

Máster en Drogodependencias y otras Adicciones
UNIVERSIDAD DE DEUSTO
INSTITUTO DEUSTO DE DROGODEPENDENCIAS

2010-2011

El Modelo Minnesota.

Un método de tratamiento para las adicciones.

DIRECTORA DE LA TESINA

AUTORA

Aurora Urbano Aljama

Begoña García Galarza

Universidad de Deusto. 2010-11

INDICE

I. Resumen	5
II. Introducción- Justificación y antecedentes.....	6
III. Marco Teórico- Trayectoria histórica.....	9
1. Supuestos básicos del Método Minnesota.....	11
1.1. Signos y síntomas del alcoholismo.....	11
1.2. El alcoholismo: Enfermedad.....	12
1.3. El enfermo no es culpable.....	12
1.4. El alcoholismo : enfermedad crónica y primaria.....	13
1.5. La Químico-dependencia.....	13
2. La Estructura del Programa de Tratamiento.....	13
3. Las Fases Básicas del Tratamiento.....	16
4. El Programa Familiar-La Figura del Coadicto.....	17
5. Cuidado Continuo.....	19
6. Asistencia Sanitaria.....	20
7. Criterios para la Selección de Terapeutas.....	20
8. Centros de Tratamiento para Adicciones.....	24
9. Los Doce Pasos.....	30
9.1. Los doce pasos sin Dios.....	31
9.2. Rasgos sectarios de Alcohólicos Anónimos.....	32
9.3. Posibles desacuerdos con A.A.....	37
10. Criterio Diagnóstico para la Dependencia de Sustancias.....	39
11. Fases en el Tratamiento de las Adicciones según el Método Minnesota.....	42
12. Evaluación Clínica del Uso de Sustancias Psicoactivas en el Método Minnesota.....	49

12.1. La entrevista diagnóstica.....	50
12.2. El tono psicológico de la entrevista.....	50
12.3. Cuestionario de evaluación para recomendar o no el tratamiento....	51
12.4. El diagnóstico.....	51
13. La Terapia de Grupo.....	52
13.1. Modelos de terapia de grupo.....	52
13.2. Teoría interaccional de Yalom.....	53
13.3. Factores Curativos.....	54
13.4. Impartir Información.....	55
13.5. Aspectos técnicos en la fase inicial del tratamiento.....	56
13.6. La preparación del paciente para el grupo.....	57
14. La Resistencia.....	58
15. Aspectos Éticos en el Trabajo Terapéutico.....	60
16. La Importancia de la Entrevista Motivacional en el Tratamiento.....	62
16.1. ¿Qué es la Entrevista Motivacional?.....	62
16.2. Principios de la Entrevista Motivacional.....	63
16.3. Tareas a realizar en la E.M.....	64
16.4. Fases de la E.M.: determinación-acción-mantenimiento.....	69
17. Conceptos Básicos para entender el Método	72
17.1. La Terapia Cognitivo-Conductual.....	72
17.2. Modelo Familiar Sistémico.....	74
17.3. Psicología Gestalt.....	75
18. Algunas variantes del Método Minnesota	77
IV. Parte Empírica.....	88

Trabajo de investigación: Encuesta sobre el Método Minnesota.....	88
1. Metodología.....	89
2. Resultados:.....	91
a. Recuento de Respuestas.....	91
b. Interpretación de los Datos Obtenidos.....	95
c. Conclusiones.....	106
V. Bibliografía.....	107
1. Páginas Web	107
2. Libros y Artículos.....	108
VI. Anexos.....	108
Anexo 1. La Encuesta.....	109
Anexo 2. Direcciones de los centros citados.....	113

I. RESUMEN

Se trata de presentar y argumentar la validez del modelo de tratamiento de Minnesota originado en los Estados Unidos en los años cincuenta. Sus planteamientos han servido para desarrollar programas de rehabilitación para alcoholismo y otras drogas en el mundo. En estos modelos se estructura la atmósfera terapéutica para ofrecer el apoyo profesional y la guía necesaria para alcanzar las metas de tratamiento. Es un enfoque integral y multidisciplinario, orientado hacia la abstinencia y basado en los principios de los Doce Pasos. Los principios de Alcohólicos Anónimos (AA) y Narcóticos Anónimos (NA) son fundamentales. El modelo aboga por el concepto enfermedad sin cura, pero con recuperación, siempre y cuando se adhiera a las propuestas del programa. Con el tratamiento se pretende alcanzar dos metas a largo plazo. La primera, la abstinencia del alcohol y/o otras drogas. La segunda, una vida de calidad con salud física y emocional. Para lograr las metas a largo plazo, se trabaja con las metas a corto plazo que son:

1. Ayudar al adicto y a su familia a reconocer la enfermedad y sus consecuencias en su vida.
2. Ayudar a la persona a admitir que necesita ayuda y convencerse que podrá vivir una vida constructiva con la realidad de una enfermedad que no tiene cura.
3. Ayudar a la persona a identificar cuáles son las conductas que tiene que cambiar para poder vivir con la enfermedad en una forma positiva y constructiva.
4. Ayudar a la persona a traducir su entendimiento en acción para desarrollar un estilo de vida diferente. El modelo Minnesota incluye un programa de Cuidado Continuo desarrollado y estructurado como red de apoyo para la persona en recuperación.

II. INTRODUCCIÓN-JUSTIFICACIÓN Y ANTECEDENTES

El interés por dar a conocer el Método Minnesota viene dado por la constatación del total desconocimiento del Método en el ámbito de los tratamientos de drogadicción utilizados en el País Vasco, cuando, sin embargo es usualmente empleado en numerosos países de todo el mundo desde mediados del pasado siglo y con plena vigencia en la actualidad.

Con el fin de darlo a conocer en este trabajo se acude a terapeutas, a directivos de algunos centros que lo utilizan, a documentación existente sobre el método en Internet, a bibliografía generada por los precursores y defensores del método y a pacientes usuarios.

El estudio se nutre de documentación proporcionada por profesionales que aplican el método actualmente en diversos centros de Cataluña, Madrid y Málaga. También se ha contado con la colaboración de terapeutas que han sugerido bibliografía y enlaces de interés. Por otra parte también se plantea a quienes conocen este tema diferentes cuestiones sobre este método de tratamiento integral para poder concluir sobre sus puntos positivos y negativos, si los tuviera, y así poder presentar el método dándolo a conocer como una alternativa a los utilizados y conocidos por los profesionales del sector.

El trabajo pretende explicar, e informar en base a la investigación y documentación y, sobre todo, aportar datos que ayuden en la lucha por encontrar soluciones a la particular angustia de quienes sufren la esclavitud de las drogas.

Justificación y Antecedentes

Las razones para dar a conocer este método se basan en la creencia y la constatación de la importante eficacia del mismo. Para empezar, por el carácter integral del tratamiento, que es algo que no existe en el entorno actual de investigación en drogadicciones. La falta de coordinación entre recursos de ayuda a la lucha contra la adicción, deshumaniza lo que debería de ser un trato individual y continuo y claramente personalizado. Esta carencia que se puede apreciar viene dada, más que nada por causas económicas que no permiten simultanear y conseguir sinergias entre recursos sino que acusan los trámites burocráticos con la consiguiente pérdida de tiempo y de oportunidades tan importantes para quien espera recibir un tratamiento para dejar las drogas.

Es un hecho comprobado que quienes tienen poder económico para acudir a un centro privado se benefician de los resultados positivos de su aplicación mientras muchos tienen que renunciar a ellos por falta de recursos suficientes.

La precariedad de los recursos sociales, primeros damnificados en las crisis económicas, hacen difícil la aplicación de un método como este pero sería bueno establecer como propuesta viable la unión y sincronización de estos recursos para acercarlos en la medida de lo posible al método Minnesota.

Con este propósito se procede a la descripción pormenorizada del mismo acompañada de testimonios personales y bibliográficos.

Se presentan a lo largo del trabajo diferentes aspectos clínicos de la atención terapéutica con pacientes adictos al consumo de sustancias. Se refiere al trabajo en clínicas de tratamiento especializadas, a las intervenciones psicoterapéuticas individuales y de grupo, al modelo de atención Minnesota, a los diferentes niveles terapéuticos y a aspectos éticos en el campo de las adicciones. Se explicará el Modelo Minnesota desde diferentes puntos de vista, seguido por los testimonios de quienes lo aplican y de un cuestionario realizado a pacientes rehabilitados a través

de un grupo de una red social de Internet. El objetivo es ofrecer una visión global desde el punto de vista de los usuarios del método, tanto de los profesionales que lo aplican como de los pacientes que lo reciben.

La razón fundamental de esta investigación se centra en la esperanza de que pueda llegar a aplicarse desde las instituciones públicas un método con una historia de buenos resultados en la lucha contra la enfermedad de la drogadicción.

III. MARCO TEÓRICO

Trayectoria histórica

Antes de la década de los cincuenta, sólo existía un período breve de desintoxicación médica y/o el ingreso a un hospital psiquiátrico como atención para la persona alcohólica. Además se carecía de recursos materiales, había pocos profesionales que querían trabajar y pocos estaban entrenados para ayudar a los alcohólicos.

El modelo de tratamiento surgió de la llamada "Experiencia Minnesota". Se trata de la aparición, entre 1948 y 1950 de tres centros pioneros del tratamiento del alcoholismo en el estado de Minnesota, USA: Pioneer House, Hazelden y Willmar State Hospital, que continúan con un trabajo clínico constante para desarrollar y revisar este modelo integral de atención al adicto.

La Fundación Hazelden se ha distinguido por la divulgación de investigaciones y observaciones del trabajo clínico, y por la enseñanza y la publicación de documentación relevante en el campo de las adicciones en habla inglesa e hispana. La "Experiencia Minnesota" partió de conceptos entonces nuevos y revolucionarios, creando una verdadera filosofía de intervención, radical, controvertida en aquella época y cuestionada en todos sus aspectos.

