada</li> <li>- Ha aprendido a verbalizar los sentimientos y a manifestarlos adecuadamente.</li> <li>- El usuario tiene conocimiento de diferentes técnicas de relajación y hace uso de ellas.</li> </ul>

### Área cognitivo

El trabajo cognitivo está relacionado con la percepción del control del individuo sobre su propia vida (ideas irracionales) y sobre la atribución causal que da sentido a su propia existencia. El adicto piensa que está controlado por fuerzas externas, determinadas por instancias que él no puede controlar. El trabajo, consiste en tornar estas atribuciones hacia factores internos. El usuario recupera su libertad de actuación y emprende su nueva vida mediante la recuperación de la creencia en el control sobre sus propias vicisitudes. El proceso de atribución causal es un componente cognitivo muy relacionado con la salud mental.

Área Cognitivo	
<b>OBJETIVO GENERAL</b> - Permitir la creación de una nueva perspectiva de concepción de la propia vida a través de los fenómenos de reestructuración cognitiva	
<b>OBJETIVOS ESPECIFICOS</b>	<b>Indicadores</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lograr conocimiento de uno mismo, identificando limitaciones y potencialidades personales.</li> <li>- Cambiar los pensamientos erróneos frente a la vida social, familiar y sobre uno mismo (Reestructuración).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El usuario ha analizado su historia personal, conociendo la construcción de su realidad.</li> <li>- Ha aceptado su realidad personal (formación, capacidades y limitaciones).</li> <li>- Toma decisiones de forma coherente y previa reflexión con una construcción de la realidad más adaptativa.</li> </ul>

### El nivel familiar sistémico

La familia es el primer núcleo socializador. En la relación familiar, encontramos el sistema más importante para determinados aprendizajes esenciales. En el tratamiento de los procesos adictivos, como en otros trastornos, el papel de la familia juega un papel importante. La génesis de la adicción está fundamentalmente relacionada con procesos vividos dentro del núcleo familiar o en relación a éste. La familia es un puente entre el individuo y la sociedad, un entorno de aprendizaje de vital importancia. Por ello, la función de la familia en los procesos de aprendizaje y de maduración es incuestionable.

<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>- Potenciar una relación clara de respeto mutuo y no dependencia con la familia.</p>	
<p>OBJETIVOS ESPECIFICOS</p>	<p>Indicadores</p>
<p>- Asumir los cambios necesarios en la dinámica familiar.</p>	<p>- Se acepta el funcionamiento de la dinámica familiar.          - Se ha logrado una mayor independencia emocional          - La relación familiar está basada en el respeto mutuo.          - Se asimila el rol familiar.</p>

### El nivel social

Los tratamientos que no contemplan el área social, están abocados a convertirse en microsociedades, limitando con el fenómeno sectario. El tratamiento en Proyecto Hombre, contempla además objetivos más amplios. Éstos se dirigen a la transformación social a través del cambio individual y familiar y del entorno social y no sólo la reincorporación del adicto.

Nivel Social	
<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>- Crear una red social favorable a su reinserción y alejada a los entornos de riesgo.</p>	
OBJETIVOS ESPECIFICOS	Indicadores
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recuperar las relaciones sociales adecuadas.</li> <li>- Construir nuevas redes sociales</li> <li>- Gestionar de forma constructiva el tiempo libre.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ruptura de las relaciones con personas adictas y de los ambientes proclives al consumo.</li> <li>- Se consiguen relaciones de amistad con personas desvinculadas con el mundo de las drogas.</li> <li>- Se consiguen relaciones de confianza con amigos que llegan a ser agentes preventivos.</li> <li>- Se utiliza constructivamente el tiempo libre mediante la realización de aficiones que a la vez potencian las relaciones sociales.</li> <li>- Se utilizan los diversos recursos que existen a nivel social. Se refuerza el sentido de vivir en sociedad.</li> </ul>

Área Laboral o educativa	
<b>OBJETIVO GENERAL</b>  - Adquirir responsabilidad en el trabajo y/o estudios.	
<b>OBJETIVOS ESPECIFICOS</b>	<b>Indicadores</b>
- Adquirir una orientación laboral o educativa	- Conocimiento de posibilidades reales formativo – laborales. - Desarrolla su labor formativo – laboral de forma responsable

#### AREA ALCOHOL

- Analizar el uso, abuso o adicción con el alcohol. Cara a una decisión futura, darse cuenta de los riesgos que corre para limitar su consumo.

#### AREA AUTOESTIMA

- Conseguir mejoras personales que le acerquen a la autoafirmación y a la mejora del autoconcepto y y la estima hacia sí mismo

#### AREA SEXUALIDAD

- Reflexionar sobre como integra la misma dentro de la afectividad.

#### AREA MEDICA

- Preocupación y responsabilidad sobre conductas saludables

#### AREA ECONÓMICA

- Fomentar un uso responsable de los recursos económicos propios.

## ÁREA JUDICIAL

### OBJETIVO GENERAL

- Educar en la responsabilidad en la resolución de los problemas con la justicia.

