



TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE SUSTANCIAS:

Guías de recomendaciones

MÓDULO 4: TRABAJO EN GRUPO





AUTORIDADES

Gobernador de la Provincia de Córdoba

Cdor. Juan Schiaretti

Vicegobernador de la Provincia de Córdoba

Cdor. Manuel Calvo

Ministro de Salud de la Provincia de Córdoba

Dr. Diego Cardozo

Secretario de Prevención y Asistencia de las Adicciones de la Provincia de Córdoba

Dr. Darío Gigena Parker

Subsecretario de Prevención de las Adicciones de la Provincia de Córdoba

Lic. Pablo Martín Bonino

Equipo redactor:

Dr. Darío Gigena Parker

Lic. Pablo Bonino

Lic. Violeta Vairus

Lic. Jimena Fossatti

Lic. Antonella Simoncelli

Lic. Berenice Irouleguy

Lic. Agustina Lumello

Lic. Valentina Munguía

1ra. Edición - Año 2020



ÍNDICE

PÁGINAS	CONTENIDO
01	Introducción al tratamiento ambulatorio, ventajas y fundamentos de la terapia grupal
	Tipos de grupo
05	Grupo psicoeducativo
06	Grupo de entrenamiento de habilidades
06	Grupo cognitivo conductual
07	Grupo de prevención de recaídas
	Primeras entrevistas
09	Preparación para la participación en el grupo
	Flujo de la sesión
11	Registro
12	Cita literaria, frase inspiradora o ejercicio de atención plena
12	Presentación del material destinado a la sesión
15	El final de la sesión / La salida
	Fases del grupo
16	Fase inicial
17	Temas para la fase inicial de acuerdo a objetivos
33	Bibliografía
34	Anexo I: Ejercicios de Atención Plena
37	Anexo II: Citas Literarias



01

INTRODUCCIÓN AL TRATAMIENTO AMBULATORIO, VENTAJAS Y FUNDAMENTOS DE LA TERAPIA GRUPAL

El consumo y tráfico de drogas es actualmente uno de los problemas más graves de la humanidad, con un ritmo de crecimiento tan exponencial, que hasta podría decirse excede al crecimiento mismo de los países, lo cual lo convierte en una preocupación para toda la sociedad.

Las dificultades inherentes al abordaje de estos problemas, dado su carácter complejo, multidimensional y su dinámica cambiante, exigen un esfuerzo importante para lograr la necesaria cooperación de todos los sectores locales, provinciales, nacionales e internacionales, que permita el diseño y ejecución de acciones orientadas a un abordaje efectivo, no sólo para reducir la oferta, sino también para reducir la demanda en todos los niveles estableciendo como prioridad la implementación de estrategias.

Dado que el trastorno por consumo de sustancias es considerado por la Organización Mundial de la Salud como una enfermedad crónica, para lo cual se requiere un tratamiento terapéutico específico, el sistema de salud público se convierte en un eje fundamental que permite colocar a disposición de toda la comunidad, dispositivos de intervención terapéutica para su tratamiento, garantizando que todos puedan acceder a la posibilidad de gozar de una vida valiosa.

En la provincia se dispuso la creación de la RAAC (Red Asistencial de las Adicciones de Córdoba), un sistema único, integral, preventivo/asistencial y público para el abordaje de las adicciones, a cargo de la Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones del Ministerio de Salud de Córdoba. La RAAC espera abarcar todo el territorio de la provincia y tiene como objetivo establecer una asistencia racional y ordenada con los recursos que se disponen y los que se necesitan generar, en gestión conjunta con los gobiernos locales y otras organizaciones de la comunidad.

Para la constitución de esta red, se requiere de recursos humanos especializados, con adecuadas competencias personales para tratar la problemática, una propicia coordinación entre los entes estatales y de la comunidad, y por último con una infraestructura conforme a las necesidades. Dentro de este marco los Centros Asistenciales de Adicciones, a través de sus equipos técnicos, serán los encargados de cumplir este rol fundamental en la atención de esta problemática, funcionando como segundo nivel de la RAAC, brindando tratamiento ambulatorio.

El Instituto Nacional Sobre Abuso de Drogas (NIDA, 2001), actualmente el principal investigador en problemas de drogas a nivel mundial, ha dado una serie de recomendaciones para un tratamiento efectivo basado en la evidencia científica. A continuación presentamos algunas de ellas:

- ▶ La desintoxicación médica es solamente la primera etapa del tratamiento y por sí misma hace poco para cambiar el consumo de drogas a largo plazo. La desintoxicación médica maneja cuidadosamente los síntomas físicos agudos del síndrome de la abstinencia, que suceden cuando se deja alguna droga. Aunque la desintoxicación por sí misma rara vez es



suficiente para ayudar a las personas a lograr abstinencia a largo plazo, para algunos individuos sirve como un precursor fuertemente indicado para el tratamiento efectivo.

- ▶ 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. Ya que muchas personas con frecuencia dejan el tratamiento prematuramente, los programas deben incluir estrategias que comprometan y mantengan a los pacientes bajo tratamiento.
- ▶ La terapia grupal e individual y otros tipos de terapias basadas en la evidencia constituyen componentes críticos del tratamiento efectivo para la adicción. Durante la terapia, los pacientes tratan sus problemas de motivación, desarrollan habilidades para rechazar el consumo de la droga, reemplazan actividades donde se usan las drogas por actividades constructivas y útiles en las que no entra el uso de las mismas, 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. Es fundamental que haya un adecuado trabajo con los valores del sujeto, con todas las herramientas disponibles (religiosas, ayuda mutua, terapias psicológicas, logoterapéuticas) hacia una escala de valores pro sociales.
- ▶ El tratamiento no tiene que ser necesariamente voluntario para ser efectivo, ya que el proceso de tratamiento puede ser facilitado gracias a una fuerte motivación que permita al sujeto problematizar su consumo y que a la vez aumente su sentimiento de autoeficacia para el cambio
- ▶ El posible uso de drogas durante el tratamiento debe ser constantemente supervisado. Durante el período de tratamiento puede haber recaídas en el consumo de drogas. La supervisión objetiva, incluyendo análisis de la orina u otros exámenes, puede ayudar al paciente a resistir sus impulsos de usar drogas. Esta clase de 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 de los informes a los pacientes que registren positivamente en los análisis de drogas, puede servir como un elemento importante en la supervisión.
- ▶ La recuperación puede ser un proceso a largo plazo y frecuentemente requiere múltiples rondas de tratamientos. Tal como en otras enfermedades crónicas, la reincidencia en el consumo 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. La participación en programas de ayuda mutua durante y después del tratamiento sirve de apoyo para mantener la abstinencia.

Estos principios deberían resultar familiares para el sistema de salud, para que se pueda ajustar la intervención y así optimizar los resultados.

Como se desprende de estos principios, es fundamental que el profesional encargado de brindar asistencia posea las competencias necesarias para elegir abordar de manera efectiva un paciente, sea mediante terapia grupal o individual. El abordaje grupal, representa un modelo ventajoso de abordaje, tanto desde el punto de vista de la comunidad y del profesional, como así también para el paciente.

El número cada vez mayor de personas afectadas por el consumo (tanto usuarios, como familiares de usuarios), la escasez de personal especializado en algunas zonas alejadas de los centros urbanos, la falta de desarrollo teórico y técnico en relación al uso de modelos de abordaje basados en la evidencia, junto con otros factores que tienen que ver con la capacidad del estado de administrar recursos, hace que sea necesario implementar dispositivos grupales para el tratamiento de esta población, en tanto permiten asistir de manera efectiva a un mayor número de miembros de la comunidad.

Sin embargo, independientemente de esta coyuntura que nos atraviesa, no es menos cierto que las intervenciones terapéuticas grupales ofrecen importantes ventajas de tratamiento para los pacientes. A continuación describiremos algunas de las mencionadas por la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA, 2012):

- ↳ **Inculcar esperanza.** Algunos miembros del grupo actúan como ejemplo del progreso hacia recuperación mientras apoyan a otros en sus esfuerzos.
- ↳ **Universalidad.** Los grupos permiten a los pacientes ver que no están solos y que otros tienen problemas similares.
- ↳ **Brindar información.** Los líderes arrojan luz sobre la naturaleza de la adicción a través de información concisa.
- ↳ **Altruismo.** Los miembros del grupo obtienen una mayor autoestima al ayudar a otros.
- ↳ **Recapitulación del grupo familiar primario.** Los grupos proporcionan un contexto familiar en el que los conflictos de larga data no resueltos pueden ser revisados y reformulados de manera más constructiva y saludable.
- ↳ **Desarrollar técnicas de socialización.** Los grupos dan su opinión; las impresiones de otros revelan cómo los hábitos sociales ineficaces de un paciente podrían socavar sus relaciones dentro y fuera del grupo.
- ↳ **Comportamiento imitativo.** Los grupos permiten a los pacientes imitar los comportamientos habilidosos de los otros.
- ↳ **Aprendizaje interpersonal.** Los grupos corrigen las percepciones distorsionadas de otros.
- ↳ **Cohesión grupal.** Los grupos proporcionan un ambiente seguro dentro del cual las personas se sienten libres para ser honestos y abiertos el uno con el otro.
- ↳ **Catarsis.** Los grupos liberan a los pacientes mientras aprenden a expresar sentimientos y a decir lo que los molesta.
- ↳ **Factores existenciales.** Los grupos ayudan a los pacientes a aceptar verdades como que la vida puede ser injusta y dolorosa, que la muerte es inevitable; que no importa lo cerca que uno se encuentre de los demás, la vida se enfrenta solo; que es importante vivir honestamente y no quedar



atrapado en asuntos triviales; que cada uno de nosotros es responsable de la forma en que vive. En diferentes etapas del tratamiento, algunos de estos factores terapéuticos reciben más atención que otros.

Es evidente entonces que el trabajo grupal reporta numerosas ventajas para los pacientes que participan en él, sin embargo plantea una serie de exigencias al profesional para las cuales muchas veces no ha sido preparado. En primer lugar, el coordinador necesita conocimientos y habilidades especializadas para que entienda por completo el trabajo terapéutico que se lleva a cabo en el grupo y las características de los pacientes con trastornos por consumo de sustancias. La terapia grupal no es terapia individual realizada en grupo, ni es equivalente al programa de 12 pasos. La terapia grupal requiere que los individuos comprendan y exploren los conflictos emocionales e interpersonales que pueden contribuir al abuso de sustancias. En segundo lugar, el individuo que es químicamente dependiente generalmente viene a tratamiento con un conjunto de aprendizajes y conductas problemáticas que pueden resultar un obstáculo durante el tratamiento. El coordinador debe tener un conocimiento profundo de cada miembro del grupo y las características de su personalidad. En tercer lugar, los fundamentos teóricos y las prácticas de la terapia grupal en general no siempre son aplicables a las personas que abusan de sustancias. Los pacientes e incluso los terapeutas a menudo se confunden sobre los diferentes tipos de modalidades de terapia grupal. Por ejemplo, el plan de tratamiento puede incluir grupos de 12 pasos, grupos de discusión, grupos de prevención de recaídas y grupos de ayuda mutua. (SAMHSA, 2012)

Este manual pretende proporcionar una ayuda al personal clínico abrumado muchas veces por la demanda de atención, que dispone de poco tiempo, está bajo exigencias muy grandes y tiene una necesidad imperativa de tratamientos que den resultados. Los capítulos que siguen son una guía para trabajar de manera grupal con personas con problemas con el consumo, sin embargo puede servir también para estructurar sesiones grupales con los familiares de estos usuarios aunque los temas no sean los mismos. Esperamos brindar alternativas sobre cómo ayudar a los pacientes a cambiar los comportamientos problemáticos, mediante la reestructuración de la forma en que se prestan los servicios de atención en nuestro medio, pasando de un abordaje generalmente individual a uno grupal.