El modelo Minnesota de rehabilitación es intensivo, de corta duración, y se encuentra a la vanguardia en cuanto a los conocimientos actuales para tratamientos de todo tipo de enfermedades adictivas.

El modelo permite que el paciente no se desligue de su medio ambiente, así como también la pronta incorporación a sus actividades en un periodo de tiempo corto.

Estas características propias del modelo son de gran beneficio, tanto para la persona usuaria, como para su familia y la sociedad.

En la época en que el modelo se inicia, a pesar de no poder establecer una relación entre la adicción y alguna condición física o psiquiátrica, se planteó que debería haber congruencia entre considerar el alcoholismo una enfermedad y no responsabilizar a la persona de esta. La implicación, de que el enfermo no es culpable y su consecuencia terapéutica ha sido fundamental para el modelo Minnesota.

Para los precursores del Método, es fundamental trabajar primero con la adicción. Si no, se pierde la recuperación de trastornos psiquiátricos o la modificación lograda de problemas sociales y/o físicos. Y a la inversa, ayudar a alguien a aceptar y afrontar realista y honestamente la adicción y no ayudarle a manejar otros problemas vitales agobiantes, resultaría en un fracaso. Las consecuencias asociadas con la adicción se agruparon como multifacéticas, de índole físico, psicológico, social y espiritual.

El tratamiento es la intervención directa sobre el proceso primario. Esta fue la idea radicalmente nueva, sobre todo para los profesionales que aprendieron que la adicción siempre era un síntoma de alguna situación subyacente.

El Modelo focaliza en el crecimiento espiritual, la dignidad de la persona y aboga por el concepto de enfermedad sin cura, con un cuidado continuo en recuperación. Los objetivos que se proponen lograr son: recuperar al adicto reinsertarlo en la sociedad, en lugar de encerrarlos o ignorarlos; tratarlos con dignidad y ayudarlos a recuperarse física, mental y espiritualmente.

Para el modelo el concepto de enfermedad es defendible desde la lógica y útil a nivel terapéutico. La anatomía del adicto puede ser comparada con la de las otras enfermedades "legítimas". Además trata la químico-dependencia como una enfermedad porque esto tiene sentido clínico: defiende el tratamiento humanitario

para las personas adictas, mejora el acceso al tratamiento, y promueve la abstinencia. La químico-dependencia debe ser tratada como una enfermedad primaria. Primaria se refiere a la naturaleza de la adicción como entidad patológica separada de otros estados patofisiológicos que pueden estar asociados. Primaria se refiere a que la químico-dependencia no es un síntoma de otro proceso patológico subyacente.

El modelo pretende alcanzar dos metas a largo plazo, por un lado, la de la abstinencia total a las drogas y la segunda la de una mejor calidad de vida.

Para lograr las metas a largo plazo se trabaja con las metas a corto plazo que son, ayudar a la persona adicta y su familia a reconocer la enfermedad y las consecuencias que esta trae. Ayudar a la persona a admitir que está enferma y que necesita ayuda, y convencerse que podrá vivir una vida constructiva con la realidad de una enfermedad que no tiene cura. Ayudar a la persona a identificar cuáles son las conductas y/o defectos que tiene que modificar para tener una mejor calidad de vida.

1. SUPUESTOS BÁSICOS DEL MÉTODO MINNESOTA

1.1. Signos y Síntomas del alcoholismo

Es común la negación del alcoholismo entre los propios alcohólicos, los médicos, los amigos, y los familiares, por lo menos durante un período prolongado. Y esto es un problema en sí mismo. Para identificar el problema existen signos y síntomas casi idénticos, independientemente del origen demográfico, de la personalidad y de la heterogeneidad socio-cultural de las personas. Se pensó que había que unificar los criterios diagnósticos y se puntualizó que todos los alcohólicos beben con exceso, no importa la forma de beber, la periodicidad ni la clase social a la que pertenecen.

Además, a todas las personas el alcohol les hace daño y la mayoría continúa bebiendo durante años aunque su vida se complique y pierda calidad.

1.2. El alcoholismo: Enfermedad

En 1978, desde Minnesota se plantea la hipótesis de que el alcoholismo es una enfermedad y se traslada esta hipótesis al Congreso de los EE.UU. en la Reunión sobre Alcohol y Salud. Esta hipótesis venía avalada por los estudios que demostraron que la falta de control sobre la conducta de beber constituía en sí misma una patología.

1.3. El enfermo no es culpable

En tanto en cuanto el alcoholismo es una enfermedad, una persona alcohólica no puede ser culpable como no lo es de su enfermedad ningún enfermo. La enfatización de este concepto es fundamental para entender el Modelo Minnesota. Además se entiende que esta enfermedad tiene carácter multifacético por la complejidad de efectos patológicos que se dan en el alcoholismo y por extensión en cualquier adicción. Estos efectos pasan por problemas psiquiátricos, físicos, psicológicos y sociales e incluso se subrayan problemas de índole espiritual en los que se hace especial hincapié en los inicios de la puesta en marcha del tratamiento.

1.4. El alcoholismo: enfermedad crónica y primaria

Esta idea radicalmente nueva sitúa al tratamiento como la intervención directa sobre un proceso primario. Hasta entonces, el alcoholismo siempre había sido síntoma de alguna situación subyacente, no una enfermedad en sí.

La químico-dependencia

O dependencia de sustancias; según el DSM-IV (1995), fue un concepto crucial en el desarrollo del Modelo Minnesota. Desde un inicio, en el Willmar State Hospital se dio tratamientos tanto a alcohólicos como a adictos a narcóticos. Los centros recibían cada vez más pacientes con adicciones "duales". Sobre todo mujeres con dependencia al alcohol y medicamentos de prescripción. Según los creadores del Modelo, este sirve para todas clases de adictos en tanto en cuanto sufren la dependencia química.

2. LA ESTRUCTURA DEL PROGRAMA DE TRATAMIENTO

Hasta ese momento no existía un programa estructurado sino un procedimiento breve con protocolos de desintoxicación médica. Se desarrolló la idea de que el tratamiento debería tener un programa progresivo, igual que se consideraba al alcoholismo una enfermedad progresiva y crónica con distintas fases. Se decidió que el foco del modelo sería el cuidado y no la curación. La meta: ayudar al adicto a aprender a vivir con su condición crónica.

La filosofía básica del programa adoptó los conceptos del Programa de los Doce Pasos de Alcohólicos Anónimos (AA). La confianza en el valor de AA vino principalmente de una serie de visitas informales a miembros de la comunidad y a destacados líderes de AA en el Estado de Minnesota.

El grupo de profesionales no adictos quería conocer y aprender de los miembros de AA su manera de acceder al pensamiento y la personalidad del adicto. Esta facilidad de acceso venía dado por la propia experiencia de los profesionales ex-adictos que conocían por haber vivido en su cuerpo lo que sentían éstos y esto les dotaba de mayor capacidad de empatía.

Se pensó que para lograr las metas terapéuticas, lo mejor sería que los pacientes vivieran en un espacio clínico. Se decidió crear un ambiente estructurado con una serie de actividades organizada para los pacientes para propiciar cambios conductuales.

El tratamiento, se pensó que debería ser corto e intensivo para producir un cambio rápido. La meta sería, desarrollar estrategias para ayudar a cada adicto a modificar el estilo de vida adictivo.

El equipo en el que se pensó tenía que ser multidisciplinario. Se empezó con un grupo del equipo hospitalario psiquiátrico, se incluyeron médicos, trabajadores sociales, psicólogos, enfermeras, sacerdotes y algunos alcohólicos en recuperación. Estos últimos se integraron para actuar como "consejeros". Su tarea era acercarse y acompañar a los pacientes, comunicar la filosofía de AA y ser un modelo de recuperación a seguir por los pacientes.

La influencia de las estrategias de comunicación en los grupos y las juntas de AA fue clave en el desarrollo del programa. Los consejeros en recuperación sirvieron para llevar los grupos basados en tareas. Identificándose con los pacientes lograban obtener su confianza para que pudieran dar respuestas honestas. La meta de los encuentros de grupo era ayudar a resolver problemas personales relacionados con el alcoholismo. Se vio que en un ambiente de grupo, altamente estructurado y orientado hacia una tarea, pocos pacientes pueden evadir su problema primario por mucho tiempo.

Pronto se vio que algunos pacientes lograron ayudarse mutuamente. Informalmente, se forman pequeños grupos no estructurados, sin líder. Sorprendió el hecho de que personas enfermas pudieran ayudarse mutuamente en algunos aspectos, sin ayuda profesional.

El paciente se emancipaba de una relación tradicional pasiva-dependiente con el o la profesional. Tomaba un papel más activo y comprometido al ayudar a otras personas.

Sin la influencia de los consejeros de AA no se hubiera descubierto que cuando un grupo de compañeros de sufrimiento se junta en un ambiente estructurado para compartir sus problemas crónicos y comunes, se dan cambios positivos. Personas que no pueden ayudarse a sí mismas, a veces si pueden ayudarse mutuamente.

Otra de las influencias beneficiosas de AA fue aprender el procedimiento de sus reuniones en cuanto a sus aspectos didácticos. En los grupos de autoayuda los miembros viejos les enseñan a los nuevos. Se atienden y escuchan conferencias cortas y explicaciones sobre la comprensión y experiencia personal de los Doce Pasos y la enseñanza de A.A. Como resultado de este descubrimiento se desarrolló una serie de conferencias para los pacientes. De hecho, las conferencias se convirtieron en la columna vertebral del programa. Una de las razones de la efectividad de este enfoque didáctico podría tener que ver con el anonimato protector del aula de conferencias. En este ambiente, los pacientes pueden reconceptualizar su propia situación sin miedo a exponerse ante el resto de pacientes o el equipo profesional y, especialmente, sin miedo a tener que hacer revelaciones personales o vergonzosas ya que una de las normas es que lo que allí se dice no trascienda de ese espacio.