## D. EVOLUCIÓN

A lo largo de su historia este particular tipo de tratamiento ha vivido tres fases o momentos bien diferenciados:

- Desde sus inicios en octubre de 1998 hasta Septiembre de 2002: en estos cuatro años se inicia el tratamiento con este tipo de perfil. El tratamiento es una extensión del clásico tratamiento de Proyecto Hombre aunque con un enfoque más conductual-cognitivo.
- Desde Septiembre de 2002 hasta Septiembre de 2005: en esta fase vive este programa un importante auge. Es uno de los programas con más usuarios en tratamiento junto a Proyecto Joven (programa educativo de tratamiento similar dirigido a jóvenes y/o adolescentes con problemas de adicciones, consumos incipientes o situaciones de riesgo). El tratamiento fue reforzado atendiendo a los importantes procesos emocionales que están implicados en los fenómenos adictivos utilizando instrumentos de reestructuración cognitivo-emocional que posteriormente desarrollaremos.
- Desde Octubre de 2005 en adelante: el aumento incesante de personas que acceden a este dispositivo de tratamiento, principalmente por el consumo de cocaína, así como el “efecto experiencia” por el desarrollo continuado del programa, hace necesario un nuevo cambio para su consolidación. Una mayor orientación al usuario y a sus necesidades mediante la individualización, una mayor preocupación por la calidad en el tratamiento y una renovación de la política del tratamiento de datos marca el carácter de esta nueva fase que emprendemos desde un prisma primordialmente profesional. Todo ello, dentro del cuidado minucioso de la relación humana establecida entre todos los componentes del sistema terapéutico, punto en común de todos los momentos que se han sucedido históricamente en el recorrido de este tratamiento.

## E. OBJETIVO DEL TRATAMIENTO:

Atender al máximo número de casos mediante la apertura y adaptación a nuevos perfiles y la reducción de la tasa de abandono. Para ello, el tratamiento será lo más corto posible (12-14 meses) y se cuidará al máximo la calidad de éste.

### 4. Instrumentos:

Asociado a los estadios, niveles y procesos, existe un gran número de técnicas. Su utilidad se enfoca en la creación del clima necesario o determinante para el cambio.

Según Álvarez (1999), el origen de los grupos de autoayuda de trasfondo terapéutico podemos encontrarlo en los orígenes de Alcohólicos Anónimos (1935 EEUU). En la década de los 70 viven un importante auge. Según esta autora, las asociaciones y grupos de autoayuda señalan el vacío provocado por la crisis industrial y económica en determinadas necesidades en la atención primaria. Álvarez, define en su disertación este tipo de grupos de esta forma:

“conjunto de personas que comparten un mismo problema o situación común y que deciden reunirse siempre de forma voluntaria y periódica para mejorar su situación social y colectiva. Se dan información e intercambian experiencias, también se dan apoyo emocional, algunos realizan actividades sociales y ofrecen servicios y recursos. Sensibilizan a la población y en algunas ocasiones hacen presión social”

Cuando la autora habla de los beneficios de este tipo de grupos, divide estos beneficios en dos grupos: beneficios individuales y beneficios sociales. Entre los individuales, destaca la obtención de información sobre la problemática común, la adquisición de habilidades sociales y de afrontamiento, el compartir responsabilidades, el vencer el aislamiento social, el aumentar la capacidad de participación social y de solidaridad y el apoyo y la seguridad. Entre los beneficios sociales, la autora enumera: la normalización de la enfermedad o situación social dentro de la comunidad, la sensibilización de la población e instituciones, la información

sobre recursos, la promoción de la integración social, la complementación con los servicios médicos y sanitarios y el apoyo de estudios científicos e investigaciones.

### Instrumentos de autoayuda

La confrontación, el cuestionamiento y el feedback tienen un objetivo común. Persiguen un enfrentamiento a la propia realidad. Pueden ayudar a encontrar soluciones más adaptativas a situaciones problemáticas. No ofrecen soluciones, ayudan a encontrarlas, teniendo en cuenta los recursos de la persona.

#### *La confrontación*

Confrontar es enfrentar dos situaciones, una ideal y otra real. Es constatar el distanciamiento entre éstas. En Proyecto Hombre la confrontación se hace en forma de preguntas generalmente. Se ayuda al propio usuario a detectar las contradicciones en su comportamiento.

#### *El cuestionamiento*

El cuestionamiento es una serie de confrontaciones y feedback entrelazados. Con ellos, el usuario encuentre la causa primera de determinado comportamiento.

#### *El feedback*

La técnica de feedback consiste en la devolución de información sobre el comportamiento o la actitud de un miembro del grupo. Proporciona información de cómo ven los demás el comportamiento de uno mismo y señala y da a conocer datos inaprensibles desde la propia posición.