El manual está diseñado con el propósito de brindar material teórico y práctico que posibilite un mayor conocimiento y comprensión respecto a las características distintivas de cada modelo de grupo disponible para trabajar con adicciones, las fases de la terapia grupal y las fases del proceso de recuperación del paciente. Por lo tanto, este manual cuenta con cinco capítulos y un anexo. El primero es introductorio de la temática, el segundo desarrolla distintos tipos de grupo, el tercero explica cómo preparar el paciente para el trabajo grupal, en el cuarto capítulo se encuentra un modelo para estructurar las sesiones, y por último en el quinto capítulo se especifican las fases que se desarrollan durante el tratamiento grupal y ejemplos de dinámicas para llevar a cabo.

O2

TIPOS DE GRUPO

A continuación se desarrollarán 4 **MODELOS DE TERAPIA DE GRUPO** sugeridos para el trabajo con personas con problemas con el consumo de sustancias, con el objetivo de brindar los lineamientos esenciales de la terapia grupal en el tratamiento del abuso de sustancias (SAMHSA, 2012).

Si bien en el manual original se proponen 7 modelos, en este apunte sólo ampliarán cuatro de ellos: el psicoeducativo, el de entrenamiento en habilidades, el cognitivo conductual y el de prevención de recaídas, por considerarlos modelos útiles que no requieren de experiencia previa para ser aplicados con efectividad. Se han realizado modificaciones al manual original a fin de adaptar su contenido a las necesidades de capacitación y ampliación de temáticas específicas relacionadas con nuestro medio cultural.

Para consultar el texto original puede descargarlo de manera gratuita en formato PDF en su idioma original en:

🌐 <https://store.samhsa.gov/shin/content/SMA12-3991/SMA12-3991.pdf>

GRUPO PSICOEDUCATIVO

Los grupos psicoeducativos brindan orientación e información a los pacientes sobre el abuso de sustancias y sus consecuencias. Este tipo de grupo presenta de manera didáctica y estructurada contenido teórico específico, generalmente a través de videos, audios y material escrito. Estos grupos tienen por objetivo:

- ▶ Asistir a las personas que se encuentran en la etapa precontemplativa o contemplativa del cambio. Los pacientes pueden así replantearse el impacto del uso de sustancias en sus vidas, desarrollar una necesidad interna de buscar ayuda y descubrir caminos para el cambio.
- ▶ Ayudar a los pacientes en recuperación temprana a aprender sobre su trastorno. Los pacientes reconocen obstáculos para la recuperación y comienzan el camino hacia ella.
- ▶ Proporcionar a los miembros de la familia información y orientación sobre el comportamiento de la persona en recuperación. Las familias aprenden cómo apoyar a sus seres queridos y también sobre su propia necesidad de cambio.
- ▶ Asesorar a los pacientes sobre otros recursos y habilidades que pueden ayudar a la recuperación.

Los pacientes pueden familiarizarse con otros servicios como los grupos de ayuda mutua y los grupos de entrenamiento de habilidades, donde pueden aprender y practicar habilidades de afrontamiento, tal como atención plena, relajación y regulación de emociones.

El coordinador en un grupo psicoeducativo, toma un papel activo no sólo al momento de la enseñanza, sino como promotor y facilitador de la discusión grupal, mientras anima a los pacientes a relacionar lo que aprenden con su propia conducta de abuso de sustancias. El coordinador tiene habilidades de ense-

ñanza y consejería, por lo que comparte las mismas características básicas de otros líderes de grupo: cuidado, calidez, autenticidad y respeto por otros.

En general el formato de las sesiones es altamente estructurado y a menudo se guían por un manual o plan de estudios. Las técnicas necesarias para conducir un grupo psicoeducativo implican tener en cuenta cómo se presenta la información y cómo ayudar a los pacientes a incorporar el aprendizaje para que éste conduzca a un comportamiento productivo, otra forma de pensar y a un cambio emocional. Con respecto a las sesiones, es importante que estas no parezcan una clase magistral sobre el abuso de sustancias, sino que el educador fomente la participación de los miembros para que estos relacionen el material con su propia experiencia sin desestimar las discusiones grupales que puedan generarse, siempre bajo la precaución de que estas interacciones sean honestas y respetuosas. Se sugiere además que los métodos de aprendizaje elegidos sean lo variados y que no se desestime el deterioro cognitivo causado por el uso de sustancias, especialmente en etapas tempranas de la recuperación.

GRUPO DE ENTRENAMIENTO DE HABILIDADES

La mayoría de los grupos de entrenamiento en habilidades se asientan a nivel teórico en el modelo de la terapia contextual. Desde este enfoque se asume la premisa de que los pacientes carecen de ciertas habilidades de afrontamiento, necesarias para lograr la recuperación y su mantenimiento, por lo que será uno de los principales objetivos cultivar y practicar estas habilidades. Aunque el desarrollo de habilidades es el objetivo principal de este tipo de grupos, pueden incorporarse también elementos de los grupos psicoeducativos en tanto lo importante es centrarse en el desarrollo de una base de información a partir de la cual el paciente pueda tomar decisiones y ejecutarlas de manera efectiva.

La idoneidad de un paciente para un grupo de entrenamiento en habilidades depende de las necesidades únicas del individuo y las habilidades que se enseñan en el grupo.

Los grupos de desarrollo de habilidades se caracterizan por tener un número limitado de sesiones y de participantes; el grupo debe ser lo suficientemente pequeño para permitir a los miembros practicar las habilidades enseñadas.

Es importante que el coordinador conozca y demuestre las habilidades que los pacientes están tratando de desarrollar; los líderes necesitan experiencia en el comportamiento de modelado para ayudar a otros a aprender elementos discretos de comportamiento. Se recomienda que antes de asumir el liderazgo de un grupo de entrenamiento en habilidades, el coordinador debería haber participado en un entrenamiento específico en las habilidades que luego transmitirá.

Las técnicas son sensibles a los esfuerzos de los pacientes, mantienen expectativas positivas de cambio y no avergüenzan a las personas que parecen abrumadas cuando las practican y dependen de la naturaleza del grupo, del tema y del enfoque del coordinador.

GRUPO COGNITIVO CONDUCTUAL

El abordaje cognitivo-conductual constituye un campo bien establecido y sólido dentro del tratamiento para el abuso de sustancias, siendo particularmente apropiado en la recuperación temprana. Desde este enfoque se conceptualiza la dependencia como un comportamiento aprendido, que está sujeto a modificaciones a través de diversas intervenciones, incluida la identificación de

estímulos condicionados asociados con conductas adictivas específicas, la evitación de tales estímulos, el desarrollo de estrategias de manejo de contingencias y la desensibilización. Si bien el cambio cognitivo es un efecto deseado, estos grupos apuntan también al desarrollo de recursos conductuales y sociales que apoyen la abstinencia continua para que el paciente se dé cuenta de los comportamientos que pueden conducir a una recaída, y desarrolle estrategias para continuar en abstinencia.

Los grupos cognitivo-conductuales a menudo se usan para abordar la forma en que un paciente trata con cuestiones y problemas que pueden estar reforzando el abuso de sustancias. Estos grupos se caracterizan por proporcionar un entorno estructurado (a veces a través de protocolos de intervención específicos) dentro del cual los miembros del grupo pueden examinar las conductas, pensamientos y creencias que conducen al comportamiento problema. Algunos enfoques se centran en el comportamiento, otros en las creencias centrales, y aún otras en habilidades para resolver problemas.

Los líderes de grupos cognitivo-conductuales se caracterizan por participar activamente en el grupo, permitir que los miembros del grupo usen el poder del grupo para desarrollar sus propias capacidades, y reconocer, respetar y trabajar con la resistencia sin confrontarla.

Las técnicas específicas utilizadas en los grupos cognitivo-conductuales varían según la orientación particular de los líderes. En general, las técnicas:

- ▶ Enseñan a los miembros del grupo sobre las cogniciones y conductas que conducen a comportamientos autodestructivos.
- ▶ Se centran en la resolución de problemas y el establecimiento de objetivos a corto y largo plazo.
- ▶ Ayudan a los pacientes a manejar emociones y conductas impulsivas particularmente aquellas asociadas con el uso de sustancias.

GRUPO DE PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

El grupo de prevención de recaídas comparte características con los tres modelos anteriores, sin embargo se corresponde más bien a una entidad única y especializada en el campo del tratamiento por abuso de sustancias. Este modelo se enfoca en ayudar al paciente a mantener la abstinencia o recuperarse de las recaídas, por lo que los pacientes necesitan alcanzar un período de abstinencia antes de unirse a este dispositivo. Este tipo de grupo es apropiado para pacientes que son abstinentes pero que no necesariamente pueden mantener un estado libre de drogas. Los objetivos del abordaje a través de este dispositivo son:

- ▶ Ayudar a los pacientes a mantener su recuperación al proporcionarles habilidades para identificar y administrar situaciones de alto riesgo.
- ▶ Mejorar las habilidades de los pacientes para gestionar situaciones riesgosas y estabilizar sus estilos de vida a través de cambios en el comportamiento.
- ▶ Centrarse en el entrenamiento en resolución de problemas y en el desarrollo de habilidades.
- ▶ Aumentar los sentimientos de autocontrol de los pacientes.
- ▶ Explorar los problemas de la vida diaria y la recuperación.

Los coordinadores de los grupos de prevención de recaídas requieren tanto un



conjunto de destrezas que son similares a aquellos necesarios para el grupo de entrenamiento en habilidades, así como experiencia trabajando en la prevención de recaídas. Es importante que el terapeuta monitoree de manera continua la participación de cada paciente, buscando señales de estrés y necesidades de intervención particular a fin de identificar a tiempo un posible riesgo de recaída. Además es fundamental que sepa cómo manejar la recaída y ayudar al grupo a trabajar el evento de una manera no crítica, ni punitiva.

03

PRIMERAS ENTREVISTAS

PREPARACIÓN PARA LA PARTICIPACIÓN EN EL GRUPO

El proceso de preparación para la participación en terapia grupal comienza tan pronto como el paciente se contacta con el centro asistencial. Luego de la entrevista de primer contacto, el coordinador del grupo debe conducir una sesión individual inicial (entrevista de admisión al grupo) con el candidato. Durante el proceso de admisión al grupo, que puede darse en una o más entrevistas dependiendo la disponibilidad del paciente a participar de un proceso grupal, se busca formar una alianza terapéutica, llegar a un consenso sobre lo que se realizará en la terapia, educar al cliente sobre el dispositivo, aliviar la ansiedad relacionada con unirse a un grupo y explicar el acuerdo grupal (SAMHSA, 2012).

Se recomienda que, durante este tiempo, el terapeuta recabe información sobre las formas en que el paciente se relaciona con otros, sobre el funcionamiento familiar y sobre el medio cultural en el que está inserto, de manera específica sobre la visión del medio cultural del paciente en relación al uso de sustancias.

Las reuniones de preparación aseguran que los pacientes comprendan y se apropien de las expectativas y objetivos ayudándolos a familiarizarse con el proceso que implica la terapia de grupo. Durante la preparación del paciente debe:

- ▶ Explicar cómo serán las interacciones grupales: basadas en el respeto y la empatía, libre de juicios de valor.
- ▶ Enfatizar que el tratamiento es un proceso a largo plazo. Los pacientes deben saber que la asistencia constante es vital para este proceso.
- ▶ Aclarar que es normal tener la tentación de abandonar el grupo a veces, por lo que se recomienda exponer los pensamientos sobre dejar el grupo a medida que aparecen.
- ▶ Ofrecer la oportunidad de expresar su ansiedad sobre el trabajo en grupo. Las percepciones erróneas deben reformularse para evitar que interfieran con la participación grupal. Usar la empatía para tranquilizar a los pacientes que están alterados.

La forma más efectiva de calmar a estos pacientes es reconfortarlos, validarlos y tranquilizarlos. No es aconsejable tratar de discutir racionalmente cualquier asunto en ese momento, dar información retroactiva o tratar de que el paciente entienda su punto de vista. (NAJAVITS, 2006)

- ▶ Valorar lo que el paciente dice, en lugar de ofrecer consejos; es más recomendable hacer preguntas que eliciten declaraciones automotivadoras.
- ▶ Redirigir y elegir áreas de concentración para aprovechar el tiempo. Uno de los recursos cruciales que el terapeuta necesita dominar es la redirección, para impedir que la sesión divague en trabajo improductivo. En fases más avanzadas del tratamiento, trabajar con un formato más flexible puede ser útil pero, en este punto, dejar que los pacientes hablen largo y tendido sin un enfoque específico no logra, por lo general, resultados demostrables.