3. LAS FASES BÁSICAS DEL TRATAMIENTO

El tratamiento se puede resumir en términos de un proceso dinámico secuencial o como un programa sistemático de tres fases relacionadas:

Aceptar la impotencia ante las drogas:

La primera meta del tratamiento, una vez pasada la desintoxicación y el proceso de evaluación diagnóstica, es ayudar al paciente a admitir y aceptar que es impotente ante el alcohol u otras drogas que alteren su estado de ánimo. En esta fase se le ayuda a aceptar el hecho de que su vida se ha vuelto incontrolable a causa de la adicción.

Es el primero de los Doce Pasos de la filosofía de AA y es un intento de romper con la negación.

Reconocer la necesidad de cambio:

Ahora se ayuda al paciente a reconocer que es vital cambiar su conducta para su supervivencia. Hay que transmitirle que él tiene la capacidad para hacer cambios. Otro aspecto importante es ayudar al paciente a ver que la estructura del programa, la rutina básica para llevarla a cabo, es el vehículo para, posteriormente, lograr sus cambios. El período de internamiento es de tratamiento, la recuperación se logrará después, poniendo en práctica lo que se aprendió en el programa. Se introduce al paciente en el grupo de autoayuda, AA o NA, como una herramienta esencial para poder realizar el trabajo de su recuperación.

Planear para actuar: La tercera meta del tratamiento es ayudar al paciente a actuar, tomar decisiones y cambiar las conductas que necesita cambiar. La meta es apoyar al paciente a empezar a visualizar que necesitará y podrá realizar cambios en su estilo de vida.

4. EL PROGRAMA FAMILIAR-LA FIGURA DEL COADICTO

Se estructura como una experiencia educativa y vivencial. La familia recibe la misma información que el paciente, además se le ayuda a prepararse para cuando el familiar regrese; cómo lograr que su vida no gire alrededor del adicto y cómo desprenderse de la droga y no de la persona. Otro objetivo es ayudar a que la familia deje que el adicto resuelva sus problemas y los demás empiecen a vivir su propia vida. El programa familiar es de corta duración y se puede dar dentro o fuera del centro de tratamiento. Hay conferencias didácticas, sesiones de terapia de grupo donde los participantes comparten sus experiencias con otros familiares. Se fomenta que la familia acuda a los grupos de autoayuda. De gran importancia en este apartado es la consideración de la aparición de la figura del **co-adicto**, es decir, la de una persona que de algún modo, ya sea desde lo familiar o desde lo social, se ve involucrada emocionalmente en la adicción a una sustancia tóxica de la que es víctima un ser querido. El término codependencia es el que más se ha usado para describir a aquellas personas que se ven afectadas de manera significativa, sea en el presente o en el pasado, por su relación con una persona alcohólica o farmacodependiente, o por haber vivido un ambiente familiar altamente estresante por causa de la adicción o de alguna enfermedad crónica, física o mental. En 1979 da inicio el uso de este término, debido a la influencia de ciertos autores y textos que trataban de enfocar no sólo al adicto, sino también a su pareja en el conflicto familiar.

El término de codependencia dio la pauta para poder observar al cónyuge o pareja, los padres o los descendientes de una persona químico-dependiente. Aquellos desarrollaban una forma de ajuste poco sana como reacción al abuso de algún tóxico.

Recientemente se hace uso de forma preferente del término coadición que define a aquella persona, de cualquier sexo o edad, cuyas relaciones interpersonales rebasan su capacidad para preservar su identidad, sobreinvolucrándose más allá de sus deseos y posibilidades, que crea un vínculo enfermo con una persona adicta a una o varias sustancias: es decir el adicto es la sustancia de elección del coadicto, y como tal, es el pretexto para evitar la vida y preservar una relación en la que abundan situaciones relacionadas con la muerte. Podemos decir que una de las características principales del coadicto es el deseo de arreglar las vidas ajenas para no detenerse a ver la propia. La evasión no se hace esperar en un grupo para coadictos. Lo más familiar para sus integrantes es la práctica del consejo, que ha sido el estilo más conocido en su vida. Otro rasgo que prevalece en el coadicto es su capacidad para tolerar y hacer de la culpa la mejor arma para enfrentar la vida. El coadicto es el superviviente de una familia en que alguno de sus miembros sufre en forma activa de alguna adicción, aunque no faltan adictos-coadictos, y también hay farmacodependientes. El coadicto sufren la misma adicción desde lo pasivo, su sustancia tóxica es el adicto y por lo tanto la abstinencia de su sustancia de elección resulta de difícil manejo. Asimismo, desprenderse de la culpa implica perder toda una serie de ganancias secundarias que obtienen desde el ejercicio del rol de víctima. En la experiencia en el manejo de grupos terapéuticos para coadictos, aparece como resistencia inicial, y demasiado usada, el hablar de las dificultades que el adicto tiene en su vida y no de las dificultades que el coadicto vive en relación con él. Negándose a sí mismos un motivo interno para existir, su motivo está puesto en el adicto.

De la misma forma en que la persona adicta pierde su identidad a través del uso adictivo de alguna sustancia, la coadicta la pierde a través del uso adictivo que hace de sus objetos de amor. Esta característica dificulta que el grupo adquiera una identidad propia, la posibilidad de pertenencia y de cohesión grupal; así la adquisición de una identidad como grupo despierta en los coadictos temores relacionados con la pérdida de objeto de amor, de tal modo que se muestran

complacientes e intentan ser obedientes con los terapeutas viviendo las interpretaciones como si fueran órdenes que deben seguir al pie de la letra. La consecuencia inmediata es la frustración. El modelo más conocido de su vida es la consejería y su intención inicial al entrar en el grupo es dar y recibir consejos.

Se podría hablar de que la coadicción es una enfermedad en si misma y como tal, debería de ser tratada, requiriendo su particular tratamiento, con todas sus fases y sus consecuentes terapias de grupo al margen de las también necesarias terapias de familia.

5. CUIDADO CONTINUO

El Modelo Minnesota se hizo integral en el grado en que pudo establecer una red de servicios esenciales, donde el tratamiento es parte de un cuidado continuo. El paciente sale del tratamiento preparado para una siguiente fase, con un plan para trabajar en su recuperación. Permanece en contacto para recibir apoyo por parte de una red de atención organizada por el centro de tratamiento. La mayoría de los pacientes regresan directamente a su ambiente anterior, con la recomendación de integrarse en el grupo de AA o NA de su localidad u otro grupo de referencia. Otros se transfieren a una casa de "medio camino" donde continúan bajo tratamiento, se integran a su vida laboral y algunos se transfieren a atención especializada psicológica o médica. En Minnesota se pudo comprobar que hay una relación entre el número de personas recuperadas y el desarrollo de la extensión de la red del cuidado continuo.

6. ASISTENCIA SANITARIA

La asistencia sanitaria integral a los residentes constituye un elemento esencial de las Comunidades Terapéuticas (CC.TT). Las personas usuarias de estos programas habitualmente presentan problemáticas orgánicas severas asociadas al abuso de drogas de larga evolución: hepatitis, tuberculosis, SIDA, etc. Estos trastornos requieren una supervisión regular acerca de su evolución, así como un cumplimiento estricto de los protocolos farmacológicos.

Las CC.TT. profesionalizadas proporcionan una oportunidad óptima para alcanzar una adecuada supervisión, tratamiento y seguimiento de estas patologías orgánicas. Adicionalmente, los usuarios de las CC.TT. para drogodependientes frecuentemente presentan comorbilidad psiquiátrica con indicación de terapia farmacológica de apoyo (trastornos afectivos, psicóticos, de personalidad límite, etc.). Del mismo modo que en las patologías orgánicas señaladas, estas pautas de medicación psiquiátrica exigen una monitorización y supervisión para evitar el uso inadecuado o abuso.

Este control puede efectuarse en la C.T. con mayor facilidad que en otros programas asistenciales no residenciales.

7. CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN DE TERAPEUTAS

En las Comunidades Terapéuticas adscritas al Método Minnesota los criterios para seleccionar en la comunidad consejeros o terapeutas para-profesionales no son complicados. Se escogen tanto hombres como mujeres con un mínimo de cinco años de sobriedad continua. El candidato debe ser un miembro activo y respetado en la comunidad de Alcohólicos/Narcóticos Anónimos.

Se considera que el para-profesional necesita poseer la habilidad de relajar a las personas usuarias, establecer conexiones y, al mismo tiempo, sentirse cómodo con los y las profesionales. Aún no teniendo un entrenamiento profesional completo hace un trabajo muy importante siempre que tenga conciencia de su limitación. Tiene una tarea fundamental porque sabe cómo ponerse en contacto con el paciente, entiende como se siente intelectual y emocionalmente.

Con la experiencia de primera mano, se ubica en el sistema de racionalización del adicto y le sirve de vivo modelo de una persona recuperada. El paciente suele aceptar más fácilmente la ayuda ofrecida por un ex-adicto. Así se saltan las barreras, a veces irrecuperables entre un adicto y un terapeuta académico. La identificación a nivel de experiencia real se vuelve lo importante.

Los y las terapeutas no adictos se seleccionan en función de sus actitudes. Las cualidades personales requeridas son las mismas para ambos niveles profesionales, es decir, tener fe viva en la posibilidad de cambio, entusiasmo y dedicación para una tarea difícil; honestidad, firmeza, autenticidad y todo esto templado con empatía, comprensión e imparcialidad. La falta de técnicas y conocimiento clínico del adicto recuperado debe ser complementado con entrenamiento, apoyo y supervisión continua.