Por otro lado, nos encontramos con técnicas, más relacionadas con la adquisición de habilidades y recursos útiles para enfrentarse a la situación problemática o a problemas intra o interindividuales vinculados a los fenómenos de crecimiento y maduración personal. Entre ellas, nos encontramos con la comparación de conductas de diferentes miembros, el role-playing y la toma de decisiones

## *Role-playing*

El role-playing es una técnica utilizada para la adquisición de habilidades sociales. Dentro del marco del grupo de autoayuda, permite al usuario representar de forma simbólica una situación de la vida real.

## *Técnica de toma de decisiones*

Con esta técnica nos referimos al hecho de facilitar al usuario la reflexión sobre los aspectos positivos y negativos del mantenimiento de determinada conducta. Ayuda a tomar una decisión madura y a la responsabilización de sus consecuencias. También se pueden utilizar estrategias dirigidas al cambio de actitudes, como la asignación de tareas y las experiencias educativas

## *Asignación de tareas del mantenimiento del propio grupo*

Es un instrumento terapéutico, esencial en autoayuda. Las responsabilidades de mantenimiento del grupo de autoayuda se distribuyen entre todos sus miembros. Estas actividades pueden ser varias y referirse a necesidades materiales, como a necesidades psicológicas.

## *Experiencias educativas*

Las experiencias educativas se basan en la técnica de modificación de conducta denominada sobrecorrección. Cruzado y Labrador (1998) la definen como una compensación en exceso de las consecuencias que ha determinado el comportamiento inadecuado. Estos autores destacan las siguientes ventajas de este tipo de técnica conductual:

- Reducción de las desventajas del castigo.
- Aprendizaje de conductas apropiadas.

- Aprendizaje vicario para los observadores, en caso de una práctica positiva.

Por último, destacamos el papel del conjunto de técnicas utilizadas con el fin de facilitar de forma abierta los procesos emocionales dentro del grupo

### *Técnicas de comunicación empática*

La escucha empática es una de las técnicas más efectivas para la apertura emocional. Supone el uso de infinidad de recursos destinado a hacer sentir a la persona un respeto incondicional hacia sus sentimientos, deseos y pensamientos. Ayuda a las personas a abrirse emocionalmente y permite el proceso natural de curación de heridas emocionales.

### *Técnica de resolución de conflictos emocionales*

Conlleva la expresión de sentimientos y emociones. No obstante, no necesariamente son del aquí-ahora, sino fruto de relaciones largas. Se realiza cuando el grupo ya está en un proceso avanzado y el clima puede estar enrarecido y poco favorecedor de los procesos de aprendizaje..

### *Dinámicas de grupos*

Las dinámicas son situaciones simbólicas cercanas al juego. Ayudan a procesar información cognitiva y experimentar determinadas emociones. Las dinámicas son un grupo compuesto por infinitas técnicas manejadas por el animador dependiendo de las necesidades percibidas en el grupo y el objetivo buscado.

## Instrumentos y técnicas terapéuticas

### *Primeros coloquios: la entrevista motivacional*

La primera o primeras entrevistas realizadas, servirán al terapeuta y al equipo educativo para realizar un primer análisis para la toma de decisiones a la hora

de elegir el programa de tratamiento más indicado en cada caso. Además, se trata de indagar y reflexionar junto al usuario sobre las motivaciones para el abandono de la práctica adictiva y el cambio en el estilo de vida. Por último, se trata de establecer el encuadre terapéutico y las normas e indicaciones con la finalidad de mantener la abstinencia de la conducta adictiva y sentar las bases del tratamiento.

### *Contrato terapéutico*

El contrato terapéutico es un documento escrito donde el usuario expresa su deseo de ingresar en el programa de tratamiento, aceptando las normas y el sistema terapéutico del centro. Sienta las bases de la relación terapéutica y es un compromiso entre el usuario, su familia, el grupo de terapia y el terapeuta. Crea la base del tratamiento, porque establece las reglas y el encuadre terapéutico.

### *La línea terapéutica*

Es un instrumento utilizado como guía a través del proceso terapéutico. Debe ser flexible y abierta a los cambios detectados, con una continua revisión por parte del equipo terapéutico. Con la línea de trabajo se construye el armazón técnico y estratégico que ayudará al usuario a evolucionar y a madurar.

### *Entrevista conductual*

Las entrevistas conductuales se dirigen a provocar el cambio de una conducta particular.

### *Observación y autoobservación*

Una de las herramientas conductuales más utilizadas a lo largo del proceso de rehabilitación es la observación. El familiar-coterapeuta se convierte en el observador de determinadas conductas. El usuario debe practicar de forma paralela la autoobservación y el registro pormenorizado de situaciones donde aparezcan los comportamientos a tratar.

### *Los registros*

Estrictamente vinculados con los procesos de observación y autoobservación se utiliza el método de los registros. El registro consiste en dejar por escrito la información obtenida a través de la observación en un cuaderno o diario, evitando así olvidar información relevante. Tanto coterapeutas como usuarios han de llevar un registro. Será utilizado en los grupos para exponer las conductas desadaptativas o los logros.

### *Las programaciones de actividades*

La realización de esta actividad consiste en la planificación sistemática de las actividades a realizar en un día determinado, atendiendo a la distribución entre actividades de ocio, las responsabilidades de la persona como miembro de una familia (limpieza de la casa, educación de los hijos), las destinadas a su autocuidado (higiene personal, salud...) y las de mejora de sus relaciones con los demás (comunicación).