- ▶ Validar las críticas que los pacientes hacen de usted y el tratamiento. No es útil pensar que el paciente está equivocado, concluir que se trata simplemente de "la resistencia propia del paciente", o no responder. Es probable que parte de la crítica esté relacionada con su resistencia, pero, paradójicamente, la mejor forma de corroborar o no esto es investigarla como si fuera verdadera. Además, es probable que a los fines de cumplir los objetivos terapéuticos de esta primera etapa no sea útil tratar de resolver quejas, sino simplemente reconocer que los pacientes tienen alguna buena razón para sentirse así. Aunque el terapeuta considere que la razón responde a una cuestión transferencial, validar lo que el paciente dice es por lo general la mejor estrategia en este momento. Validar al paciente no significa estar de acuerdo con él; se pueden validar los sentimientos del paciente sin estar de acuerdo con su opinión.
- ▶ Hacer declaraciones breves y esenciales. Entre las dificultades más comunes del terapeuta están la tendencia a hablar demasiado o ponerse a "charlar" (p.ej., actuar más como un amigo que como una terapeuta). Además, procure no dispersar la sesión con preguntas o declaraciones para "satisfacer su curiosidad" o para investigar un asunto que no es prioritario en la vida del paciente en ese momento. Para mejorar el crecimiento real, considere la terapia como un período sagrado en el cual cada declaración tiene importancia. Aun si un paciente inicia un tema conversacional (p.ej., acerca del clima o los deportes), usted no necesita convertirlo en una conversación a menos que considere que es el tema más apropiado, en este momento, con este paciente.
- ▶ Reconocer y abordar las esperanzas terapéuticas de los pacientes. Los coordinadores pueden usar esta información para ubicar a los pacientes en grupos que tengan mayores probabilidades de cumplir con sus expectativas.

04

FLUJO DE LA SESIÓN

Presentamos a continuación las 4 ETAPAS por las que suele desenvolverse una sesión de trabajo grupal con pacientes con problemas por el consumo: ❶ Registro o revisión de la tarea, ❷ Lectura de una cita literaria o ejercicio de atención plena, ❸ Presentación del material destinado a la sesión, ❹ Cierre. (NAJAVITS, 2006).

1. REGISTRO

El registro sirve para "tomar la temperatura", es decir, para recabar información sobre el estado general de los pacientes e identificar temas para incorporar en el contenido principal de la jornada. Algunos temas que surgen en el registro pueden ser útiles, pero también puede desviarse del rumbo inútilmente. Es necesario dar prioridad en el momento a conductas problema como haber usado sustancias en la última semana, haberse provocado autolesiones, haber cometido o haber sido víctima de algún evento de violencia o comportamiento sexual arriesgado. Tenga en cuenta que los registros son muy breves, pero se debe tomar nota de la conducta problema y relacionarla de ser posible posteriormente con el tema que se desarrolle.

Indagar por "las estrategias de afrontamiento o formas seguras de hacer frente" debe ser también parte del registro. Durante el registro, a los pacientes se les pide que cuenten brevemente al menos un ejemplo de alguna oportunidad que hayan tenido, desde la última sesión, de hacer buen uso de las estrategias de afrontamiento que se puedan haber visto durante el tratamiento. Esto los anima a reconocer su propia determinación y refuerza un principio central en el tratamiento conductual: el refuerzo positivo del comportamiento es uno de los métodos más poderosos de crecimiento (Rimm y Masters, 1979). Además contrarresta la tendencia a definir a los pacientes por su patología y subraya los recursos de que disponen. Recuerde que es más importante que el paciente genere por sí mismo alternativas de afrontamiento, en lugar de dárselas como sugerencias. Ejemplos de cómo dirigir a los pacientes incluyen: "¿Hay alguna estrategia de las que aprendimos en encuentros anteriores que pueda serte útil en una situación parecida?"; "Seguramente aplicaste alguna herramienta o hiciste algo bien durante la semana, puede ser cualquier cosa, no importa lo pequeña que creamos que sea, ¿qué hiciste bien tú?". Por último, tenga en cuenta que de vez en cuando un paciente nombrará algo destructivo (p.ej., "Usé heroína y me ayudó a sentirme mejor"); si esto ocurre, usted puede reiterar el propósito del ejercicio y recordarle al paciente que, en esta parte del registro, sólo cuentan las formas seguras de hacer frente.

Limítese a 5 minutos de registro por paciente. Considerar el registro como una "toma de temperatura" en vez de como terapia de por sí puede ser útil: la meta es simplemente averiguar cómo van los pacientes y si hay asuntos principales que se volverán a presentar más tarde en la sesión. No se pretende que sea el tema principal de la sesión, un lugar para intervenciones terapéuticas o, en el tratamiento en grupo, un período para que los pacientes interactúen entre ellos. El límite de 5 minutos es crucial en el tratamiento en grupo, ya que excederlo dejará poco tiempo para la parte principal de la sesión.

Recuérdelos a los pacientes las partes del registro que hayan olvidado. Por



ejemplo, quizá los pacientes no mencionen el uso de sustancias porque les da vergüenza, o digan que usaron pero puede que no mencionan cantidades determinadas o tipos de sustancias.

Ayudar a los pacientes a aprender a ser honestos sin sentir vergüenza o emitir juicios es parte del tratamiento, así que tratar los temas omitidos.

2. CITA LITERARIA, FRASE INSPIRADORA O EJERCICIO DE ATENCIÓN PLENA

El propósito de leer una cita o de realizar un ejercicio de atención plena en cada sesión es involucrar emocionalmente a los pacientes y proveer un breve momento de inspiración que puede que recuerden en el futuro. Pídale al paciente (o a un voluntario, en el tratamiento en grupo) que la lea en voz alta y luego pregúntele: "*¿Cuál es el tema central de la cita?*". Note que la cita puede ser una frase extraída de un libro o bien un verso de una canción. Si usted hace una pregunta más amplia, como "*¿Qué te parece esta cita?*" o "*¿Qué significado tiene esta cita para ti?*", puede que el paciente empiece una asociación libre de 10 minutos que frustrará cualquier intento de seguir adelante con la sesión. Los pacientes algunas veces traerán citas seleccionadas por ellos, que pueden ser incorporadas o no, como a usted le parezca.

Con respecto al ejercicio de atención plena, este recurso plantea dos ventajas. En primer lugar permite a los participantes centrar su atención en el momento presente de la sesión y, además, fomenta el desarrollo de habilidades de afrontamiento que puede generalizarse fuera de la terapia.

3. PRESENTACIÓN DEL MATERIAL DESTINADO A LA SESIÓN

Llegamos aquí al momento central en tanto proponer un tema clave para la recuperación y relacionarlo con la vida del paciente -tanto en sus aspectos emocionales como prácticos- es el núcleo de la sesión.

Esta fase de la sesión, en general se orienta por principios bastante sencillos: presentar el tema para que sea comprensible por todos y permitir que los pacientes lo relacionen con problemas actuales y específicos de sus vidas.

Con respecto a la presentación del tema, puede hacerlo de la manera que quiera, mediante recursos didácticos, juegos, o de forma expositiva en fichas en papel o power point, buscando la mejor manera que se adapte a las características del grupo. En los apartados que siguen encontrará un desarrollo de temas y dinámicas, no obstante la flexibilidad y el criterio clínico del terapeuta serán fundamentales para lograr un trabajo terapéutico de calidad en cuanto a la elección del contenido y su desarrollo. El uso de estos materiales debería darle a usted la sensación de que está administrando terapia, tal y como la conoce, pero con la adición de temas y dinámicas preparadas para hacer su trabajo más fácil.

El ritmo de presentación no debería ser acelerado, para evitar que a los pacientes les parezca una carrera para acabar cuanto antes en desmedro de sus necesidades clínicas.

Algunas sugerencias para el momento de la presentación y desarrollo del tema:

- ▶ Evite que el paciente pase la mayor parte de la sesión leyendo en silencio en caso de que utilice fichas;
- ▶ No haga que la sesión parezca una clase de escuela;

- ▶ Integre en la sesión los temas que preocupan al paciente, no hable todo el tiempo usted, ni lo convierta en un proceso puramente intelectual sin conexión con las emociones;
- ▶ Priorice calidad antes que cantidad, tómese el tiempo para repasar el material al ritmo del grupo;
- ▶ Asocie el material con experiencias específicas de la vida del paciente, evite conversaciones abstractas sobre como deberían, o no, ser las cosas.

Un principio básico de relacionar el material con problemas actuales y específicos de la vida de los pacientes, tiene que ver con la importancia de ayudarlos a aplicar en su vida diaria e inmediata los conocimientos sobre su problemática y las estrategias para hacerle frente; cuanto más específica sea la conversación, más probabilidades de ser útil tiene. A continuación hay algunas maneras de conseguirlo.

- ▶ Averigüe qué aspecto del tema le parece más relevante al paciente, para ello puede hacer preguntas como las siguientes:
 1. ¿Qué piensas del tema de hoy? ¿Aparece algún pensamiento o sensación? ¿Cómo se relaciona con tu vida?
 2. ¿Podría servirte de ayuda en alguna situación de tu vida actual?
 3. ¿Cómo guarda relación con tu problema de consumo?
 4. ¿Has probado alguna vez esta estrategia antes? Si no surtió efecto, ¿qué salió mal?
 5. Si realmente pudieras usar esta estrategia, ¿cómo piensas que te sentirías?

Además, conforme conozca mejor al paciente, puede incorporar asuntos que usted sepa que son pertinentes. Identifique los problemas de los pacientes a los que hay que dedicarse.

- ▶ Dele prioridad a cualquier conducta problema del tratamiento (uso de sustancias; síntomas psiquiátricos que afectan la calidad de vida del paciente; y situaciones de riesgo -riesgo de VIH, violencia doméstica, autolesiones, etc.- reciente que algún paciente haya revelado en el registro.
 - ▷ Sea cual sea el tema, trate de investigar las dificultades que tienen en ese momento los pacientes para ponerlos en práctica.
 - ▷ Seleccione problemas que quieran tratar los pacientes.
 - ▷ Concéntrese en el presente, no el pasado.
 - ▷ Si los pacientes mencionan temas globales (p.ej., "*Me odio a mí mismo*" o "*No tengo ninguna ilusión de vivir*"), guíelos para que identifiquen un problema específico (p.ej., "*¿Ocurrió algo esta semana para que te sientas así?*"; "*Cuando te sientes así, ¿cómo tratas de hacerle frente a ese sentimiento?*").
 - ▷ Seleccione problemas de dificultad moderada.

Decida cómo quiere trabajar los problemas de los pacientes. El principio crucial para dedicarse a los problemas de los pacientes es "*Muéstrelo en vez de decirlo*". Esto significa encontrar la manera de que el paciente practique realmente una nueva estrategia en vez de tener una conversación abstracta sobre ella. En general:

- ▶ En los temas cognitivos, pídale a los pacientes que expliquen en voz alta cómo volverían a analizar un tema.



- ▶ En los temas interpersonales, pídale a los pacientes que dramaticen en voz alta cómo se ocuparían de un problema interpersonal.
- ▶ Para los temas conductuales, pídale a los pacientes que hagan una revisión, diciendo en voz alta qué acciones específicas tomarían para solucionar un problema de conducta.

A continuación se describen varias maneras de ayudar a los pacientes a desarrollar nuevas estrategias (NAJAVITS, 2006).