En el campo de las adicciones, el compromiso del terapeuta se refuerza frecuentemente con experiencias personales o familiares de abuso de sustancias. Estas vivencias que contribuyen a una comprensión y dedicación mayor, pueden generar consecuencias contra-transferenciales que se manifiestan en la realidad de la práctica clínica y se deben elaborar bajo supervisión. El terapeuta inicial empieza su carrera con entusiasmo y a veces con sensación de tener misión de salvador pero esto a veces se puede ver seguido de expectativas frustradas que suponen el primer paso hacia el desgaste terapéutico. Para evitarlo, la supervisión ayuda a domar el entusiasmo y moderar las expectativas.

El terapeuta a nivel inicial suele ser muy dependiente de otros. Imita al maestro. Pide recomendaciones y las transforma en recetas que aplica, sin criterios propios, con un estilo terapéutico mecanizado. Suele enfocar todo sobre sí mismo aunque tiene sobre sí un concepto generalmente bajo por no conocer un repertorio clínico. La comprensión de las diferencias individuales de cada paciente es rígida y estereotipada. Sin embargo está altamente comprometido y motivado con el trabajo presionado por una combinación de idealización, expectativas poco realistas y ansiedades acerca de su competencia clínica.

Es necesario que desarrollen habilidades básicas de evaluación para no caer en sacar grandes conclusiones a partir de información mínima, a generalizar conceptos trillados. El paso del terapeuta del nivel inicial al siguiente es posible si se da un trabajo de supervisión que consiste, básicamente en

- Explorar distintas orientaciones teóricas
- Tomar en cuenta y aprender a manejar la ansiedad propia
- Alentar la autonomía
- Fomentar la toma de riesgos
- Exponerse a explorar modelos diferentes
- Introducir ambigüedad
- Equilibrar apoyo e incertidumbre
- Ayudar a conceptualizar
- No ejercer demasiado control
- Conocer los estilos de aprendizaje
- Ensayo y error
- Procesamiento oral y escrito

Algunos terapeutas no pueden cambiar de nivel, se estancan, pero se pretende que los terapeutas evolucionen a los niveles dos y tres.

En el nivel 2, el terapeuta será mas asertivo y menos imitativo. Es su adolescencia profesional, difícil por la motivación fluctuante pero atractiva por la búsqueda de la independencia.

En este nivel el terapeuta:

- Se concentra mas en el paciente.
- Muestra abiertamente mas conciencia, frustración, confusión...
- Puede aparentar ser menos avanzado que el terapeuta en el nivel 1.
- Pierde motivación después de pacientes difíciles y se atreve a revisarla.
- Tiene conflictos de dependencia/autonomía con el supervisor.
- Articula un diagnóstico preciso del paciente.
- Usa enfoques teóricos eclécticos.
- Observa y ubica mejor los aspectos éticos.

En el nivel 3, el terapeuta:

- Tiene una comprensión mas profunda del paciente.
- Comprende límites, no se siente incapacitado por dudas.
- Tiene motivación consistente a través del tiempo.
- Está fraguando un propio estilo terapéutico.
- Muestra creciente autonomía.
- Tiene estabilidad en 5 puntos: intimidad, fuerza, crecimiento personal, habilidades intelectuales, altruismo.
- No se defiende.
- Muestra un manejo apropiado de si mismo.
- Capaz de cambiarse de carril.
- Encasilla menos a los pacientes.
- Acepta supervisores con distintas orientaciones.
- Se maneja con soltura desde la evaluación a la conceptualización para llegar a la intervención.

8. CENTROS DE TRATAMIENTO PARA ADICCIONES

Se recomienda el internamiento para iniciar un tratamiento de recuperación. Las clínicas que trabajan con un programa basado en el Modelo Minnesota se basan en la conceptualización de la adicción como enfermedad que no se cura pero se controla. Desde este planteamiento se trata la adicción como un desorden primario e implica que la abstinencia del consumo de sustancias es la meta inicial del tratamiento. Es decir, que una persona que consume sustancias no se puede beneficiar del tratamiento. Esta postura encuentra aspectos comunes con la filosofía de AA. Actualmente, depresión, ansiedad y trastornos de carácter se consideran en primer lugar síntomas y no necesariamente causa de la adicción.

Se ha observado que cuando las personas se abstienen del uso de sustancias adictivas, los síntomas psicológicos y emocionales pueden disminuir considerablemente e incluso desaparecer. Desde la práctica clínica, la abstinencia es considerada condición necesaria ya sea para que desaparezcan los síntomas o para iniciar y continuar con un proceso terapéutico. El proceso terapéutico es necesario pero la asistencia a un grupo de autoayuda es indispensable.

Muchos terapeutas entran al campo de las adicciones usando su creatividad y adaptando sus habilidades al contexto de grupo. Algunos con métodos que intuitivamente han adaptado de AA. Es más, se subraya a veces que la recuperación de la adicción es imposible sin la utilización de los principios de AA. Sin embargo Los Doce Pasos no son terapia de grupo y no se deberían confundir. Terapia de Grupo no es reunión de grupo. Los programas de AA y las terapias de grupo en manos de un clínico hábil, son complementarios para el tratamiento.

El programa de AA puede mantener sobrio al adicto mientras el grupo terapéutico puede acelerar el proceso de recuperación porque ayuda a comprender y explorar los conflictos emocionales e interpersonales, que contribuyen de una u otra forma

a la adicción. Se entiende que el tratamiento en una clínica especializada es un elemento más en el proceso de recuperación. Internarse es un paso difícil, generalmente forzado en menor o mayor grado por circunstancias límites. Significa interrumpir la vida normal, alejarse de presiones de la vida ordinaria y la posibilidad de desintoxicarse. Es un período de sobriedad obligada en que la persona toma contacto consigo misma sin la droga en el cuerpo, lo que supone una lucha a veces y otras, una liberación. En esos días de internamiento existen metas concretas como identificar y comprender cómo actúa en el paciente la droga para que una vez comprendido y aprehendido se puedan aplicar cambios de conducta visibles y cuantificables en situaciones concretas.

Criterios de indicación de comunidad terapéutica.

Actualmente, la oferta de servicios asistenciales para drogodependientes es relativamente amplia, variada y bien conocida. La elección del contexto y modalidad de intervención debería estar basada en las demandas de un plan de tratamiento, las necesidades del paciente y las características de los servicios disponibles. A priori, los pacientes deberían ser tratados en el entorno menos restrictivo posible respecto al acceso a las sustancias y otras conductas de riesgo, que tenga la mayor probabilidad de ser seguro y efectivo. Las decisiones sobre el lugar de tratamiento deberían tener en cuenta:

- Deseo y capacidad del paciente para cooperar y beneficiarse del tratamiento.
- Su necesidad de estructura, apoyo y supervisión para permanecer seguro y alejado de actividades y entornos que le promueven el uso y abuso de sustancias.
- La necesidad específica de tratamientos por co-morbilidad médico – psiquiátrica.

- Necesidad de tratamientos particulares o una intensidad de tratamiento disponible en entornos específicos y
- La preferencia por un tratamiento determinado.

Los pacientes deberían ser derivados de un nivel asistencial a otro en función de estos criterios y de la evaluación clínica acerca de la disposición del paciente y posibilidad de beneficiarse de un nivel de asistencia de menor intensidad. Los estudios que comparan los beneficios relativos de diferentes modalidades de tratamiento presentan diversos problemas metodológicos derivados de la heterogeneidad de las muestras y tipos de programas, altas tasas de abandono, medidas de resultados diferentes, etc. Sin embargo, a continuación se indican algunos criterios que podrían definir la indicación del tratamiento en una comunidad terapéutica para problemas de abuso o dependencia a drogas. Estos criterios de indicación deberían ser objeto de investigación sistemática, con el fin de contribuir a establecer el perfil de usuario más indicado para las CC.TT. y otros programas de asistencia a drogodependientes.

El rango de servicios disponibles en programas de comunidad terapéutica incluye desintoxicación, evaluación y tratamiento de problemas generales de tipo médico, evaluación psicológica, psicosocial, familiar y vocacional, terapia individual, grupal y familiar, intervención psico-educativa y motivacional, rehabilitación, prevención de recaídas, introducción al concepto y técnicas de autoayuda y elaboración de un plan post -tratamiento. La C.T. suele suministrar también (en su entorno o en colaboración con otros recursos) consejo vocacional, preparación para el empleo, tratamiento psicofarmacológico y psiquiátrico.

La C.T. ha comenzado a funcionar como una estructura más flexible, permitiendo el movimiento de pacientes a un entorno abierto, monitorizado aunque menos restrictivo. Pacientes con co-morbilidad psiquiátrica de intensidad moderada; con pobre control de impulsos o con alto riesgo de uso de drogas; con riesgo de sobredosis u otros riesgos para si mismos u otras personas, que no puede ser

tratados con seguridad en medio no residencial; pacientes con historia documentada de falta de implicación o beneficio en tratamientos menos intensivos y cuya problemática de abuso constituye riesgo para la salud física o mental; pueden tener indicación de C.T. en régimen más restrictivo, siempre con el consentimiento firmado.

Principalmente, el tratamiento en C.T. está indicado para pacientes cuyo funcionamiento vital y e interacción social han venido a enfocarse principalmente o exclusivamente en el uso o abuso de sustancias, o que carecen de la suficiente motivación o apoyo social para mantenerse abstinentes en un entorno ambulatorio, sin reunir criterios para una hospitalización (comorbilidad medica o psiquiátrica severa). Específicamente, los pacientes con dependencia a opiáceos, cocaína, o dependencia de diversas sustancias pueden presentar indicación de tratamiento residencial de duración media o larga, especialmente si hay poca probabilidad de que se beneficien de un tratamiento no residencial.

La C.T. suministra un entorno seguro y libre de drogas de abuso donde el modelamiento conductual puede ser de especial utilidad para pacientes que necesitan un entorno altamente estructurado para iniciar el tratamiento.