### *Contratos conductuales*

Labrador, Larroy y Cruzado (1998) definen este instrumento como:

“un documento escrito que explicita las acciones que el cliente está de acuerdo en realizar y establece las consecuencias del cumplimiento y del no cumplimiento de tal acuerdo. Tal procedimiento implica el intercambio recíproco de recompensas contingentes en relación a conductas específicas de los firmantes del contrato”

### *Anamnesis*

El término anamnesis fue acuñado por Platón con un significado relativo al conocimiento a través del recuerdo. Hipócrates realizaba este historial médico, que

según él debía constar al menos de estas tres preguntas: ¿Qué le ocurre? ¿Desde cuándo? ¿A qué lo atribuye?

Según Martínez (1996), este instrumento rescatado de la práctica médica es de una gran importancia. Este autor piensa que el 80% de los diagnósticos se realizan ya sólo con la anamnesis, aunque éstos deban ser reforzados con otros instrumentos.

La anamnesis es un instrumento terapéutico donde se recaba información sobre el pasado histórico del usuario atendiendo a varios aspectos. Está formada por una entrevista estructurada con preguntas abiertas y cerradas, utilizadas como base para elaborar un recorrido histórico de su vida.

### *Reflexiones personales*

Ayudan a mejorar la introspección de los usuarios. Son reflexiones por escrito donde debe registrarse la descripción del comportamiento que motiva su realización, la génesis y las causas, además de las consecuencias para el usuario y su entorno. Es conveniente que este instrumento tenga una parte donde el usuario reflexione sobre las conductas alternativas a emitir y los recursos personales y sociales asociados.

### *Entrevista emocional*

La entrevista emocional está ligada a situaciones de sufrimiento del usuario. El terapeuta ayuda al usuario a exteriorizar sus sentimientos y emociones. Generalmente, las dificultades en la expresión de los sentimientos se ven reforzadas por varios factores. Por un lado están los mecanismos de defensa del propio organismo, aprendidos para escapar del dolor.

### *El registro emocional*

El registro emocional sirve para dotar al usuario de los términos de vocabulario necesarios para aprender a entender sus propias emociones y poder expresar-

las. Con este instrumento se aprende a leer la vida afectiva relacionando términos conceptuales con vivencias emocionales internas. Las situaciones expuestas en el registro se trabajan posteriormente en los Grupos de Sentimientos.

### *Proyecto de vida*

El proyecto de vida es un instrumento utilizado en momentos avanzados de la terapia, basado en las teorías de la Logoterapia de Frankl. Es una reflexión sobre las expectativas de futuro de cada usuario. Implícitamente quedará registrado el sentido de la vida del usuario. Se divide en dos aspectos diferentes, el programa de vida y el proyecto de vida en sí. El programa de vida es un instrumento de reflexión para el establecimiento de objetivos de corte más operativo. El proyecto de vida, por el contrario, supone una indagación en el propio sentido de nuestra vida y de nuestro sistema de valores.

## Instrumentos de terapia familiar

### *Genograma*

El genograma es un instrumento terapéutico con una finalidad de recogida de datos y representación. Podríamos definirlo de la siguiente forma:

“El genograma es un formato para dibujar un árbol familiar que registra información sobre los miembros de una familia y sus relaciones durante por lo menos tres generaciones. Los genogramas presentan la información en forma gráfica de manera tal que proporciona un rápido gestalt de complejas normas familiares y una rica fuente de hipótesis sobre como un problema clínico puede estar relacionado con el contexto familiar y la evolución tanto del problema como del contexto a través del tiempo” (Mc Goldrick y Gerson , 1985/1996)

### *Grupos de coterapeutas*

Los grupos de coterapeutas son grupos realizados con los familiares implicados directamente en la terapia. Cada coterapeuta irá exponiendo los comporta-

mientos del usuario. Estos grupos se complementan con los instrumentos de observación y registro de comportamientos descritos anteriormente.

### *Grupos de autoayuda de coterapeutas*

Su función concierne a la creación de un espacio donde la familia pueda expresar las dificultades personales encontradas a la hora de enfrentarse al problema adictivo o en la relación con el usuario.

### *Los encuentros familiares*

Los encuentros son grupos, donde se busca que los participantes lleguen a vivir una situación empática, a través de la honesta expresión de sentimientos y pensamientos. Dependiendo de cuales sean las situaciones tratadas y de cuando se hayan dado, podemos distinguir aquellos que versan sobre situaciones del presente o del aquí-ahora y aquellos fruto del pasado lejano de los participantes.