- ▶ Pregunta y respuesta. Hágales preguntas a los pacientes para averiguar qué saben y qué no; es una de las mejores maneras de introducir un tema y hacer que el grupo participe.
- ▶ Dirija un ejercicio en una sesión. Algunos temas se prestan para guiar a los pacientes a través de una experiencia, en vez de hablar de ella.
- ▶ Dramatización. Éste es uno de los métodos más populares, en particular para temas interpersonales. Por lo general, usted debería representar el papel de la "otra persona" en la dramatización, a fin de adaptar el ejercicio a los asuntos del paciente (p.ej., insistir en ofrecer una bebida aun después de que el paciente ha dicho "no" una vez).
- ▶ Haga una revisión. Presente situaciones y pregunte cómo podrían tratarse de acuerdo al tema trabajado en sesión. Por ejemplo: "Francisco, veo que te cuesta mucho explicarle a tu familia qué te ocurre ahora que has abandonado hace tres días el cigarrillo. ¿Cómo podrías aplicar las ideas de la sesión de hoy para que ellos comprendan mejor tu situación?".
- ▶ Identifique modelos conductuales. Pídale a los pacientes que traten de pensar en alguien que ya conozca esta estrategia e investigue lo que hace esa persona. Por ejemplo, en los estilos de comunicación, usted puede preguntar: "*¿recuerdas alguna situación en la que alguien se haya comportado de forma asertiva? ¿Puedes hablar con ella y averiguar cómo lo hace?*".
- ▶ Invite a participar a familiares y amigos seguros, tanto a las sesiones como de manera más indirecta pidiéndole al paciente que les enseñen a personas específicas estrategias aprendidas en el grupo (p. ej., "*Estrategias de regulación emocional*").
- ▶ Vuelva a representar la escena. Pídale a los pacientes que identifiquen algo que salió mal y luego repásenlo como si pudieran volver a experimentarlo (p.ej., "*¿Qué harías diferente esta vez?*"; "*¿Cómo podrías mejorarlo si pudieras hacerlo de nuevo?*"). Quizá quiera pedirles a los pacientes que repasen el ejercicio "*a cámara lenta*", observando cada detalle sobre lo que pensaban, sentían y hacían.
- ▶ Intercambie opiniones. En cada tema se ofrecen ideas para generar un debate.
- ▶ Grabe un video. Prepare un video o audio para que los pacientes utilicen cuando no estén en sesión para, literalmente, "*cambiar de tema*". Algunos temas lo recomiendan específicamente (p.ej., Compasión), pero se puede hacer en cualquier sesión, simplemente grabando sugerencias y consejos útiles relacionados con el tema.
- ▶ Procese obstáculos. Pídale a los pacientes que traten de anticipar qué podría ocurrir si trataran de implementar una nueva estrategia. Por ejem-

plo, en establecer límites en las relaciones, podría preguntarles: "*¿Qué podría decir tu amigo si le dices que no quieres consumir ese día?*", o "*¿Qué es lo que más temes si le dices 'no'?*"

- ▶ Revise los puntos cruciales. Pídales a los pacientes que resuman los puntos principales de la sesión y que luego usen esta información como punto de partida para dedicarse a esa estrategia.
- ▶ Mencione siempre el abuso de sustancias en cada sesión. Aun si usted decide profundizar en algún otro asunto (p.ej., necesidad del paciente de encontrar vivienda), es importante enseñarle al paciente que es necesario prestarles atención, seguir trabajando sobre su problemática de consumo.

04. EL FINAL DE LA SESIÓN / LA SALIDA

La etapa de cierre dentro de la sesión presenta también una estructura, donde lo fundamental es pedir al paciente que nombre una cosa que le haya resultado provechosa de la sesión; que genere un nuevo compromiso en torno a su recuperación, ya sea mediante una actividad específica que ha de realizar en la semana o una actitud o intención a mantener hasta el próximo encuentro. Es importante que en este momento de cierre no se discutan asuntos nuevos y que no haya intervenciones del terapeuta que vayan más allá de preguntar por la sesión y el compromiso de la semana.



05

FASES DEL GRUPO.

FASE INICIAL

Durante la fase de inicio se articula el propósito del grupo, se establecen las condiciones en las que se trabajará, se presentan a los miembros y comienza el trabajo grupal. Esta fase puede durar desde 10 minutos a varios meses. En un grupo rotativo, esta presentación sucederá cada vez que un nuevo miembro se una al grupo. Se realizan cinco actividades en la fase de inicio:

- ▶ Presentaciones: es importante para el terapeuta a fin de conectarse con cada miembro. Todos los miembros deberían dar sus nombres y decir algo sobre ellos mismos. El coordinador puede construir puentes entre miembros antiguos y nuevos animando a los primeros a ayudar a los novatos a unirse.
- ▶ Revisión del acuerdo grupal. Los miembros del grupo deben revisar y discutir el acuerdo grupal. El líder debe preguntar a los miembros si tienen sugerencias que podrían agregar para mantener el espacio grupal como un lugar seguro. El acuerdo debe revisarse periódicamente durante el curso del tratamiento.
- ▶ Proporcionar un entorno seguro y cohesivo. Todos los miembros deben sentir que tienen un rol en el grupo y que sin embargo mantienen algo en común. Esta cohesión redonda en la productividad del trabajo a lo largo del proceso terapéutico.
- ▶ Establecimiento de normas. El líder del grupo es responsable de garantizar que las normas están firmemente establecidas. El líder modela las normas a través de sus respuestas a eventualidades en el grupo, actuando de la manera que se espera que los participantes aprendan a hacerlo.
- ▶ Inicio de trabajo en grupo. El líder facilita el trabajo en grupo al proporcionar información o fomentar intercambios honestos y respetuosos entre los miembros. Los líderes se esfuerzan por mantener al grupo enfocado en el aquí y ahora.

Por lo general, las personas con problemas de consumo no ingresan al tratamiento por sí solos. Algunos comienzan el proceso terapéutico debido a problemas de salud; otros porque han sido referidos o enviados por la justicia penal, empleadores o familiares. Los miembros del grupo comúnmente están lidiando con emociones intensas como la culpa, la vergüenza, la depresión y la ira por el hecho de ingresar al tratamiento. En consecuencia, el coordinador enfrenta el desafío de tratar con pacientes resistentes. El énfasis se pondrá entonces en motivar a los pacientes para el cambio.

Los pacientes generalmente vienen a la primera sesión ansiosos y aprensivos, estas sensaciones suelen intensificarse por la certeza de que revelarán información personal y secretos sobre ellos mismos. El líder comienza haciendo hincapié en que los pacientes tienen algunas cosas en común. Durante la fase inicial, el coordinador involucra activamente a los pacientes en el proceso de tratamiento; éstos responden mejor a un estilo espontáneo y comprometido. El líder no debe ser demasiado carismático y debe ser una presencia lo sufi-

cientemente fuerte como para satisfacer las necesidades de dependencia de los pacientes durante la etapa temprana del tratamiento. Durante el tratamiento temprano, el trabajo se enfoca en 3 preocupaciones primarias inmediatas:

- Lograr la abstinencia
- Prevenir la recaída
- Aprender formas alternativas de manejar el craving

TEMAS PARA LA FASE INICIAL DE ACUERDO A OBJETIVOS

PRESENTACIÓN DE LOS MIEMBROS ENTRE SÍ

Punto de partida

Síntesis de la dinámica: mediante una ficha, en la que hay unas sencillas preguntas, ayudamos a cada uno de los miembros a presentarse mínimamente, darse a conocer, buscar entre sí puntos que puedan tener en común con el otro y a expresar las expectativas para con el grupo. Esto permite además orientar temáticas futuras de acuerdo a los intereses y perfil de los participantes.

Desarrollo: Repartir las fichas impresas, dar un tiempo de 15 minutos aproximadamente para que cada miembro la complete, luego se hará la puesta en común, y el acuerdo grupal respecto a temas para priorizar en sesiones futuras.

Una virtud _____

Un defecto _____

Una habilidad _____

Una limitación _____

Que le das al grupo _____

Que recibís del grupo _____

ESTABLECIMIENTO DEL ACUERDO GRUPAL

Las reglas del grupo

Síntesis: Un acuerdo grupal establece las expectativas que sus miembros tienen entre sí, como así también las del líder y las del grupo en su conjunto. Muchos coordinadores requieren que los miembros que ingresan al grupo se comprometan a permanecer en él por un período establecido. El acuerdo grupal está destinado a inspirar a los pacientes a aceptar las reglas básicas y las premisas del grupo, y aumentar su determinación y capacidad para tener éxito.

Un acuerdo grupal debe incluir al menos 7 elementos.

- ▶ **Motivos de exclusión explícitos.** Los términos bajo los cuales un miembro será expulsado o sancionado deben hacerse explícitos en el acuerdo inicial, para que de ese modo la eventual sanción o exclusión no sea una sorpresa que atente contra la continuidad del tratamiento.
- ▶ **Confidencialidad.** A los miembros del grupo se les debe pedir que no hablen fuera del grupo nada de lo que sucede dentro, especialmente aquello que pudiera revelar la identidad de otros miembros. El coordinador debe enfatizar que este aspecto es crítico y debe alentar a los miembros a cumplir su promesa de confidencialidad.

- ▶ **Contacto físico.** La gente tiene diferente historias personales y antecedentes culturales que conducen a distintas interpretaciones de lo que está permitido o no en cuanto al contacto físico. En consecuencia, el líder debería evaluar cuidadosamente cualquier circunstancia en la que se produzca, incluso cuando se pretende que sea positivo. Los acuerdos grupales siempre deberían incluir una cláusula que prohíbe la violencia.
- ▶ **Uso de sustancias que alteran el estado de ánimo.** Algunos programas tienen políticas que demandan la expulsión de miembros que usan drogas de abuso. Los terapeutas están obligados a reportar estas violaciones. Parte de la preparación del paciente y la orientación es explicar todas las disposiciones legales y consecuencias por incumplimiento de esta pauta de tratamiento.
- ▶ **Contacto fuera del grupo.** En algunos casos se sugiere, informa y recuerda a los miembros del grupo que establecer relaciones íntimas con otros miembros es desaconsejable para la recuperación temprana. Cualquier contacto fuera del grupo debe discutirse abiertamente en sesión.
- ▶ **Participación.** El acuerdo debe especificar qué se espera que los miembros compartan dentro del grupo. Los miembros deben estar dispuestos a discutir aquellos problemas que los llevaron a comenzar el tratamiento. No se debe presionar a un paciente a compartir información personal hasta que se sienta lo suficientemente seguro como para hacerlo.
- ▶ **Finalización.** Los acuerdos grupales deben especificar cómo los miembros del grupo manejan la finalización, porque algunos participantes a menudo tienen la tentación de irse prematuramente. Si bien el acuerdo debe enfatizar la necesidad de involucrar al grupo en las decisiones de finalización, los miembros deciden por sí mismos cuándo es momento de discontinuar el tratamiento.
- ▶ **Desarrollo.** Pueden hacer estos acuerdos grupales en conjunto con los miembros del grupo en un afiche, motivando la participación y sin dejar de lado esos 7 puntos. Dárselas por escritos y firmarlas

PROPORCIONAR UN ENTORNO SEGURO Y COHESIVO

El círculo

- ▶ **Síntesis de la dinámica:** el objetivo de la actividad es trabajar la confianza entre los miembros del grupo a través del contacto físico.
- ▶ **Desarrollo:** formar un grupo de 5-7 personas muy pegadas entre sí, de modo tal que no quede espacio entre ellos; a excepción de uno que permanecerá en el centro y se dejará sostener por los brazos de sus compañeros quienes con leves empujoncitos impedirán que éste caiga. Después de unos minutos pasar al siguiente participante, hasta que todos hayan atravesado por la experiencia. Es importante que, al inicio de la actividad, el coordinador sugiera a los miembros que presten atención a lo que van experimentando (pensamientos, sensaciones y emociones) mientras realizan la actividad. Finalmente compartir de manera grupal la vivencia de cada uno, preguntar sobre la experiencia que sintió cada uno en los distintos roles, haciendo hincapié siempre en la importancia de mantener las normas del acuerdo grupal que hacen a la confianza dentro del grupo.