Los criterios de duración del tratamiento residencial deberían ser en función del tiempo necesario para alcanzar criterios específicos de aprovechamiento, que a su vez predigan una transición exitosa a un entorno de tratamiento menos restrictivo.

Adaptación de las CC.TT. a la cronicidad y comorbilidad de los drogodependientes y a los nuevos patrones de consumo.

Aunque no existen estudios que evalúen sistemáticamente la comorbilidad psiquiátrica en los usuarios de las CC.TT. españolas, la evidencia clínica sugiere que un porcentaje cada vez mayor de usuarios presenta trastornos psiquiátricos

concurrentes o pasados, especialmente trastornos afectivos y de personalidad. Asimismo, los datos disponibles muestran que los usuarios de C.T. son sujetos que presentan en muchos casos una larga carrera adictiva y antecedentes de múltiples tratamientos seguidos de recaídas. Ambas características (cronicidad y comorbilidad) aparecen habitualmente asociadas a peores resultados del tratamiento por abuso de drogas. Se puede considerar que las CC.TT. profesionalizadas existentes en España podrían beneficiarse de nuevos tratamientos que están demostrando utilidad en pacientes crónicos (por ejemplo, el tratamiento con metadona), y en pacientes con trastornos psiquiátricos concomitantes (medicación psicofarmacológica). Existen algunas experiencias en USA y otros países Europeos que ilustran la adaptación de CC.TT. para pacientes en mantenimiento con metadona y para pacientes con doble diagnóstico, que podrían proporcionar algunas ideas acerca de nuevas modalidades de tratamiento en C.T. La experiencia clínica actual muestra que un porcentaje de pacientes en mantenimiento con metadona no consigue alcanzar los objetivos terapéuticos, y continua con practicas arriesgadas (abuso de cocaína, benzodiacepinas y alcohol, conductas sexuales de riesgo, etc.). Las CC.TT. podrían tener algo que ofrecer para este tipo de pacientes que no se adaptan a programas de tratamiento con metadona en régimen ambulatorio.

Finalmente, aunque las CC.TT. surgieron en América como modalidad de tratamiento principalmente orientadas a los adictos a narcóticos, actualmente la mayoría de sus usuarios son politoxicómanos, comenzando a observarse como la heroína, progresivamente deja de ser la droga principal.

Conclusiones: En nuestro país, los programas basados en el modelo de comunidad terapéutica para drogodependientes están relativamente bien consolidados, los profesionales acumulan años de experiencia con adictos y mantienen una fuerte sensibilidad en la necesidad del cambio y adaptación de los programas de rehabilitación. Están representados principalmente por las

comunidades terapéuticas profesionales y los programas de la red "Proyecto Hombre". En la actualidad, existen algunas CC.TT. profesionalizadas que se han ido especializando en tratamientos para los nuevos perfiles de consumidores, desintoxicaciones de metadona, adictos con doble diagnóstico, trastornos de la alimentación, adicciones mixtas (ludopatías – cocaína – alcohol) etc. Sería deseable que estas experiencias fuesen acompañadas de estudios de evaluación, que puedan ilustrar los beneficios potenciales de las CC.TT., en su adaptación a diferentes poblaciones de consumidores, abusadores y dependientes a diversas sustancias. La aparición de cambios fundamentales en las características de los individuos que presentan trastornos por abuso o dependencia de sustancias (cronicidad, comorbilidad, nuevos patrones de consumo, etc.) y la adaptación a poblaciones específicas (minorías étnicas, mujeres, adolescentes, indigentes, etc.) debe llevar a un cambio adaptativo en las CC.TT. españolas, al igual que se está produciendo en otros países. Las perspectivas futuras de las CC.TT. profesionales españolas se dirigen hacia el debate y la mejora constante de un modelo orientado hacia la reinserción social de los usuarios, no excluyente de otros abordajes, articulados en una red amplia y variada de servicios asistenciales para drogodependientes. Este objetivo se desarrollará a través de una participación activa en la comunicación e intercambio con intervinientes en las drogodependencias en el ámbito local, regional, nacional e internacional. Los temas de debate serán la calidad en la asistencia a los usuarios ; la claridad y estandarización de unas intervenciones basadas en el desarrollo actual del conocimiento racional, técnico y científico; la transparencia en la actuación y la evaluación de la eficacia, eficiencia y efectividad.

9. LOS DOCE PASOS

Una parte del programa de recuperación sugerido por A.A. se encuentra expresado en los Doce Pasos que aparecen a continuación. Basados en la experiencia de los primeros miembros de A.A., los Pasos constituyen una constancia de los principios y las prácticas que ellos elaboran para mantener su sobriedad (después de haber fallado en otros muchos intentos).

Si un alcohólico se resiste a la idea de tener que atarse a un código rígido de conducta, se le puede tranquilizar. Cada miembro utiliza los Pasos de la manera que le parece indicada.

Los Pasos se sugieren como programa de recuperación. Aunque la experiencia demuestra que para muchos miembros, su comodidad en la sobriedad depende, hasta cierto punto, de su comprensión y aceptación de los Pasos, no se obliga a ningún miembro a aceptarlos, ni aun a leerlos. Le corresponde al individuo decidir cuándo y cómo va a utilizarlos.

12 Pasos:

- Admitimos que éramos impotentes ante el alcohol y que nuestras vidas se habían vuelto ingobernables.
- Llegamos al convencimiento de que un Poder Superior podría devolvernos el sano juicio.
- Decidimos poner nuestras voluntades y nuestras vidas al cuidado de Dios, como nosotros lo concebimos.
- Sin miedo hicimos un minucioso inventario moral de nosotros mismos.
- Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos y ante otro ser humano, la naturaleza exacta de nuestros defectos.

- Estuvimos enteramente dispuestos a dejar que Dios nos liberase de todos estos defectos de carácter.
- Humildemente le pedimos que nos liberase de nuestros defectos.
- Hicimos una lista de todas aquellas personas a quienes habíamos ofendido y estuvimos dispuestos a reparar el daño que les causamos.
- Reparamos directamente a cuantos nos fue posible el daño causado, excepto cuando el hacerlo implicaba perjuicio para ellos o para otros.
- Continuamos haciendo nuestro inventario personal y cuando nos equivocábamos lo admitíamos inmediatamente.
- Buscamos a través de la oración y la meditación mejorar nuestro contacto consciente con Dios, como nosotros lo concebimos, pidiéndole solamente que nos dejase conocer su voluntad para con nosotros y nos diese la fortaleza para cumplirla.
- Habiendo obtenido un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar este mensaje a los alcohólicos y de practicar estos principios en todos nuestros asuntos.

9.1. Los doce pasos sin Dios

Interpretación personal sobre las declaraciones del Rvdo. Stephen D. Edington, Iglesia Unitaria Universalista de Nashua, NH, el 26 de marzo de 2000:

En cuanto a la clara tendencia predominante a hablar de Dios en los Doce Pasos, una vez más, la gente en estos programas de recuperación, dice que toman lo que necesitan de los Doce Pasos y dejan lo demás. Con esto quiero decir que adaptan el lenguaje a sus propias perspectivas espirituales y religiosas; o los usan para construir una base espiritual propia, en vez de simplemente aceptar dogmas al pie de la letra.

A veces, cuando alcanzamos los límites de nuestra autoconfianza e independencia –o sentimos que ya lo hemos hecho, es cuando encontramos los medios para lograr esa misma autoconfianza e independencia.

Según los Doce Pasos se da la paradoja de la interrelación entre desistir y tener el control; o entre el poder y la impotencia personal. Se da el caso de pacientes que se han "rendido" y cuando han desistido de sus intentos desesperados de controlarse a sí mismos y a su forma de beber, han descubierto alguna clase de poder renovado que han sido capaces de aprovechar con el objeto de recuperar el orden en su vida.

El proceso de los Doce Pasos parece aliviar el peso inmediato de aquello con lo que la persona brega de una forma en la que da a esa persona la libertad y el poder para realmente enfrentarlo. Ésta, según parece, es la paradoja: Una vez que dejo de tratar con tanto maldito ahínco de ser el "amo de mi destino y capitán de mi alma", me encuentro con que realmente tengo el poder de ser precisamente eso.

9.2. Rasgos sectarios de Alcohólicos Anónimos

La definición de secta para nada concuerda con la diversidad de AA, pues conlleva rasgos como exclusivismo, culto emocional, autoritarismo y obediencia a un líder, proselitismo, salvacionismo, etc. Otros rasgos de AA opuestos al concepto de secta son la visión de los líderes como servidores, la independencia en el terreno espiritual, el carácter sugerido del programa que se plantea no como un dictado sino a partir de la experiencia de los miembros, el carácter rotatorio de las juntas de servicio grupales, entre otros .

Se pueden encontrar **algunos puntos para la duda:**

- La insistencia en que “el programa es de repetición” así como el desarrollo de una serie de actos rituales en las reuniones de AA: la recitación de una oración al comienzo y al final de las mismas, la lectura de los encabezados de los doce pasos y las doce tradiciones, así como del “enunciado” de AA, una especie de declaración de principios del movimiento.
- Esto es reforzado por las constantes citas textuales, que hacen de memoria (a veces libro en mano) los miembros de AA, de la literatura del movimiento, citas que son asumidas como verdades de corte dogmático.
- La creencia en que el programa representa un conjunto de “verdades universales”, por lo cual se dice que Bill Wilson, cofundador y principal ideólogo de los AA, no escribió la literatura, pues se supone que la misma representa “verdades” muy antiguas presentes en diversas formas de pensamiento humano, principalmente en las religiones.
- Por el contrario, la cosmovisión de los 12 pasos representa la mentalidad de los denominados WASP –siglas en inglés de blanco, anglosajón y protestante, de clase media- un grupo social privilegiado de la sociedad norteamericana. La filosofía y la ciencia moderna no sostienen la existencia de verdades universales, sino de perspectivas y verdades parciales que deben ser sometidas constantemente a revisión y verificación.
- El desarrollo de técnicas de control mental sobre los miembros mediante la repetición constante de las “verdades universales” del programa, los discursos emotivos tendientes a convencer a los “neófitos”, el padrinzago como un método de orientación de los padrinos (miembros adoctrinados con años de pertenecer al movimiento) sobre los nuevos que se inician en los grupos. El padrinzago suele ser una relación de corte paternalista, que como tal significa infantilizar al ahijado.