## El trabajo en grupo

El grupo es el núcleo principal del tratamiento. Para una mayor comprensión del tema, empezaremos este apartado, con una clasificación de los grupos según los aspectos tratados:

Clasificación de los Grupos de Terapia y Formación		
Información		
	Predomina la entrada de información	Predomina la salida de información
Presente	Seminarios	Temáticos
Presente y Pasado		Sondas

Reestructuración			
	Predominan Emociones	Predominan Cogniciones	Cognición-Emoción
Presente	Grupo de Sentimientos		Autoayuda
Presente y Pasado	Grupo Histórico	Grupo Extenso	
Adquisición de Habilidades			
Habilidades Sociales			
Extrapolación del Aprendizaje			
Preparación		Evaluación	
Programación de Fin de Semana		Verificación de Fin de Semana	

## Grupos de Información

Estos grupos están relacionados con la búsqueda y entrega de información.

### *Seminarios*

Los seminarios son actividades cuyo objetivo es la transmisión de información directa o indirectamente relacionada con el fenómeno adictivo o pueda ser útil para el proceso de tratamiento.

### *Grupos Temáticos*

Son grupos para reflexionar sobre un tema en concreto. El grupo se desarrolla a partir de la participación de todos los miembros. Éstos hablarán sobre el tema

en cuestión, enfocándolo en sus propias experiencias. Algunos temas tratados son la Afectividad, la Responsabilidad, el Tiempo Libre, y la Recaída.

### *Grupos Sonda*

Son grupos de larga duración, donde se trabajan temas concretos (Familia, Sexualidad, Sociedad) y se busca la libre expresión de todo lo concerniente al tema, por parte de todos los participantes. Son grupos donde el usuario puede sentir la necesidad de expresarse desde su propio yo. El propio terapeuta se presenta como un miembro más, enseñando su faceta más humana.

### Grupos de reestructuración

#### *Grupos de autoayuda*

Los grupos de autoayuda son la esencia del tratamiento en Proyecto Hombre. Son grupos donde cada miembro tienen la oportunidad de hablar de sus problemas y donde se dan los procesos esenciales para el cambio.

#### *Grupo extenso*

El grupo extenso es un grupo realizado cíclicamente para preparar los grupos históricos de una etapa determinada. Es un grupo largo, donde los diferentes miembros analizan de forma pormenorizada las estructuras entre pensamientos, sentimientos y cogniciones. Se habla del presente y se relaciona con aprendizajes del pasado.

#### *El Grupo histórico*

A medio caballo entre la reestructuración cognitiva y el trabajo emocional, nos encontramos con un grupo cuyas influencias proviene de la teoría primal de Janov. Busca producir un nuevo insight y esquemas más adaptativos.

### *Grupo de sentimientos*

Estos grupos suponen la vertebración del trabajo emocional. Son grupos cuya finalidad está determinada por los siguientes objetivos:

- Aprender habilidades sociales relacionadas con la expresión de las emociones, pedir necesidades afectivas o el rechazo de determinadas relaciones.
- Ayudar a partir barreras y defensas en la expresión de emociones.
- Aprender técnicas de resolución de conflicto emocional.
- Conocer la propia dinámica afectiva normal y su relación con pensamientos o ideas irracionales, determinantes de las conductas desadaptativas

### Grupos de adquisición de habilidades

#### *Grupos de habilidades sociales*

Los grupos de habilidades sociales constituyen una amalgama de técnicas enfocadas a la adquisición de habilidades de facilitación de la expresión de su propia identidad en las relaciones interpersonales y de resolución de los conflictos.

### Grupos de extrapolación del aprendizaje

#### *Grupos de fin de semana*

Los grupos de fin de semana son grupos destinados a trabajar aspectos del usuario para que haya una generalización a la vida cotidiana. Se trata de traer a grupo objetivos terapéuticos y verificar posteriormente cómo ha ido. Existen grupos de programación y de verificación.

### Convivencias

Las convivencias se realizan cíclicamente a lo largo del año, tratando temas diferentes. Suelen realizarse durante dos jornadas de trabajo. La Soledad, la

Honestidad, la Responsabilidad, las Necesidades Psicológicas y la Familia son temas recurrentes en estas convivencias.

### *Encuentro o Asamblea*

El encuentro es una reunión estructurada dirigidas normalmente por un usuario. Se da información general y se organiza el trabajo de la semana y se dan a conocer los problemas y las soluciones que se tienen como grupo.

## 5. Resultados y conclusiones finales

### a. Equipo de trabajo

El equipo de trabajo actual (Septiembre de 2005) está compuesto por:

#### - Personal contratado (3):

1 Director (Psicólogo)

1 Psicóloga

1 Terapeuta

#### -Personal voluntario (15):

1 enfermera

1 Trabajador social

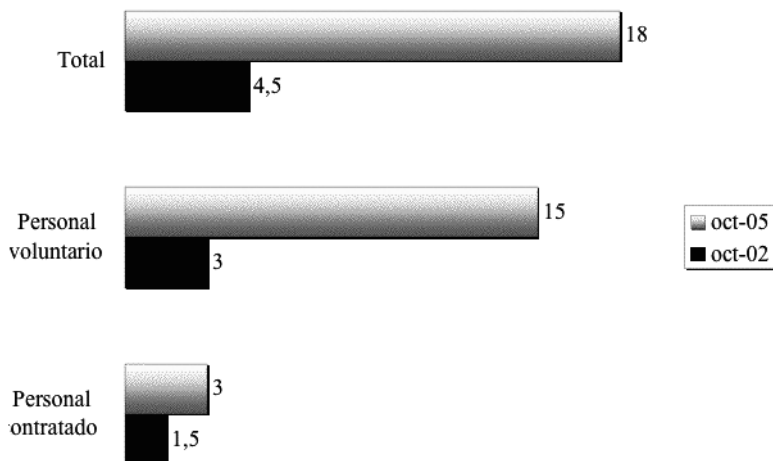
5 personas que realizaron anteriormente el tratamiento como coterapeutas