El ciego y el guía

- ▶ **Síntesis de la dinámica:** el objetivo de la actividad es generar confianza y cercanía entre los miembros, como así también, la posibilidad de ponerse en la piel de una persona que necesita ayuda y percibir la realidad de una manera diferente.
- ▶ **Desarrollo:** Se formarán parejas donde uno hará de ciego, con los ojos vendados, mientras que otro será su guía. Este último se colocará detrás del compañero ciego y, a través de indicaciones verbales, orientará a su pareja en el recorrido que incluirá algunos obstáculos. Una vez que alcancen la meta, cambiarán los roles. Una vez que terminen la experiencia compartirán lo vivido remarcando las dificultades de no poder ver y cómo la ayuda resolvió esas dificultades. Se recomienda preguntar cómo se sintieron al tener que confiar en otra persona, si fue fácil o difícil y por qué. (Importante disponer de pañuelos para vendar los ojos)

El pulpo

- ▶ **Síntesis de la dinámica:** el objetivo es trabajar la confianza y favorecer la distensión entre los miembros.
- ▶ **Desarrollo:** se dividen en grupos de 5 - 7 personas, formando un círculo. Dentro del círculo se ubicará un miembro y los que forman el círculo le pondrán un dedo cada uno en la cabeza. El participante del medio es la cabeza del pulpo y el resto son los tentáculos: quienes tendrán los ojos cerrados y se guiarán por la cabeza. Cuando los coordinadores lo digan cambian de posición. Al final hacer una puesta en común de la experiencia.

Sintiendo la música

- ▶ **Síntesis:** el objetivo es promover la comunicación no verbal entre los miembros y la autopercepción del propio cuerpo en pacientes que puedan tener dificultades en la comunicación verbal o que utilicen otros medios para comunicarse.
- ▶ **Desarrollo:** los miembros del grupo oirán canciones y deben dejarse llevar por lo que las mismas les inspiran, prestando atención tanto a lo que registren en su cuerpo, o a nivel de pensamientos y emociones, como así también a lo que perciben de no verbal en el otro. La música puede ser elegida por el coordinador o por cada participante. Es importante que se mantenga de manera estricta un ambiente de respeto ante las expresiones de los demás miembros.

El teléfono descompuesto

- ▶ **Síntesis:** el objetivo de la dinámica es trabajar la comunicación verbal, principalmente la capacidad de escuchar de manera atenta, y de pensar antes respecto a lo que queremos transmitir en un mensaje.
- ▶ **Desarrollo:** sentar a los participantes en círculo, el primero deberá pensar un mensaje que luego transmitirá a su compañero de la derecha en secreto sin que los otros oigan. Así sucesivamente hasta completar la ronda con el mismo mensaje. Se comparará el original con el aquel que llega al finalizar la ronda. Es importante al momento de la discusión grupal subrayar la importancia de ser cautos a la hora de transmitir un mensaje ya que es fácil y frecuente la posibilidad de distorsionar y cam-

biar así un fragmento de la realidad; como así también la precaución de no creer todo lo que se escucha, manteniéndose crítico a la información que uno reciba.

INICIO DEL TRABAJO EN GRUPO

¿Qué es el abuso de sustancias?

- ▶ **Síntesis:** si tiene pacientes que no reconocen que tienen un problema con las sustancias, podría emplear una sesión entera para trabajar este aspecto, y guiar a los pacientes para que autoevalúen honestamente si tienen un uso de sustancias problemático, empleando para ello los criterios del DSM-IV.
- ▶ **Desarrollo:** Presentar en una hoja suelta para cada paciente, en un afiche, power point o de manera verbal los criterios del DSM IV para el abuso y la adicción a sustancias, mientras pide a los pacientes que marquen con una cruz, o bien comenten de manera abierta y honesta, en qué áreas de las mencionadas las sustancias les han traído problemas. Para esta actividad algunas preguntas claves pueden ser: ♦ Estos días, ¿puedes describir de qué manera controlan tu vida las sustancias? ♦ ¿Qué áreas de tu vida sufren los efectos del uso de sustancias en la actualidad? (¿Relaciones? ¿Trabajo? ¿Salud física? ¿Tiempo libre? ¿Desarrollo personal?) ♦ ¿Cómo piensas que sería tu vida si dejaras las sustancias?

Elige una manera de dejar las sustancias

- ▶ **Síntesis:** existen distintas formas de emprender el proceso que implica abandonar el consumo; la idea de esta actividad es presentar estos diferentes métodos y discutir la posibilidad de cada paciente para comprometerse en alguno de ellos.
- ▶ **Desarrollo:** Uno de los modelos es el que propone dejarlas todas a la vez. Este es el modelo de abstinencia desarrollado en Alcohólicos Anónimos; se conoce también como parar "*en seco*". A algunas personas les da resultado. Empezar puede ser más difícil, pero puede ser más fácil cumplirlo. Una posibilidad es probar esto pero como un experimento, por un plazo de determinado, por ejemplo, "*te propongo dejar x sustancia sólo durante una semana para ver cómo te sientes*"; luego, se reevalúa en la terapia. Otro modelo es el que propone dejarlas gradualmente, se conoce como "*reducción de daños*". Progresar, aun lentamente, es mejor que quedarse en el mismo punto. "*Si usas todos los días, puedes comenzar usando un día sí y otro no. Si estás usando cocaína y marihuana, puedes dejar la cocaína y seguir usando marihuana*". Eventualmente, los pacientes pueden prescindir por completo de las sustancias una vez que logran estos éxitos más modestos.

Pueden sumar un acuerdo por escrito.

Extraído de En busca de la seguridad, de Lisa M. Najavits (2002). Derechos de autor: The Guilford Press.

Escalando la montaña de la recuperación

- ▶ **Síntesis:** Esta actividad está planteada para trabajar los recursos con los que los pacientes cuentan y los que necesitarán para comenzar un proceso de recuperación. En este caso, se ha elegido la metáfora de una montaña, pero puede ser a cualquier destino que se elija. Es también

útil para trabajar los obstáculos y amenazas con las que se encontrarán en el camino, el modo de evitarlas o permanecer en las situaciones sin empeorarlas.

- ▶ **Desarrollo:** Hacer una lista de qué cosas se necesitan preparar para subir la montaña y cuáles se requieren para comenzar el proceso de recuperación; tal como tirar objetos de consumo, avisar a otras personas de confianza lo que vamos a hacer y pedirles ayuda para conseguirlo (p. ej., no usando sustancias en tu presencia, no ofreciéndote sustancias nunca). Una lista con los obstáculos que podrían encontrar en la montaña y cuáles en el camino de la recuperación, tales como tormentas emocionales, situaciones específicas de oferta, etc. Preparar una lista de medidas de seguridad. ¡Para sobrevivir en esta montaña son tan vitales como la comida! También una lista de razones por las que no usar sustancias, y una lista de premios por cada día que el paciente pase sin consumir. Finalmente pueden imaginar qué esperan ver desde la cumbre de esa montaña, cómo se imaginan que será la vista desde ahí, qué cambios ven en sus vidas, cómo se ven desde allí.

Extraído de En busca de la seguridad, de Lisa M. Najavits (2002). Derechos de autor: The Guilford Press.

Falta de entusiasmo

- ▶ **Síntesis:** Para los pacientes que les asusta la posibilidad de prescindir de las sustancias (¡casi todos los pacientes!), las actividades planteadas en “Escalando la montaña de la recuperación” y “Recuperación y Falta de entusiasmo”, pueden ser útiles para validar las emociones y las dificultades reales que surjan.
- ▶ **Desarrollo:** * ¿Qué opinas? Haz un círculo en torno a "cierto" o "falso",
 1. Para dejar las sustancias, es mejor esperar a que te sientas motivado. Cierto Falso
 2. La mayoría de la gente tiene sentimientos encontrados sobre dejar de usar sustancias/abstinencia. Cierto Falso
 3. Te ocurre algo extraño si todavía quieres usar sustancias. Cierto Falso
 4. Las personas que se recuperan están completamente seguras de que quieren dejar las sustancias. Cierto Falso

Respuestas a las preguntas: F, V, F, F

Extraído de En busca de la seguridad, de Lisa M. Najavits (2002). Derechos de autor: The Guilford Press.

Autocomprensión

- ▶ **Síntesis:** Para investigar qué factores en la vida de la persona intervienen en el momento de la elección del consumo. Se proponen para ello varios puntos con los cuales investigar y hablar sobre una situación específica, permitiéndole al paciente pensar de manera abierta y honesta por qué o para qué ha usado una sustancia en un momento determinado. (Enfatizando que siempre existe la posibilidad de elegir, y que no es un accidente).
- ▶ **Desarrollo:** Repasar la escena en cámara lenta. Como si observaras una película en cámara lenta, describe todo lo que te llevo a usar, y trata de entender lo que te motivó a consumir, y sé realmente honesto contigo



mismo: ¿Con quién estabas? ¿Dónde estabas? ¿Qué sucedió ese día? ¿Qué sentías y pensabas? ¿A qué hora fue? ¿Cómo intentaste hacerle frente? ¿Qué diálogo mantuviste, contigo mismo o con otros?

Posteriormente se propone imaginar una forma mejor de hacer frente la próxima vez. Vuelve a pasar la película en cámara lenta, pero esta vez con un final mejor. De nuevo, ni vergüenza ni culpa; sólo identifica cómo puedes tratarte a ti mismo mejor la próxima vez.

Extraído de En busca de la seguridad, de Lisa M. Najavits (2002). Derechos de autor: The Guilford Press

Fase intermedia

Las funciones cognitivas de los pacientes generalmente vuelven a trabajar en términos normales en la etapa intermedia de tratamiento. El desempeño de una persona adicta a la cocaína, por ejemplo, es dramáticamente diferente después de 4 meses de haber suspendido el consumo. Aun así, los pacientes pueden recordar de manera selectiva los beneficios o el placer generado por la sustancia y omitir lo mal que estaban en otras áreas de sus vidas y la gravedad de las consecuencias que los llevaron a iniciar el tratamiento. La posibilidad de recaer sigue siendo una preocupación.

En la etapa intermedia de tratamiento, a medida que el cliente experimenta cierta estabilidad, los factores terapéuticos de autoconocimiento y altruismo pueden utilizarse como herramientas. La universalidad, la identificación, la cohesión y la esperanza siguen siendo importantes.

A medida que se fortalecen las capacidades mentales, físicas y emocionales del paciente en recuperación, las emociones de ira, tristeza, terror y dolor pueden expresarse más apropiadamente.

Los pacientes necesitan usar el grupo como un medio para explorar sus emociones y su mundo interpersonal. Aprenden a diferenciar, identificar, nombrar, tolerar y comunicar sentimientos.

Las intervenciones cognitivo-conductuales pueden proporcionar a los pacientes herramientas específicas para ayudar a modular los sentimientos y para tener más confianza en sí mismos a la hora de expresarlas y explorarlas. Son útiles en esta etapa intermedia las relaciones auténticas dentro de los miembros del grupo ya que permiten a los pacientes experimentar e integrar una amplia gama de emociones en un ambiente seguro.

Al señalar las contradicciones en las declaraciones y en las interpretaciones que los pacientes hacen de la realidad, los líderes deben asegurarse de que las confrontaciones sean oportunas, específicas, e indiscutiblemente ciertas. Otra forma de entender la confrontación es verla más como un resultado que un estilo. Desde este punto de vista, el líder ayuda a los miembros del grupo a ver cómo su uso continuo de drogas o alcohol interfiere con aquello que es importante para ellos en sus vidas. En la etapa intermedia, el líder ayuda a los pacientes a unirse a una cultura de recuperación en la que crecen y aprenden.

La tarea del líder es involucrar activamente a los miembros en el tratamiento y en su proceso de recuperación. Para evitar recaídas, los pacientes deben aprender a notar sus pensamientos y sentimientos, prestando atención a las señales internas.

El coordinador puede apoyar el proceso de cambio llamando la atención sobre aquellos logros nuevos y positivos; y potenciando la posibilidad de nuevos vínculos y nuevas fuentes de satisfacción. El coordinador ayuda a las personas a

evaluar el grado de estructura y conexión que necesitan a medida que la recuperación progresa.