- La adopción como verdades absolutas de una serie de dogmas como que el alcoholismo es una "enfermedad física, emocional y espiritual", que la "obsesión" por la bebida es irresistible en los "alcohólicos" y que sólo un "poder superior podrá restaurarles el sano juicio", que el alcohólico tiene el "ego inflado", que debe hacer un inventario moral basado en conceptos religiosos (los siete pecados capitales) y una confesión con otro miembro del movimiento o un clérigo, que el "alcohólico" no se puede quitar por sí solo un solo "defecto de carácter" y que sólo debe esperar la "gracia de Dios", etc.

¿Por qué Alcohólicos Anónimos no es una religión o secta?

En AA se encuentra una gran diversidad de opiniones y puntos de vista sobre el programa. En AA uno puede permanecer tranquilo con sus creencias o falta de ellas sin que nadie lo moleste, aunque esto depende del tipo de grupo, siempre y cuando no asuma posiciones de beligerancia. Las religiones por lo general son excluyentes entre sí, una persona por lo general no puede ser miembro de dos de ellas, mucho menos si es una secta. Y las sectas llevan mecanismos de control mental y emocional de sus miembros muy fuerte, mientras que en AA esto no ocurre. Nadie te está controlando, ni vigilando, ni supervisando.

El padrinazgo es básicamente una orientación, un mecanismo para evacuar problemas personales que tal vez no se pueden contar ante todo el grupo, pero no es una forma de control mental. En AA una persona puede ser miembro de cualquier religión o de ninguna, algo que no ocurre con las religiones. Si AA lo fuera entonces el miembro no podría ser de alguna religión porque estaría practicando dos.

También está lo señalado por el Quinto Paso: "Solamente el Primer Paso, en el que admitimos sin reserva alguna que éramos impotentes ante el alcohol, se puede practicar con perfección absoluta. Los once Pasos restantes exponen ideales

perfectos. Son metas que aspiramos alcanzar, y patrones con los que medimos nuestro progreso". Si lo que expresan los pasos son ideales y metas, además que son formulados como sugerencias, y no un dogma obligatorio, como los que tienen

Las religiones, AA no es una religión. Es seguro que ningún otro movimiento laico de los tiempos modernos ha disfrutado más abundantemente que A.A. del apoyo del clero de las principales denominaciones. Lo mismo que los médicos, los consejeros espirituales de la humanidad se han preocupado hace mucho tiempo por el alcoholismo. Muchos de ellos han escuchado de labios honrados la sincera promesa de abstinencia del alcohol que no podían controlar, sólo para verlos después faltar a la palabra empeñada, a las pocas horas, días o semanas. La conmiseración, la comprensión y los llamamientos a la conciencia de nada servían al religioso que trataba de ayudar al alcohólico. Por eso, tal vez no sorprenda que A.A. —aunque brinda más bien un modo de vivir que la senda de una religión— ha sido recibido tan entusiastamente por representantes de diferentes religiones.

De lo cual deben destacarse dos expresiones. "Movimiento laico", es decir, que no pertenece a la esfera de la religión. Según el diccionario de la RAE laico significa "Independiente de cualquier organización o confesión religiosa". Y la otra expresión es muy clara, el programa de AA ofrece "más bien un modo de vivir que la senda de una religión".

Finalmente en el folleto "El punto de vista de un miembro de A.A. sobre la comunidad" (editado por A.A.) se manifiesta de manera muy explícita y clara lo siguiente:

"...no existe ninguna interpretación oficial que les pueda ofrecer sin más. No hay ninguna "línea política del partido", ninguna recopilación de dogma y doctrina que los miembros suscriban, ningún credo que recitemos. Aun si el mismo cofundador de AA estuviera hablando antes ustedes esta noche, no podría sino decirles cómo le

parece a él. Personalmente, considero esta ausencia de ortodoxia como uno de los principios más importantes y terapéuticos de A.A."

Algunas personas rechazan de lleno el aspecto supuestamente sectario de A.A. Por varias razones:

"...en el fondo se sienten muy incómodos con la idea que les inculcaron de que son "enfermos incurables", hombres a los que les cortaron las piernas (en sentido figurado) y que nunca les volverán a crecer. La idea de enfermedad, además, no es la que se desprende de las definiciones de la OMS y la Asociación Americana de Psiquiatría (donde sólo se mencionan los síntomas de la bebida), sino una variopinta colección de ideas de corte moralista, religioso y una visión muy negativa de los "defectos de carácter" del alcohólico y lo que llaman la "perversa enfermedad del alma".

El sentimiento de la diferencia no resulta fácil de asumir. Y la estigmatización no se termina de superar, pues el concepto de enfermedad que utilizan es moralista y cercano a lo religioso.

Otro problema de fondo es que algunas de estas personas no pueden, o no tienen el espacio en los grupos, para evacuar sus problemas psíquicos, frustraciones y sentimientos, pues todos deben dar cuenta de su "recuperación", que están muy bien y que se están recuperando del alcoholismo. A lo sumo una persona nueva puede hablar de sus conflictos, pero luego de algunos años se le pide "recuperación". En el fondo, algunos odian la idea de ser "alcohólicos" y "enfermos", diferentes al resto de la sociedad.

9.3. Posibles desacuerdos con A.A.

- El concepto de enfermedad. Según AA el alcoholismo es una enfermedad física, emocional y espiritual. Sin embargo la clasificación de enfermedades (CIE 10) de la OMS no menciona nada emocional ni mucho menos "espiritual". Tampoco el DSM IV de la American Psychiatric Association. Todo concepto científico de enfermedad excluye lo "espiritual".
- La "teoría" del "ego inflado" del alcohólico. Esta idea es propia de los denominados WASP (White Anglo-Saxon Protestan), el grupo social donde surgió AA en los años 30 del siglo pasado, que siempre ha sido un grupo de poder dentro de la sociedad norteamericana. Como contraste, resulta muy preocupante escuchar en un país subdesarrollado de América Latina a personas que desempeñan oficios muy humildes diciendo que "el programa es un golpe al ego" y que quieren "desinflarse el ego". ¿En qué van a quedar?. Esta doctrina tiene un efecto potencialmente destructivo de la psiquis de los miembros de AA, hay personas reducidas de por vida a una dependencia emocional y subordinación mental de los grupos, creyendo que ellos sin el grupo, no sirven para nada.
- El uso de un lenguaje inculpatario y peyorativo en la literatura de AA, sobre todo en el libro de los doce pasos, y en el folclore de los grupos. Es difícil entender que algunas personas sientan un placer masoquista en estar definiéndose a sí mismos de por vida, muchas veces con varias décadas de no probar un trago, como "enfermos alcohólicos" y enfermos de por vida. Esto además de las connotaciones moralistas negativas del diagnóstico del alcoholismo como enfermedad que se hace en la literatura de AA.
- La idea de "programa" como única receta para la "recuperación" del alcoholismo, "programa" que está formado por una serie de ideas de índole religiosa y que es asumido como un dogma por los miembros que toman la

batuta de los grupos. Por lo general la disidencia es censurada y siempre se encuentra en los grupos a defensores dogmáticos de los grupos dispuestos a descalificar, zaherir y amedrentar a quienes no piensan como ellos y sobre todo a quienes son ateos, agnósticos o escépticos. En algunos casos esta ortodoxia toma una forma agresiva, incluyendo los insultos, pero en otros tiene un tono paternalista y manipulador propio de los gurús de muchas sectas.

¿Qué es un ateo?

En la literatura de AA (Alcohólicos Anónimos conocido como "libro azul" y "Doce Pasos Doce Tradiciones") se defenestra al ateo, al agnóstico y al racionalista. Se ofrece como solución "la fe" y la "creencia".

Esto es muy contradictorio puesto que el uso del concepto de alcoholismo como enfermedad se supone que debería ser un concepto científico, producto del pensamiento racional. Y se ofrece una religión disimulada, tendenciosa y manipuladora, como solución.

En la página web "meneame.net" se hace referencia al artículo titulado "*Qué quiere decir ser ateo*" donde el autor desmitifica muchos de los mitos y prejuicios sobre el ateo. A destacar los siguientes párrafos:

"Un ateo no se define en relación con los religiosos, sino en función de su propia visión del mundo, que no requiere caer en la respuesta burda "dios" o "poder superior" para responder las cuestiones fundamentales del sentido. Y ser ateo no quiere decir tampoco sentir a la existencia vacía: esa es la representación que un creyente hace del ateísmo porque para él, si no hay dios, entonces esta realidad carece de sentido y de orden. Para el ateo el sentido no viene dado por ninguna realidad trascendente ni por ninguna existencia inmaterial y superior. La

existencia tiene sentido de por sí, y en verdad tiene un sentido superior al de nuestras fuerzas. ”

Y dos cosas más: los creyentes creen que sin religión no hay valores, pretenden adueñarse de los valores como si estos no pudieran surgir de donde surgen realmente, de perspectivas humanas consensuadas a veces y a veces no. El valor no tiene origen divino y trascendente, es humano y problemático, como todo, y no está mal que así sea. La otra cosa: hoy en día hay muchos ateos que no saben o no aceptan que lo son. Muchas personas siguen con la tradición religiosa porque no quieren confrontar consigo mismos y con los demás, pero no creen realmente en dios.

10. CRITERIO DIAGNÓSTICO PARA LA DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS

Se parte del acuerdo general de que no existe una estructura definida de personalidad que conduzca a la adicción. Al alcohólico solo se le conoce la enfermedad cuando se pone en contacto con la bebida.