3 personas que fueron usuarios del programa de tratamiento y que obtuvieron el alta terapéutica con una media de abstinencia de casi tres años

5 voluntarios en formación (período de preparación para realizar su voluntariado)

El equipo terapéutico está formado por los tres profesionales con una media de 8 años de experiencia en adicciones que desarrollan en él su actividad laboral y los 15 voluntarios que realizan dos funciones diferentes (animador de grupo de coterapeutas y animador de grupo de autoayuda). De la misma manera se ha iniciado el desarrollo de tres círculos de calidad, con la finalidad de desarrollar actividades y mejorar el tratamiento en los siguientes aspectos:

- Tiempo libre
- Identidad de género y sexualidad
- Terapia de pareja



Cada círculo de calidad es liderado por un profesional y tiene como objetivo organizar una actividad anual relacionada.

La evolución del número de personas que desarrollan su labor en este programa de tratamiento ha evolucionado como se registra en el siguiente gráfico:

Esto indica un incremento de personal contratado del 100% en tres años, así como del quíntuplo de personal voluntario, lo que supone que el número de per-

sonas que forman el equipo de trabajo se haya multiplicado por 4 lo que es un claro indicador de la evolución del tratamiento en busca de cubrir las necesidades que presenta el usuario.

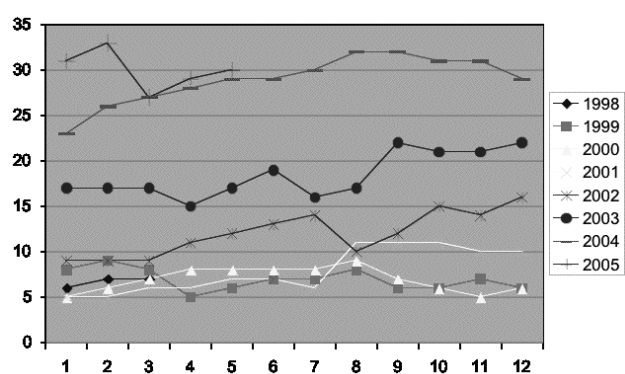
Los beneficios del voluntariado sobre el tratamiento nos parecen incuestionables. La función social, recogida en las leyes reguladoras de su funcionamiento, es sin duda otro de los puntos fuertes. El tratamiento aporta una filosofía de la vida, una forma de sentir. Pretende un cambio de la sociedad, del que el voluntario se hace partícipe.

En palabras de Bertón (2003) el voluntario de Proyecto Hombre proporciona:

- Un modelo de referencia para todas las personas que están realizando el programa terapéutico-educativo.
- Un modelo de sociedad solidaria.
- Practicar la escucha activa, como una forma terapéutica de relacionarse con las personas atendidas.
- La posibilidad de desarrollar actividades complementarias al programa terapéutico que acerquen a estas personas a realidades que hasta ahora desconocían o tenían abandonadas (p.ej. ocio, tiempo libre, etc.) y que de otro modo no serían posibles

### b. Nuevas entradas

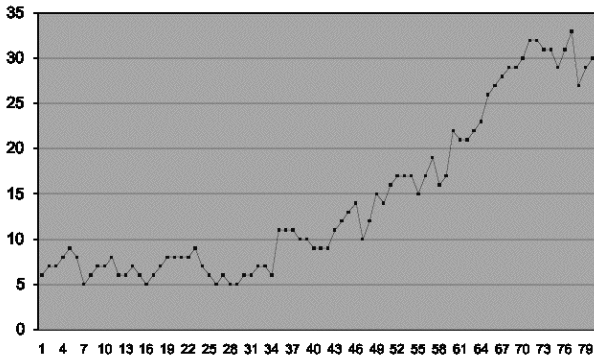
Presencia de usuarios por meses 1998-2005



En este gráfico podemos observar el continuo crecimiento del número de usuarios en tratamiento por meses desde el inicio hasta la actualidad. Igualmente se puede registrar la fuerte subida que se inicia a finales del año 2002 cuando es aplicado

por primera vez el TM .La mayor subida empieza a registrarse a partir del año 2004, cuando el sistema está plenamente instaurado.