Las actividades que se realizarán en esta etapa se relacionan con:

- ▷ Aprender a notar, nombrar, diferenciar y expresar emociones y sentimientos.
- ▷ Ayudar que puedan observar cómo el consumo de drogas obstaculiza acercarse a aquello que es importante para ellos.
- ▷ Practicar y reforzar estrategias alternativas al consumo para resolver problemas.

APRENDER A NOTAR, NOMBRAR, DIFERENCIAR Y EXPRESAR EMOCIONES Y SENTIMIENTOS

Reconociendo las emociones

- ▶ **Síntesis:** el objetivo de esta dinámica es guiar a los participantes para reconocer sus emociones y anticiparse a los impulsos de las mismas
- ▶ **Desarrollo:** comenzamos hablando acerca de las emociones (idealmente ya en encuentros previos adquirieron psicoeducación de las emociones). Preguntas como: ¿cuáles son las emociones que tienen como menos agradables? ¿algunas se manifiestan como invasivas?, etc. Pueden ayudarles a introducir el tema. Posteriormente se presenta la guía “Manejando las emociones extremas” y por último se entrega la ficha de tareas para completar en la semana.

Manejando las emociones extremas

“Cuando la activación emocional es muy alta tan extrema que tus habilidades se quiebran”

PASO 1: observa y describí cuando estés en el punto del quiebre de tus habilidades.

Este es el punto donde el malestar es extremo y donde no podés focalizar tu mente en ninguna otra cosa más que en la emoción en sí, tampoco podés resolver el problema.

En una escala del 1 al 100 (donde 1 es lo más bajo y 100 es lo más alto a lo que se puede llegar); marca el número donde tu activación emocional y tu malestar son tan altos que no podés usar tus habilidades.

(escribí un número) _____

Verifica los hechos ¿realmente te derrumbas a ese nivel de malestar?

Si no es así, táchalo y pon un nuevo número.

Este es el punto de quiebre de tus habilidades.

PASO 2: avanza hacia las estrategias para sobrevivir a las crisis, para disminuir tu activación:

Cambia la química de tu cuerpo.

Cambia la temperatura corporal con agua fría

Hace ejercicio intenso 20 minutos

Relaja los músculos de tu cuerpo uno por uno



Distráete de los eventos emocionales

Cambia la atención de aquello que te genera malestar.

Focalizá tu mente en algo más.

Salí de la situación por un rato

Calmate encontrando cosas placenteras y tranquilizantes

Mediante tus cinco sentidos: mirá, escuchá, comé, tocá, olé.

Mejorá el momento en el que te encontrás.

Imaginá momentos diferentes.

Rezá. Encontrá cosas relajantes para hacer.

Aliéntate a vos mismo

Encontrá algún tipo de significado en el momento presente.

Focalizá tu mente en una sola cosa, en el presente.

PASO 3: regresá a la conciencia plena de tus emociones actuales.

PASO 4: intentá otras habilidades de regulación emocional si fuera necesario.

TAREA

Observa y describe tus emociones

Selecciona una reacción emocional actual o reciente y rellena la mayor parte de los espacios en blanco de la ficha. Si el evento desencadenante de la emoción en la que estás trabajando es una emoción que ocurrió con anterioridad (por ejemplo, sentir miedo, lo cual condujo a estar enfadado contigo mismo), rellena una segunda hoja para esa primera emoción. Si necesitas más espacio, escribe en el dorso de esta página.

NOMBRE DE LA EMOCIÓN:

INTENSIDAD (0-100)

EVENTO DESENCADENANTE de mi emoción: (quién, qué, cuándo, dónde).
¿Qué puso en marcha esta emoción?

INTERPRETACIONES (creencias, supuestos, valoraciones) de la situación.

CAMBIOS CORPORALES Y SENSITIVOS: ¿Qué estoy sintiendo en mi cuerpo?

LENGUAJE CORPORAL: ¿Cuál es mi expresión facial? ¿Postura? ¿Gestos?

DEMANDA DE ACCIÓN: ¿Qué me apetece hacer? ¿Qué quiero decir?

¿Qué DIJE O HICE en esa situación? (Sé concreto.)

¿Qué EFECTO SECUNDARIO produce esta emoción en mí? (mi estado mental, otras emociones, conducta, pensamientos, recuerdos, cuerpo, etc.)

FUNCIÓN DE LA EMOCIÓN:

Fuente: Manual de formación de habilidades para el tratamiento del trastorno de personalidad límite, Marsha Linehan, 1993, The Guilford press.

AYUDAR QUE PUEDAN OBSERVAR CÓMO EL CONSUMO DE DROGAS OBSTACULIZA ACERCARSE A AQUELLO QUE ES IMPORTANTE PARA ELLOS

ABC del consumo

Síntesis: el objetivo de abordar este tema es permitir que los participantes puedan reconocer pensamientos, emociones y acontecimientos precedentes al consumo de sustancias y las consecuencias del mismo.

Desarrollo: posterior a la introducción del tema. Pueden realizar este esquema en una pizarra en común y cada participante en una hoja particular.

¿Qué siento? ¿Cuándo lo siento? ¿Qué lo origina? ¿Dónde lo siento? ¿Con quién lo siento? ¿Qué hago? ¿Cómo lo hago? ¿Dónde lo hago? ¿Con quién lo hago? ¿Que siento mientras lo hago? ¿Qué pasa luego? ¿Cómo me siento? ¿Cuánto dura? ¿Qué hago entonces?

A largo plazo, ¿Qué pasa? ¿Cómo me siento?

PRACTICAR Y REFORZAR ESTRATEGIAS ALTERNATIVAS AL CONSUMO PARA RESOLVER PROBLEMAS.

Afrontamiento del craving

Síntesis: el craving (o urgencia por consumir) es normal y bastante común en personas que han abandonado una sustancia. Es importante enfatizar en que no hay problemas con pensar en el consumo, en tanto no se actúe, ya que aprender de la situación de urgencia ayuda a no tener culpa. Es importante destacar siempre que la duración del momento del craving es de tiempo limitado, siendo factible de ser extinguida.

En esta sesión el objetivo será facilitar información sobre el craving e investigar de manera conjunta aquellas situaciones que comúnmente llevan a los miembros del grupo a sentir esta urgencia por consumir: recordar cómo era la vida antes; ciertas claves del ambiente (como un determinado lugar, unos determinados amigos, un momento del día o estado emocional); sentirse desconforme acerca de estar sobrio; evaluar el control; dudas personales, pensamientos negativos y excusar personales que llevan al consumo.

Desarrollo: Descripción del craving ¿Cómo es el craving para vos? Experiencia somática y/o cognitiva ¿Qué tan preocupado estás por el craving? ¿Cuánto dura el craving en vos? ¿Cómo intentas afrontarlo?

Identificación de disparadores. Realizar una lista de los más problemáticos recientemente. Entrenar el automonitoreo para que identifiquen claves más sutiles. Identificación de alternativas de afrontamiento al malestar. ¿Qué actividades alternativas a consumir puedo realizar?

Fecha/Situación	Pensamientos y sentimientos	Intensidad del Craving /duración del craving	Habilidades de afrontamiento



Role playing.

Síntesis Se trata de una dinámica para introducir nuevas habilidades en el manejo de sus relaciones sociales.

Desarrollo: Se presenta la dinámica y las normas. Se hace una lluvia de ideas sobre situaciones posibles a trabajar (reales). Se escoge una situación por consenso. Y se utiliza la “Guía para expresar lo que se desea” como alternativa para solucionar el problema.

El que inicialmente la ha propuesto toma el rol central. Elige los otros “actores de la situación”. Explica en profundidad la situación. Los actores se ponen en la piel y en el momento. El resto, incluidos los educadores hacen de observadores. (Fijarse en lo verbal, lo no verbal, lo situacional,...)

La interpretan en el centro tal y como ocurrió u ocurre normalmente.

Opcionalmente se puede grabar en video para luego “auto observarse” y obtener aprendizajes.

Los educadores detienen la interpretación en el momento cuando consideren que ya han surgido aspectos trabajables. (no más de 3-4 minutos)

Se recoge cómo se han sentido los actores.

Los observadores dan un feedback positivo (“esto ha estado bien pero deberías mejorar en ...”). Los educadores moldean también (dan pautas) y si es necesario modelan

(hacen ellos de actor central). Se repite la secuencia dos o tres veces.

Situaciones posibles para trabajar:

- ▷ Te enteras de que alguien del grupo ha hablado mal de vos.
- ▷ Alguien del grupo no te ha devuelto algo que le prestaste
- ▷ No hay acuerdo sobre qué hacer una tarde de sábado.
- ▷ Una bronca en la calle con un adulto.
- ▷ Alguien te hace una broma pesada.

Guía para expresar lo que se desea

Los puntos más importantes de las habilidades para la efectividad en la consecución de los objetivos son:

- ▷ Describir
- ▷ Expresar
- ▷ Comunicar
- ▷ Reforzar
- ▷ Mantener a posición
- ▷ Aparentar seguridad en uno mismo
- ▷ Negociar

Describir

Cuando sea necesario, describiremos brevemente la situación en la que estamos. Debemos atenernos a los hechos.

Expresar Expresar claramente nuestros sentimientos y opiniones acerca de la situación. Asumir que nuestros sentimientos y opiniones no son evidentes para todo el mundo. Explicar la lógica de lo que nos ocurre. Usar frases como «Quiero», «No quiero», en vez de «Necesito», «Deberías» o «No puedo».

Comunicar Pedir lo que queramos. Decir «no» con rotundidad. No esperar que la gente sepa qué queremos que haga si no se lo decimos. Asumir que los demás no nos pueden leer la mente. No esperar que los demás sepan que nos cuesta mucho pedir directamente lo que queremos.

Reforzar Reforzar positivamente con antelación explicando las CONSECUENCIAS. Mostrar a las personas los efectos positivos resultantes de obtener lo que deseamos o necesitamos. Si es necesario, les informaremos de los efectos negativos en caso de que no consigamos lo que necesitamos. Ayudar a esas personas a sentirse bien con antelación por hacer o aceptar lo que queremos. Recompensarles después.

Mantener la posición Tenemos que mantenernos centrados en nuestros objetivos. Mantener la posición y no distraerse con otro tema.

- a) «Batir el récord» Tenemos que seguir pidiendo, diciendo que «no» o expresando nuestras opiniones una y otra vez.
- b) Ignorar

Si otra persona nos ataca, amenaza o intenta cambiar de tema, simplemente ignoraremos la amenaza, sus comentarios negativos o sus intentos de distraernos. Es decir, mantendremos nuestro punto de vista.

Aparentar seguridad

Usaremos un tono de voz que exprese confianza apoyado por uno mismo El apropiado contacto visual. Nada de tartamudear, susurrar, mirar al suelo, retirarse, decir que no estamos seguros, etc.

Negociar

Estemos dispuestos a dar PARA RECIBIR. Ofrecer y pedir soluciones alternativas al problema. Reducir nuestro nivel de demanda. Mantener nuestra negativa, pero ofrecer algo a cambio o solucionar el problema de otra manera.

Volcar el problema sobre el interlocutor. Pedir soluciones alternativas: «¿Qué piensas que deberíamos hacer?». «No soy capaz de decir que sí y parece que tú es lo único que quieres.» «¿Qué podemos hacer aquí?» ¿Cómo podemos solucionar este problema?

Habilidades de rechazo para el consumo

Síntesis: Evaluar la disponibilidad y las acciones a seguir para reducir esta disponibilidad. Explorar las estrategias para romper contacto con proveedores. Entrenar y practicar habilidades de rechazo a ofrecimientos.

Desarrollo: se debaten de manera grupal los fundamentos y lineamientos de esta actividad y posteriormente se entregan y se completan los recursos.

Fundamentos

- La invitación o presiones para consumir por parte de otros consumidores es una de las situaciones de alto riesgo más comunes frente a la decisión de dejar de consumir.
- La oferta puede tener forma de evento casual o puede involucrar repetidas exhortaciones y hostigamiento.