La psicodinamia solo se explica teniendo en cuenta cada caso, cada persona y cada situación particular. Lo que resulta importante antes de hacer tratamiento o de la remodelación de la conducta es saber la estructura de la persona, cimientos y situación general de los puntos vitales inestables. Cualquier persona podría destruirse en una tentativa fallida de regulación y control de sus conflictos internos mediante las adicciones.

Según las características de la personalidad se establecen relaciones específicas con las sustancias adictivas. En el análisis de los toxicómanos se han encontrado características de ordenes muy diferentes y sin embargo, comunes y presentes en todos ellos, ya sean consumidores de drogas duras o blandas y tolerados o no por la sociedad.

A continuación se enumeran algunas conductas, rasgos y síntomas característicos:

- Conducta compulsiva
- Falta de tolerancia a la frustración
- Inestabilidad afectiva
- Defensas primitivas
- Alteraciones de la identidad
- Juicio alterado de la realidad
- Estructuras depresivas; negaciones masivas
- Actitudes y conductas fluctuantes
- Falta de autoestima
- Predominio del pensamiento mágico

Algunos terapeutas despiden al paciente que no accede a cooperar de lleno en el programa completo. Los pacientes adictos esperan esta reacción e incluso la provocan. Están acostumbrados a ser tratados como niños malos, que esperan el castigo por su autoconcepto de ser intrínsecamente malos. Abandono, rechazo y censura son sus vivencias conocidas. En cambio, cuando se les propone que se les va a ayudar a identificar sus miedos para que después puedan participar en su plan de tratamiento suele ser una experiencia nueva. Al paciente se le dan sugerencias que se explican y a partir de ellas se propone un plan.

Un punto difícil es la **abstinencia total e inmediata**. Una propuesta sensata y basada en la experiencia clínica y de investigación es la que permite que la persona, antes de iniciar el proceso terapéutico formal, encuentre su propio

camino a la sobriedad, dentro de límites razonables y, desde luego, sin arriesgar la salud o la seguridad. Se puede iniciar un período de abstinencia a prueba, bajar el consumo, moderar, etc. y que el paciente comente su experiencia en la siguiente sesión. Se intenta ayudar al paciente a convencerse, a motivarse para iniciar el tratamiento. Se habla sobre qué se siente al no usar y las consecuencias al usar.

La manifestación de la ambivalencia es otro aspecto al que debe adelantarse el terapeuta, sobre todo cuando está ante un paciente que está de acuerdo en todo. Posiblemente no regrese. Pedir al paciente que hable sobre sus dudas como algo razonable y normal, que se espera y acepta, ayuda a que el paciente no se aleje.

Otra parte es la anticipación al duelo. Hay múltiples pérdidas, como la droga y sus efectos, los amigos, las actividades, la identidad como alguien que se droga.

Las pérdidas hay que reconocerlas y elaborar el duelo. Al anticiparlo se puede incrementar la motivación y disposición al tratamiento. Hay que recordar que la primera fase del duelo es la negación, que es la defensa primaria del adicto.

Aquí el terapeuta debe mantener el equilibrio delicado entre ayudar al paciente a manejar la negación como parte de cualquier experiencia de duelo y simultáneamente confrontar la negación con la que se defiende el uso de sustancias y sus consecuencias.

Muchas veces, los adictos tienen un pensamiento aterrador acerca de la pérdida de su identidad. Muchos han sentido toda su vida un sentimiento narcisista de vacío y han establecido una identidad a través de su adicción. Por eso hay una gran resistencia a cambiar.

Se suele dar el caso de que el terapeuta se sienta ante el paciente como ante una emergencia. La persona sabe que consumir drogas es una amenaza para la vida y la quiere parar. Esta actitud no solo se relaciona con el fenómeno clínico en sí, sino

con la dificultad del terapeuta en el manejo de la contratransferencia, el miedo a la adicción y también la necesidad de control y castigo.

11. FASES EN EL TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES SEGÚN EL MÉTODO MINNESOTA

El método de psicoterapia con enfoque integral para pacientes adictos se puede dividir en tres fases:

La fase 1 del tratamiento comprende la evaluación exhaustiva y el contrato terapéutico para alcanzar la abstinencia de la sustancia. **La fase 2** es el período de recuperación temprana o sobriedad **y la fase 3** la recuperación avanzada. Aunque las fases se pueden ver por pasos y en secuencia, es importante tener presente que cada individuo progresa a un ritmo distinto, con base en su historia individual. Por eso, la actitud terapéutica necesita ser flexible, de acuerdo con las necesidades del paciente y de su fuerza yoica. (La fortaleza yoica se refiere a lo que le permite al sujeto afirmarse en la realidad, sobreponerse a las frustraciones y presiones que resultan de su interacción con el medio que lo rodea y el en que se desenvuelve.)

Fase 1

a. Evaluación

Empieza con la entrevista diagnóstica. Con base en los datos obtenidos, se trata de lograr que el paciente se comprometa con un tratamiento apropiado y funcional. La evaluación es un proceso continuo y hay que revalorar continuamente la situación psicológica y el compromiso con la abstinencia.

Como primer paso se determina la naturaleza y el alcance del uso de sustancias, el aspecto médico y psicológico; secuelas psicológicas directas e indirectas. Se evalúan las circunstancias del consumo, su significado psicosocial y psicodinámico.

Se explora la motivación para el tratamiento, el por qué de la búsqueda de ayuda en este momento preciso; experiencias previas de tratamiento. Se averiguan posibles indicadores para recaídas como conductas compulsivas sin sustancias, como juego, sexo promiscuo, bulimia, ejercicio extremo, violencia...

Saber cómo obtiene el paciente el dinero para drogarse da muchas pistas, por ejemplo, cuando menciona actividades que pueden sugerir una personalidad antisocial o ser de alto riesgo y autodestructivas.

Un contexto familiar de consumo habitual de sustancias, implica mayor severidad de la enfermedad. También se examinan las relaciones sociales para saber si el ambiente de amigos, conocidos y compañeros de trabajo es de consumo y si existe una red de apoyo de personas no consumidoras.

Se evalúa la psicopatología, los mecanismos de defensa y los desórdenes de personalidad. Se necesita evaluar las consecuencias en situaciones específicas (empleo, relaciones familiares, divorcio, problemas financieros y legales, etc..) Cuando el paciente está instalado en la negación masiva y no relaciona las circunstancias desafortunadas de su vida con el abuso de sustancias, la confrontación tiene que ser gradual.

Se evalúan las secuelas médicas y sus complicaciones. Se usan esos datos para confrontar a los pacientes resistentes con la necesidad de tratamiento. Se les exige que acepten el tratamiento médico indicado para las complicaciones como hipertensión, anemia, sífilis, hepatitis, Sida...Todo lo relacionado con el tratamiento médico se vuelve también parte del contrato terapéutico.

Partiendo de la abstinencia como requisito imprescindible para acceder a la psicoterapia se le propone al paciente que elija un método para llegar a ella. Si el clínico considera que el método de los Doce Pasos es el mejor para alcanzar la abstinencia se lo debe de decir y cuando fallan todos los métodos motivacionales, el paciente puede ser candidato para una intervención formal. Para la intervención

se utiliza una técnica desarrollada en el Johnson Institute en Minneapolis, Minnesota. Se lleva a cabo a través y con los miembros de la familia, siguiendo un esquema firme en el que se manifiesta la preocupación de forma afectuosa e incluye la puesta de límites y consecuencias si el adicto se niega a entrar en un tratamiento. A veces se invita a participar a una persona ajena a la familia que se considere que pueda servir de apoyo.

La desintoxicación y estabilización deben llevarse a cabo en un contexto hospitalario.

Hay que establecer un método para lograr la abstinencia y se tiende no al compromiso de por vida sino mas bien se recomienda el enfoque del "sólo por hoy". Así, el paciente se compromete a mantener la abstinencia por un solo día, pero lo renueva diariamente, usando los principios básicos del programa de los Doce Pasos.

El tratamiento farmacológico de enfermedades psiquiátricas primarias (como el trastorno bipolar) es muchas veces tan esencial como la abstinencia de drogas. Déficits y consecuencias cognitivas pueden desaparecer cuando se dejan de consumir las sustancias. La mejoría mas notable se suele dar en las dos o tres primeras semanas, sin embargo la recuperación de todas las funciones puede tardar años.

El terapeuta necesita estructurar el contrato terapéutico como si fuera un contrato escrito para tenerlo presente como herramienta terapéutica durante el proceso de terapia. El paciente y los familiares deben estar de acuerdo con los elementos del contrato, después de haberse explicado y entendido su sentido para el tratamiento.

b. A continuación se mencionan los elementos fundamentales para un **Contrato Terapéutico:**

- Acuerdo sobre dónde y cuando se va a desarrollar la desintoxicación
- Acuerdo sobre cuál será el método para mantener la abstinencia después de la desintoxicación. Se pide autorización al paciente para hacer controles de orina de forma azarosa.
- Acuerdo para atender las condiciones psiquiátricas o médicas
- Acuerdo sobre la participación de la familia en el tratamiento
- Acuerdo sobre la participación de la familia en un programa educativo sobre el efecto de las drogas, el concepto de enfermedad, prevención de recaídas...etc.
- Acuerdo para organizar un ambiente cotidiano libre de drogas.

La fase 1 termina para el paciente cuando no ha consumido sustancias durante dos o tres semanas y ha cumplido con el contrato.

Fase 2

Desde que se acuerda el contrato y hasta cumplir aproximadamente dos años en psicoterapia siguiendo con un trabajo de apoyo con técnicas cognitivo-conductuales, mucho más enfocado a la seguridad y al control que a los procesos dinámicos profundos. En esta fase los pacientes empiezan a desarrollar el autocuidado, la autoprotección para evitar caer en conductas autodestructivas y sobre todo, en el uso de sustancias.