Evolución de las presencias octubre 1998- Mayo 2005

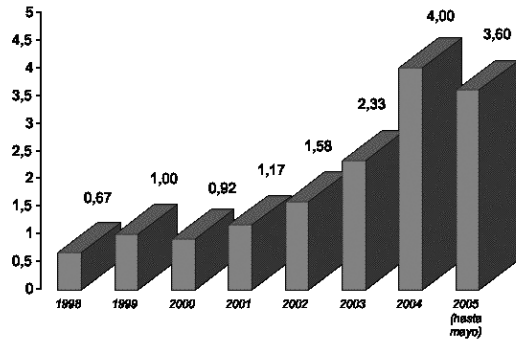


En este gráfico se registra el número de usuarios en tratamiento cada mes desde su apertura.

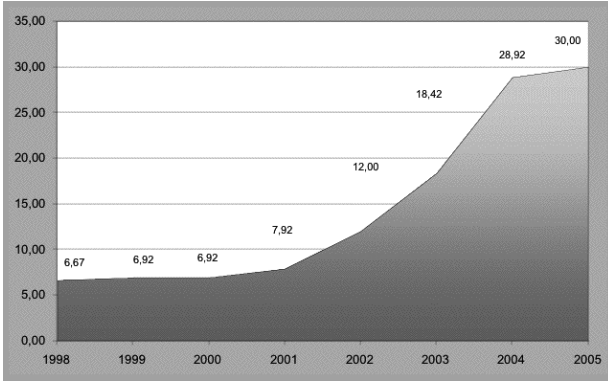
En él podemos observar claramente la evolución ascendente del número de casos en tratamiento y como se hace patente éste tras la sistematización en octubre de 2002 (mes 48)

Media de entradas por mes octubre 1998- mayo 2005

El número medio de entradas ha ido evolucionando hasta rondar las 4 en los dos últimos años. 2004 se registra como el año donde la media fue más alta y parece que en la actualidad la tendencia se mantiene ascendente pese a la reducción en los primeros meses de 2005.



### Media de usuarios en tratamiento 1998-2005

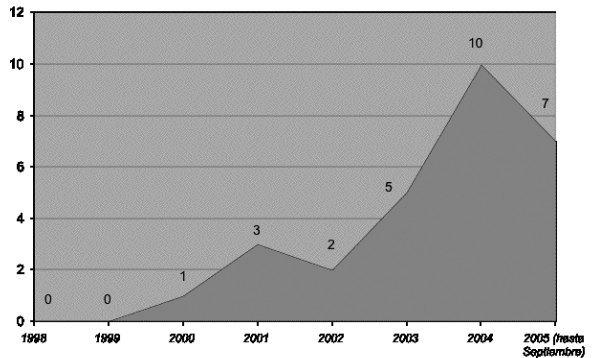


El número medio de persona en tratamiento pasó de 6,67 en 1998 a 30 en 2005, o sea que se multiplicó por 4,33. Este dato es revelador de cómo el acceso a este tipo de tratamiento se ha ido masificando. En el gráfico podemos observar nuevamente como la pendiente se intensifica a finales del 2002,

pareciendo que seguirá la tendencia en los próximos años

### c. Altas terapéuticas (Octubre 1998- Septiembre 2005)

El concepto de alta terapéutica está relacionado con la consecución de los objetivos terapéuticos que determinan que el usuario pueda cesar la relación terapéutica. La duración mínima es de 12 meses de estancia en el programa para conseguirla. Es un indicador de éxito terapéutico y de finalización de tratamiento

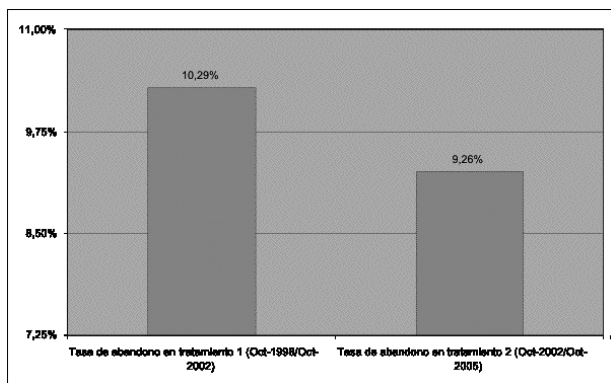


Al tener el tratamiento una duración de 12-14 meses, se explica la ausencia de altas en el inicio de aplicación y se verifica la eficacia de la aplicación del TM cuando comparamos no sólo el número de altas terapéuticas conseguidas por los usuarios que podría ser un dato equívoco por la diferencia de número de casos atendidos, sino por la comparación del porcentaje de entradas nuevas que acaban con éxito el tratamiento comparando ambas formas de tratamiento.

Cabe destacar que en el período donde se implantó el sistema descrito en esta comunicación el número de altas se multiplicó por 6 pasando de las 4 de la primera etapa a 24 en el período de implantación del programa de tratamiento (octubre 2002-Septiembre 2005)

El tanto por ciento de personas que consiguen finalizar el tratamiento de forma satisfactoria se ha incrementado en 7 puntos desde la implantación del TM. Y ello, aún permaneciendo el 21% de la muestra en tratamiento, lo que hace predecible un crecimiento mayor.