- Ser capaz de rechazar una invitación requiere más que la decisión sincera de dejar de consumir.
- La práctica de rechazo ayudará a responder de forma rápida y eficiente.

Lineamientos

- Qué debes hacer frente a la oferta dependerá de quién está ofreciendo y cómo. A veces, un simple «no gracias» es suficiente.
- A veces aclarar a la otra persona de nuestro problema de consumo puede fortalecer una red de apoyo, pero no siempre es necesario hacerlo.
- Tienes derecho a no consumir. Defiéndelo:
 1. Rechaza el ofrecimiento de forma clara y sin voz titubeante. Haz contacto visual
 2. Luego de decir NO, cambia de tema
 3. Sugiere una alternativa
 4. Pide un cambio de comportamiento
 5. Evita usar excusas

Recurso para el manejo de la disponibilidad

Enumera las fuentes de provisión de la sustancia y qué vas a hacer para reducir la disponibilidad (por ejemplo las personas que normalmente pueden llegar a ofrecerte, lugares a los que puedes ir).

FUENTE Pasos a seguir para reducir la disponibilidad

Tips (sugerencias) para responder cuando te ofrecen droga/alcohol:

- ▷ Contesta primero que “no”
- ▷ Hace contacto visual
- ▷ Pedile a esa persona que no siga ofreciéndote
- ▷ No tengas miedo de poner límites
- ▷ No dejes la puerta abierta para invitaciones futuras (por ejemplo no digas “Hoy paso”)
- ▷ Recuerda la diferencia entre conducta asertiva, pasiva y agresiva.

Última fase

En la etapa de mantenimiento, los pacientes trabajan para mantener los logros de etapas previas, pero también aprenden a anticipar y evitar situaciones de recaída, es decir aprenden a identificar desencadenantes que desataron renovados usos de sustancias en el pasado. Para disuadir la recaída, se explora además sobre el estilo de vida que una vez promovió el consumo y se generan cambios.

Muchos pacientes, incluso aquellos que han alcanzado la última etapa del tratamiento, vuelven a consumir, y por lo tanto a una etapa anterior de cambio. Sin embargo lo hacen con nueva información. Pueden ahora ser capaces de descubrir y reconocer que algunos de los objetivos que establecieron fueron poco realistas, ciertas estrategias ineficaces, y los entornos considerados seguros no lo eran tanto en términos de favorecer una recuperación exitosa. Con una mayor comprensión de la dinámica de su abuso de sustancias, los pacien-

tes están mejor equipados para hacer otro intento de recuperación y finalmente tener éxito. A medida que el problema del uso de sustancias se desvanece, a menudo surgen conflictos subyacentes, como una pobre autoimagen, problemas relacionales, experiencias traumáticas. Cuando se resuelva el dolor internalizado del pasado, el paciente comenzará a comprender y experimentar la cooperación saludable, resolviendo conflictos sin la influencia desadaptativa del alcohol o las drogas. Si los conflictos subyacentes permanecen sin resolverse, sin embargo, los pacientes corren un mayor riesgo de sufrir otro tipo de comportamientos compulsivos, como hacer ejercicio, comer o gastar en exceso, juegos de azar, y actividad sexual excesiva, entre otros.

A medida que comienzan a manejar sus estados emocionales y procesos cognitivos de manera más efectiva, pueden enfrentar situaciones que involucran conflicto o alta activación emocional. Algunos pueden necesitar grupos que les permitan construir relaciones más saludables, comunicarse de manera más efectiva, mejorar su desempeño como padres o desarrollar habilidades laborales. A medida que los miembros se vuelven cada vez más estables, pueden comenzar a investigar más profundamente en el pasado relacional, el grupo puede ser entonces un espacio donde resolver situaciones pasadas difíciles y dolorosas.

El terapeuta juega un papel muy diferente en esta última fase de tratamiento que se enfoca en ayudar a los miembros del grupo a exponer y eliminar los déficits personales que ponen en peligro la recuperación. Poco a poco, el coordinador vira hacia intervenciones que llaman a los pacientes a observar su mundo interior, incluso en sus aspectos más dolorosos. Para ser resistente a las recaídas, los pacientes deben aprender a lidiar con el conflicto sin usar sustancias para escapar de la realidad, calmarse a sí mismos o regular las emociones. Las intervenciones de esta última etapa permiten intercambios más intensos. Por lo tanto, en esta fase, ya no se previene que los pacientes puedan sentir emociones intensas dentro del grupo. Los pacientes deben manejar los conflictos que dominan sus vidas, los predisponen a conductas desadaptativas y ponen en peligro la abstinencia ganada con tanto esfuerzo. El líder permite a los pacientes experimentar suficiente ansiedad y frustración para identificar patrones destructivos e inadaptados.

Al igual que en las etapas inicial e intermedia, el coordinador ayuda a los pacientes a mantenerse abstinentes y se asegura de que el grupo brinde suficiente apoyo y gratificación para prevenir el acting out y la finalización prematura.

Las tareas a llevar a cabo en esta etapa serían:

- ▷ Abordar preocupaciones pragmáticas, como mantener la abstinencia y cuestiones de la vida cotidiana.
- ▷ Reforzar los esfuerzos de los miembros para desarrollar y fortalecer su capacidad para gestionar pensamientos y emociones, y para mejorar habilidades interpersonales mientras se recuperan del abuso de sustancias.
- ▷ Mejorar la autoestima y la confianza en sí mismos. Los miembros del grupo y el coordinador proporcionan distintos tipos de apoyo, como ayudar a los miembros a evitar el aislamiento y encontrar algo positivo que decir sobre las contribuciones de otros miembros.
- ▷ Cerrar la experiencia: examinar el impacto del grupo en cada persona. Dar y recibir comentarios sobre la experiencia grupal y sobre el papel de cada miembro en él. Reconocer de los sentimientos provocados por el cierre. Completar cualquier cuestión terapéutica sin terminar. Explorar formas de continuar aprendiendo sobre los temas discutidos en el grupo.

TEMAS PARA LA FASE FINAL

Cerrar la experiencia

El dado

Síntesis: Posibilita analizar y evaluar la situación de un grupo en un momento determinado, tanto en sus aspectos positivos como negativos con el objetivo de mejorar las relaciones dentro y fuera de él.

Desarrollo: Cada jugador tira el dado y contesta la pregunta correspondiente. Preguntas a modo de ejemplo:

1. ¿Qué hace que el grupo se tambalee? ¿Hay algo que amenace su estabilidad?
2. ¿Nos comunicamos suficientemente en el grupo?
3. ¿Cómo solucionamos nuestros conflictos?
4. ¿Qué es lo que nos une como grupo?
5. ¿Sabemos pedir ayuda cuando estamos mal? ¿A quién recurrimos?
6. ¿Qué puedo aportar al grupo para una mejor relación?

Se anotan las respuestas en un afiche o pizarrón de manera que, al finalizar el juego, se hace una devolución al grupo acerca de cuál es su situación según las respuestas y el consenso que hay en el grupo. Esta actividad puede emplearse de manera individual para que cada uno analice su forma de relacionarse fuera del grupo.

Trayectorias personales y de grupo

Síntesis: Es una dinámica de toma de conciencia de los procesos personales y la confluencia en un grupo. Ayuda a tomar contacto con el pasado, el presente y proyectar el futuro, aprendiendo de lo vivido. Ayuda a entenderse mutuamente, empatizar y a valorizar el grupo.

Desarrollo: Se les da una caja cerrada con un papel (pergamino) en su interior. El papel tiene un comienzo escrito: “ÉRASE UNA VEZ UN/A CHICO/A LLAMADO/A...” Deben relatar a grandes rasgos sus eventos, etapas, momentos significativos, rupturas, hitos... en su historia de grupos de amigos y terminar la historia, el cuento, haciendo una proyección a futuro (3, 4 o 5 años). Con ello deben componer una especie de cuento en el que ellos son los protagonistas. Se darán por lo menos 45 minutos para relatarlo.

Después, cada uno compartirá el cuento, pudiendo guardarse para sí mismos fragmentos que no quiera compartir. No están obligados a leer todo el relato.

El grupo debe escuchar en completo silencio y en todo caso al finalizar dar un feedback empático (ha tenido que ser duro... Me ha parecido muy emocionante... lo que te he escuchado me ayuda a...). El modelaje de los educadores es muy importante. Una vez leído, pueden meterlo en la caja y cerrarlo como si se tratara de un tesoro, un cuento vivo sin finalizar.

Sociograma del grupo

Síntesis: El sociograma de grupo nos sirve para poder analizar las relaciones interpersonales, el grado de afinidad o distanciamiento con respecto a sus

miembros. Si además, una vez realizado el sociograma, tejemos una red de relaciones, también nos ayudará a ver qué tipo de relaciones se están dando y analizar las causas. Esta dinámica evidencia situaciones relacionales que se dan en el grupo pero que no siempre se explicitan, posibilitando los cambios en su funcionamiento.

Desarrollo: Cada participante hace un sencillo dibujo de sí mismo y escribe su nombre debajo o aporta una foto pequeña. Se reúnen todos los dibujos o fotos y se van pegando en un mural colgado de la pared. Cada participante coloca su foto o dibujo junto a unos u otros, a mayor o menor distancia en función de la relación que considera que tiene con los compañeros (conocimiento mutuo, afinidad, etc.) Es interesante hacer una puesta en común, escuchando cómo se siente cada uno en la posición inicial en la que se coloca y cómo se siente cuando alguien le cambia de lugar. También se puede ir tejiendo una red de las reacciones que existen entre los miembros, marcando los grosores según la intensidad de la relación y marcando la direccionalidad.

Abordar preocupaciones pragmáticas, como mantener la abstinencia y cuestiones de la vida cotidiana

Banderas rojas y banderas verdes

Síntesis: Permite a los pacientes identificar signos de peligro y seguridad para el abuso de sustancias, descubriendo en el proceso patrones típicos de reincidencia y crear un plan de seguridad.

Desarrollo: Pídale a los pacientes que piensen en conductas problema recientes para ayudarlos a estar en contacto con sus banderas rojas. Ejemplos de banderas rojas:

Aislamiento, no cuidarme el cuerpo (comida, sueño), peleas con personas, demasiado tiempo libre, comportamiento destructivo, sentirme atrapado, mentir, manifestar sentimientos negativos, cancelar las sesiones de tratamiento, dejar de tomar los medicamentos como indica la receta (o poco o demasiado), pasividad ("¿Para qué molestarme?"), cinismo/negativismo, pasar tiempo con personas que consumen, demasiada responsabilidad y estrés, pensar que las personas están tratando de hacerme parecer y sentir mal, ausentarse del trabajo o de la escuela, etc.

Asimismo, los ejemplos recientes en los que le hicieron frente al problema con éxito pueden ayudarlos a identificar las banderas verdes.

Personalice el plan de seguridad. Desarrolle el plan de seguridad que se acomode a las necesidades particulares de cada paciente.

Respetar tu tiempo

Síntesis: A los pacientes se les pide que investiguen cómo pasan el tiempo, para entender mejor cómo conciben ellos la recuperación. Cómo usan los pacientes el tiempo es una de las mejores indicaciones del valor que ellos conceden a su vida. Se guía a los pacientes para que traten de usar el tiempo de la mejor manera posible, también se tratan el equilibrio entre estructura/espontaneidad, trabajo/ocio y soledad /relaciones sociales.

Desarrollo: Se pide a los pacientes que completen una hoja tipo agenda con las actividades que recuerdan haber hecho las última semana. Si encuentran difícil recordarlo todo pueden intentarlo con los últimos dos días de la manera más completa posible.



Posteriormente se invita a debatir al grupo acerca del uso del tiempo en los últimos días. Pregúnteles a los pacientes qué pueden aprender sobre ellos mismos y su recuperación al mirar sus horarios. ¿Te parece bien la manera en la que pasaste el tiempo la semana pasada? ¿Notas algún patrón en la manera en la que usas el tiempo? ¿Le dedicas mucho tiempo a las actividades de recuperación? ¿Desaprovechas mucho tiempo? ¿Dejas las cosas para más tarde? ¿Te parece que tiran de ti en demasiadas direcciones? ¿Sientes que no tienes tiempo para ti mismo? ¿Qué relación tiene el abuso de sustancias con cómo usas el tiempo? ¿Qué relación tiene el uso del tiempo con el autorrespeto en tu caso? ¿Qué aprendiste sobre el tiempo cuando crecías? ¿Usas el tiempo para promover la recuperación? ¿Te das cuenta de que la manera en que pasas el tiempo se parece a cómo gastas dinero? Por ejemplo, ¿lo derrochas con demasiada facilidad? Estos patrones se dan en muchos casos ¿Qué obstáculos te impiden usar el tiempo de la mejor manera posible? Por ejemplo, ¿hay personas que te impiden usar el tiempo de una manera provechosa?

Extraído de En busca de la seguridad, de Lisa M. Najavits (2002). Derechos de autor: The Guilford Press

Nutrirse

Síntesis: El tema de hoy pretende inspirar a los pacientes para que aumenten las actividades placenteras, ya que éste es un aspecto central para esta población. Con frecuencia, hay una búsqueda impulsiva y excesiva de placer que, por último, resulta autodestructiva. El abuso de sustancias es el ejemplo más obvio, pero las áreas de coocurrencia pueden incluir atracones de comida, jugar a juegos de azar, gastar más de la cuenta, adicción sexual y otros problemas de control de los impulsos. Simultáneamente, hay a menudo una falta de placeres nutritivos, como pasatiempos, deportes o actividades al aire libre.

Desarrollo: en grupo, hacer una lista de actividades placenteras que nutran algún aspecto valioso de los pacientes, por ejemplo dar paseos, socializar con amigos seguros, leer, viajar, ver películas, hacer artesanías, pasatiempos de deportes, cuidar animales domésticos, participar de un club u organización, música, ejercicio, comer fuera, turismo local, hornear o cocinar, bailar, visitar museos, jugar a juegos, tomar una clase interesante, alistarse como voluntario, aprender una habilidad nueva, disfrutar del aire libre, escribir, servicios religiosos, meditación, computadoras, baños calientes, jugar con niños, ir a espectáculos (conciertos, teatro, conferencias, etc.). Tener cuidado con actividades que no sean nutritivas o que sean dañinas en exceso, como hacer compras o comer mucho.

Posteriormente se sugiere que los miembros del grupo generen un compromiso semanal para nutrirse con alguna actividad durante algún momento del día.

BIBLIOGRAFÍA

Azpeitia González P., Galaradi Ogallar O., Arguilea Azpiroz C. (s/f). 24 dinámicas grupales para trabajar con adolescentes. Recuperado de <http://www.gazteforum.net/pictures/dokumentazioa/dinamicas.pdf>

Emmett D. y Nice G. (2005) Understanding drug issues. Londres. Reino Unido. Editorial Jesica Kingsley Publishers.

Linehan M. (2014) DBT Skills Training Handouts and Worksheets. Nueva York, EE.UU. Guilford Press

Najavits, Lisa M. (2006) En busca de la seguridad: un manual para el tratamiento del TEPT y el abuso de sustancias. Nueva York, EE.UU. Guilford Press.

NIDA (2009). Principios de tratamientos para la drogadicción. Segunda Edición. National Institute of Drug Abuse. National Institute of Health and Human Services

Secretaría de Asistencia y Prevención de las Adicciones. (2017). Manual programa terapéutico CAS.

Substance Abuse and Mental Health Administration. (2012) Substance Abuse Treatment: Group Therapy Inservice Training. HHS Publication No. (SMA) SMA-11-4664. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

ANEXO I

EJERCICIOS DE ATENCIÓN PLENA

Pídale a los participantes que se sienten en una posición erguida y que empiecen llevando su atención a la respiración. A continuación puede elegir un ejercicio para realizar la guía:

1. ATENDIENDO A TU RESPIRACIÓN QUE ENTRA Y SALE, DEJANDO QUE TU ATENCIÓN SE POSE EN TU CENTRO:

- ▷ Inspirando completamente, nota y seguí las sensaciones del aire que entra.
- ▷ Deja que tu atención se pose en tu centro, en el fondo de la respiración.
- ▷ Dejando tu atención ahí, en tu centro exhala respirando normalmente, manteniendo la atención asentada en tu mente sabia.

2. EXPANDIENDO TU CONCIENCIA:

- ▷ Inspirando, focaliza tu atención en tu vientre o en tu centro.
- ▷ Exhalando, expandí tu atención al espacio en el que estás, manteniendo a la vez la atención en tu centro. Mantente en el momento presente.

3. DEJARSE CAER EN LAS PAUSAS ENTRE INHALACIÓN Y EXHALACIÓN:

- ▷ Inhalando nota la pausa al final de la inhalación (la parte alta de la inhalación)
- ▷ Al exhalar, nota la pausa después de la exhalación (parte baja de la respiración)
- ▷ En cada pausa, déjate caer en el espacio que surge en esa pausa.

4. UNA OSTRITA EN UN LAGO:

- ▷ Imagínate que estás a la orilla de un lago calmo en un hermoso día soleado. Luego imagínate que eres una pequeña ostra, plana y liviana. Imagínate que fuiste arrojada al lago y ahora gradualmente, lentamente, estás flotando a través del agua hasta el fondo del lago.
- ▷ Presta atención a lo que ves, lo que sentís al ir descendiendo lentamente en el agua, tal vez en círculos lentos, flotando hacia el fondo. Mientras alcanza el fondo del lago, posa tu atención en ese lugar dentro de vos mismo.
- ▷ Presta atención a la calma y serenidad del lago; toma conciencia de la calma y la profundidad interior.
- ▷ Mantente en el momento presente.

5. BAJANDO EN UNA ESCALERA EN ESPIRAL:

- ▷ Imagínate que dentro tuyo hay una escalera en espiral, que desciende hasta tu propio centro. Comenzando en la parte de arriba, baja lentamente la escalera, yendo cada vez más y más profundo adentro tuyo.
- ▷ Presta atención a las sensaciones. Podes descansar sentándote

6. OBSERVAR:

- ▷ Percibí lo que entra por tus sentidos- tus ojos, oídos, nariz, piel, lengua.
- ▷ Solo nota la experiencia. Observa sin quedarte atrapado en la experiencia. Experimenta sin reacción a esa experiencia.
- ▷ Controla la atención, pero no controles lo que ves. No quites nada de la experiencia y no te aferres a nada.
- ▷ Presta atención de una manera particular, intencionalmente al momento presente.
- ▷ Sé un sereno en la puerta del palacio, alerta a cada pensamiento, sensación e impulso que viene a través de la puerta de tu mente.
- ▷ Ten una mente de teflón, deja que las vivencias, sentimiento y pensamientos entren y salgan de tu mente sin ponerle trabas.
- ▷ Entra en vos mismo y observa. Mira tus pensamientos yendo y viniendo, como las nubes en el cielo. Date cuenta de que cada sentimiento, como suben y bajan, como las olas en el mar. Registra exactamente lo que estás haciendo.
- ▷ Honrá y respetá lo que observas. Después dejalo, soltalo.

7. NOTAR CON LOS SENTIDOS.

- ▷ Observá el gusto de tu boca, prestá atención al sabor. Y notá todas las sensaciones en esa zona.
- ▷ Observá los sonidos. Solamente escuchá la textura y la forma de los sonidos que te rodean. Escuchá los silencios entre los sonidos. Intentá inhalar los sonidos hacia adentro del cuerpo y dejalos fluir hacia afuera nuevamente con la exhalación. Imagínate que tu cuerpo es transparente a los sonidos, que se pueden mover dentro y fuera de tu cuerpo a través de los poros de tu piel.
- ▷ Observá los olores que te rodean. Inhalando nota los olores a tu alrededor. Acércate la mano a la nariz y notá su olor. Alejate y nota los olores nuevamente. ¿Persisten estos olores?
- ▷ Observá las sensaciones de tu cuerpo. Nota tus pies en contacto con el suelo. Notá el apoyo de cuerpo en la silla. Notá si hay sensaciones más fuerte y molestas.
- ▷ Observá las ganas de hacer algo. Notá si aparecen ganas de moverte, o hacer cualquier impulso a moverte. Escaneá tu cuerpo, ¿se encuentran en algún lado? Surfeá las ganas, imaginando que esas ganas son tablas de surf y vos estás parado en ella, montando las olas.



8. IMAGÍNA TE QUE TU MENTE ES...

- ▷ Una cinta transportadora y tus pensamientos y emociones están pasando por la cinta. Pon cada pensamiento y emoción en una caja etiquetada con el tipo de pensamientos (por ejemplo: pensamientos de preocupación, pensamientos sobre qué voy a decir). Solo mantente observando y clasificando en las cajas.
- ▷ Un río y los pensamientos y emociones son hojas pasando por el río. Imagina estar sentado en el pasto y verlos pasar. Sin estar involucrado en ellos, solo mirarlos pasar.

9. CONCIENCIA PLENA DE LAS EMOCIONES ACTUALES

- ▷ Experimentá tu emoción. Como una ola que viene y se va. Tomá distancia de la emoción y solo observala. No trates de bloquear o suprimir la emoción. No trates de sacártela de encima o empujarla afuera. No trates de mantener la emoción cerca. Tampoco te aferres a ella.
- ▷ Practica conciencia plena de las sensaciones corporales. Notá donde estás sintiendo en tu cuerpo. Experimentá sensaciones tan plenamente como puedas.
- ▷ Recordá: vos no sos tus emociones. No actúes necesariamente según tu emoción. Recordá momentos en donde te has sentido diferente.

ANEXO II

CITAS LITERARIAS

"No es nunca demasiado tarde para ser lo que podrías haber sido".

— George Eliot (escritora británica del siglo XIX)

"Aunque el mundo está lleno de sufrimiento, también está lleno de superación".

— Helen Kelier (escritora estadounidense del siglo XIX)

"No es tu culpa haber caído, pero levantarte es tu responsabilidad".

— Jesse Jackson (líder político estadounidense del siglo XX)

"Ningún sentimiento es final".

— Rainer Maria Rilke (poeta alemán del siglo XX)

"No reírse, no lamentarse, no juzgar, sino comprender".

— Baruch Spinoza (Filósofo holandés del siglo XVII)

"Y el problema es que, si no arriesgas nada, arriesgas aún más".

— Erica Jong (escritora estadounidense del siglo XX)

"No te pongas en una situación comprometida. Eres todo lo que tienes".

— Janis Joplin (cantante estadounidense del siglo XX)

"Tú, tanto como cualquier persona de cualquier rincón del universo, mereces amor y afecto".

— Buddha (filósofo indio del siglo V a. de C.)

"Tú, tanto como cualquier persona de cualquier rincón del universo, mereces amor y afecto".

— Buddha (filósofo indio del siglo V a. de C.)

"¿Cuáles son las palabras que aún no tienes? ¿Qué necesitas decir?. Hay tantos silencios por romper".

— Audre Lorde (escritora estadounidense del siglo XX)

"... presta atención a lo que está surgiendo en tu interior, y dale prioridad por encima de todo lo demás... Lo que ocurre en lo más profundo de tu ser merece todo tu amor; sea como sea, debes encontrar la manera de ocuparte de ello".

— Rainer María Rilke (poeta alemán del siglo XX)

"Vigila tus pensamientos; se convierten en tus palabras. Vigila tus palabras; se convierten en tus acciones. Vigila tus acciones; se convierten en tus hábitos. Vigila tus hábitos; se convierten en tu carácter. Vigila tu carácter; se convierte en tu destino". -

— Frank Outlaw (Escritor estadounidense del siglo XX)

RAAC

Red Asistencial
de las Adicciones
de Córdoba



PLAN PROVINCIAL DE
**PREVENCIÓN Y ASISTENCIA
DE LAS ADICCIONES**

Secretaría de
**PREVENCIÓN Y ASISTENCIA
DE LAS ADICCIONES**

Ministerio de
SALUD



GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE
CÓRDOBA



**ENTRE
TODOS**