#### d. Abandonos



El gran handicap del tratamiento de las adicciones es la dificultad para asegurar la adhesión al tratamiento, siendo ésta muy baja sobre todo en el primer mes de programa. Pese que desde la aplicación del TM la tasa de abandono ha bajado, es uno de los indicadores que ha ido subiendo paulatinamente en los últimos años. La tasa de abandonos se ha calculado

como la proporción de personas que abandonan el tratamiento mensualmente con respecto a la presencia total de usuarios. Para calcular la anual, se ha realizado la media de dichas proporciones e igualmente para calcular la media del período donde se ha aplicado este sistema de tratamiento multidimensional.

Con los datos recogidos parece fiable afirmar la tendencia ascendente de este tipo de tratamiento tanto en número de usuarios en tratamiento, como en éxito terapéutico. La complejidad del tratamiento de adicciones como la velocidad en los cambios de perfil, hacen, sin embargo, que los programas de tratamiento de nuevo cuño tengan una enorme flexibilidad y una gran capacidad de adaptación a los cambios.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Álvarez, M.D. (Enero 1999) Los Grupos de Ayuda Mutua, un modelo social de salud. Experiencia de trabajo desde la Agencia Municipal de Servicios a las Asociaciones del Ayuntamiento de Barcelona. Cataluña: Primeras Jornadas de Afectados por la Neurofibromatosis. Consultado el 1 de Febrero de 2004 en: <http://www.acnefi.com/revista/1999t35.htm>

Beck, A. (1993/1999) Terapia cognitiva de las drogodependencias. Barcelona: Paidós

Bertón, R. (Febrero 2003) Centro Español de Solidaridad. Proyecto Hombre-Provincia de Cádiz. En: Consejería de Gobernación de la Junta de Andalucía. Ponencias, comunicaciones y conclusiones del Congreso Andaluz de Voluntariado. Retos 2003. Sevilla: Agencia Andaluza del Voluntariado. pp. 61-66

Caballo, V.E. (Comp) (1991) Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. Madrid: Siglo XXI

Carroll, K. M. (1997) Enhancing Retention in Clinical Trials of Psychosocial Treatments: Practical Strategies. En: Onken, L.S.; Blaine, J.D. y Boren, J.J. (Ed.) Beyond the Therapeutic Alliance: Keeping the Drug-Dependent Individual in Treatment. NIDA Research Monograph 165. Rockville: NIDA. pp. 4-24

Comisión de Cocaína de la Asociación Andaluza de Proyecto Hombre (2005). Plan de Intervención Terapéutica (PIT). Documento interno no publicado

Cruzado, J.A. y Labrador, F.J.(1998) técnicas de reducción de conductas operantes. En: Labrador, F.J.; Cruzado, J.A. y Muñoz, M. (editores) Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta. Madrid: Pirámide. p. 523-527

Janov, A. (1970/1979) El grito primal. Barcelona: Edhasa

Janov, A. (2000/2001) *La biología del amor*. Barcelona: Apóstrofe

Labrador, F.J.; Larroy, C. y Cruzado, J.A. (1998) *Sistemas de organización de contingencias: economía de fichas y contratos conductuales*. En: Labrador, F.J.; Cruzado, J.A. y Muñoz, M. (editores) *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid: Pirámide. p. 549

Ley del Voluntariado 7/2001 de 12 de Julio. BOJA nº 84 de 24 de Julio de 2001

Ley de Voluntariado Social 6/1996 de 15 de Enero. BOE nº 15 de 17 de Enero de 1996

López Vega, D.J. (2004) *Relación Humana y Psicoterapia*. Cádiz: CESJE Proyecto Hombre

López-Yarto, L. (1997) *Dinámica de grupos: 50 años después*. Bilbao: Desclée de Brouwer

Mc Goldrick, M. y Gerson, R. (1985/1996) *Genogramas en la evaluación familiar (2ª Ed.)*. Barcelona: Editorial Gedisa. p.21

Martínez, J. (1996) *El secreto de la historia clínica. Visión del medico*. III Congreso Nacional de Derecho Sanitario. Madrid. Consultado el 10 de febrero de 2004 en: <http://www.aeds.org/congreso3/3congre-16.htm>

Miller, W.R. (1995) *Motivational Enhancement Therapy with Drug Abusers*. New Mexico: Department of Psychology and Center on Alcoholism, Substance Abuse, and Addictions (CASAA). The University of New Mexico

Miller, W.R. y Rollnick, S (1995) *What is Motivational Interviewing? Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, nº23, pp. 325-334

Proyecto Hombre Murcia. Marco Teórico del Programa de Cocaína. Documento interno no publicado

Rogers, C.R. (1984) Grupos de Encuentro. Buenos Aires: Amorrurtu Editores. Buenos Aires

Rogers, C.R. (1977). Psicoterapia centrada en el cliente. Paidós. Buenos Aires. p.414

Smith, J.D. (1999) Voluntariado y Desarrollo Social. Documento de antecedentes para discusión en la reunión del grupo de expertos. Nueva York: Institute of Volunteering Research