Durante esta fase se despiertan respuestas contratransferenciales poderosas y el terapeuta necesita reconocerlas para manejarlas y usarlas en beneficio del tratamiento.

a. Hay **Aspectos Psicodinámicos** centrales que se relacionan con la pérdida de control. Trabajar con ellos refuerza la alianza terapéutica.

Algunos de estos aspectos psicodinámicos son :

- Estados afectivos negativos
- Eventos traumáticos
- Rasgos de personalidad
- Duelos no resuelto
- Retención en la evolución
- Negación persistente
- Aspectos sexuales
- Problemas de codependencia
- Aspectos psicodinámicos de la recaída

La recaída se define como un período de uso de mas de 24 horas, un episodio largo y destructivo que incluye el regreso a la negación; se llama "resbalón" al uso breve, de menos de 24 horas, un episodio seguido de sobriedad y el cumplimiento del contrato terapéutico y/o programa.

b. Estrategias cognitivo -conductuales para mantener la sobriedad

- Educar sobre el rol de factores condicionantes que llevan a la recaída identificando situaciones indirectas externas y sentimientos internos que disparan el deseo vehemente o craving de consumir droga. Desarrollar un plan para evitarlas.
- Establecer una red de apoyo, una estructura diaria y rituales alternativos como sustitutos del uso de sustancias y actividades relacionadas.
- Desarrollar un plan de acción para manejar impulsos y el craving.
- Formular estrategias para evitar el abandono prematuro del tratamiento.

Los factores desencadenantes suelen darse en cadena y son identificables de la siguiente forma:

- Se genera estrés por cambios negativos o positivos en eventos de la vida.

- El estrés activa pensamientos negativos o positivos, estados de ánimo y sentimientos.
- Los sentimientos son difíciles de tolerar, se muestran como confusión, irritabilidad, depresión, o estados hipomaniacos (pequeñas manías).
- Se siente una impotencia que exacerba los problemas.
- Se niega la seriedad de los problemas.
- No se reconocen las herramientas para la recuperación o se usan de forma incongruente o simulada.
- Se abandona el grupo y la terapia.
- Los problemas aumentan, las soluciones mal adaptativas empeoran los problemas (por ejemplo sustituir la droga usada por otra droga, sexualidad compulsiva, gastos excesivos...)
- La persona se siente incapaz de manejarse a si misma.
- Aumentan el deseo y la preocupación y la droga aparece como única solución para el alivio.
- Aislamiento, alejamiento de la red de apoyo, frustración, desesperación y preocupación excesiva por las sustancias.
- Craving irresistible. Se usan una o mas sustancias. El círculo se cierra.

Hay "**disparadores**" o estímulos de tres tipos:

- Los que deben evitarse desde un principio como los otros adictos, los bares, sitios de consumo...
- Los que no se pueden evitar, como las pérdidas, muertes, calmantes médicos, estrés, depresión, enojo...
- Los que se deben evitar al principio pero hay que empezar a manejar en algún momento, inevitablemente, como el sexo, las relaciones íntimas, los cambios a situaciones mas demandantes en el trabajo...

c-El papel del terapeuta en la fase 2

Se ayuda al paciente a comprender y expresar apropiadamente sus emociones. Se le ayuda a saber cómo nombrar sus afectos a explicarlos para desarrollar la función observadora del yo. Se enseña cómo entender los afectos como señales y cómo tolerar los dolorosos.

La fase 2 se centra en la comprensión y expresión de sentimientos y se mantiene el énfasis en el alejamiento de los **disparadores**. Se recomienda esperar el año de sobriedad/terapia, antes de hacer cambios importantes en la vida.

En esta fase existe la meta de sustituir actividades por conductas que mantengan la sobriedad. Objetos y conductas sustitutas que sean menos destructivas son útiles y no deberían ser confrontadas (se tolera la dependencia de la nicotina porque la irritabilidad y el craving pueden provocar la vuelta a la droga). El terapeuta debe sugerir que el paciente realice actividades alternativas como ejercicio regular, actividades creativas y recreativas, de aprendizaje, etc. Esto no sólo minimiza las pérdidas (droga, amistades, ambiente) sino que apoya la búsqueda de una vida más sana en general. Durante esta fase, no se confrontan las defensas demasiado pronto, ni tampoco se remueven prematuramente. Las intervenciones terapéuticas que serán apropiadas más tarde pueden resultar inapropiadas durante la fase inicial de sobriedad.

Fase3 -Recuperación avanzada (Intimidad y autonomía)

En esta fase se cambian las técnicas cognitivo-conductuales por la psicoterapia de orientación dinámica para trabajar aspectos más profundos de la personalidad. Esto puede significar un cambio de terapeuta. El objetivo principal de esta fase es

ayudar a que el paciente alcance relaciones íntimas y pueda funcionar de manera independiente ya no fusionado. Mientras se mantenga el énfasis en la sobriedad, se puede trabajar con distintas técnicas psicodinámicas, sin embargo es importante recordar que cualquier enfoque requiere de modificaciones para trabajar de forma más interactiva que tradicional y neutral.

12. EVALUACIÓN CLÍNICA DEL USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN EL MÉTODO MINNESOTA

El clínico del área de salud mental necesita aprender cómo llevar a cabo la evaluación precisa del uso de sustancias. Al formular el diagnóstico, este debe distinguir entre el consumo de sustancias de manera experimental y ocasional, y una adicción establecida, bajo los criterios del DSM- IV.

En personas sin psicopatología previa, el uso crónico de sustancias produce síntomas conductuales que pueden imitar cualquier desorden psiquiátrico. Por ejemplo síntomas de depresión, ansiedad, y psicosis se pueden producir por el uso crónico de depresores o estimulantes del sistema nervioso central (por ej. alcohol o cocaína).

Cuando los individuos con una enfermedad psiquiátrica preexistente usan sustancias, sus problemas suelen complicarse o exacerbarse severamente. Sin un diagnóstico apropiado, los pacientes tratados sólo por quejas en el área de la salud mental, suelen continuar o incrementar el uso de drogas.

También sucede al revés: se evalúa y se trata la dependencia de sustancias y no se diagnostican ni se atienden los problemas de salud mental.

12.1. La entrevista diagnóstica

El profesional de salud mental, en cualquier ambiente de consulta, necesita técnicas clínicas precisas para hacer una evaluación inicial exhaustiva del uso de sustancias con distintos propósitos:

- Poner al descubierto un posible problema de abuso de sustancias.
- Iniciar la interacción terapéutica con el paciente.
- Dar al paciente retroalimentación objetiva sobre su conducta relacionada con el uso de sustancias.
- Formular el diagnóstico. En caso indicado, ofrecer recomendación para el tratamiento.
- Realzar la motivación del paciente a cambiar.

12.2. El tono psicológico de la entrevista

El aspecto más difícil de tratar con respecto a la adicción es la ambivalencia del paciente a dejar la sustancia. Para poder abarcar el problema está indicada la fórmula de la entrevista motivacional:

- No hay insistencia en la aceptación de la etiqueta “alcohólico” y/o “adicto” como pre-requisito para el cambio (a diferencia de AA).
- Se pone énfasis en la elección y responsabilidad personal del paciente para el cambio.
- Se entiende la resistencia como respuesta ante la presión ejercida por el entrevistador.
- Se promueve lograr el acuerdo con las metas del tratamiento, en lugar de la sumisión inequívoca a las recomendaciones.
- Se considera que el foco de atención debe ser la ambivalencia y no la negación.

12.3. Cuestionario de evaluación para recomendar o no el tratamiento

Como herramienta de evaluación se necesita llenar o autoaplicar un cuestionario que deja al paciente el mensaje de que su uso de sustancias será examinado con todo detalle durante la entrevista de evaluación. El cuestionario sobre el uso de sustancias abarca:

- Uso actual de sustancias (últimos 30 días)
- Historia del uso. ¿El consumo de cualquier sustancia significó alguna vez un problema?
- Consecuencias del uso (biomédicas, psicosociales, sexuales)
- Síndrome de abstinencia
- Historia de tratamientos
- Perfil de riesgos psiquiátricos

12.4. El Diagnóstico

El terapeuta tiene que sintetizar los datos obtenidos para formular un diagnóstico coherente y las recomendaciones para el tratamiento, si es el caso. El clínico debe analizar la conducta de la persona a lo largo del proceso del uso de sustancias, es decir, desde el uso no patológico, pasando por el abuso medio, hasta la dependencia en el extremo alto.

Un esquema universalmente reconocido y manejado son los criterios del DSM-IV, los cuales resuelven la tarea diagnóstica mediante el proceso de eliminación. Primero, el clínico determina si las conductas descritas cumplen con los criterios para diagnosticar la dependencia de sustancias o en su caso el abuso de

sustancias. Si no fueran ninguna de estas dos categorías, se llega a la categoría de uso no patológico.

13. LA TERAPIA DE GRUPO

Una vez dado el paso de la abstinencia, la terapia de grupo ofrece al adicto oportunidades para aprender sobre si mismo y sus adicciones. Las ventajas de las terapias de grupo se resumen de la siguiente manera:

- Identificación y aceptación mutua con quienes tienen problemas similares.
- Oportunidad de confrontar actitudes ambivalentes y mecanismos defensivos propios con actitudes de otros.
- Confrontación, retroalimentación inmediata y presión positiva de compañeros para lograr la abstinencia.
- Cohesión, identificación, apoyo social mientras se aprende a identificar los sentimientos.
- Estructura, disciplina, límites y al mismo tiempo aprendizaje sobre la recuperación y el uso de drogas.
- Esperanza, inspiración para el futuro y búsqueda compartida de metas e ideas.

13.1. Modelos de terapia de grupo

En la práctica clínica con grupos de adictos se ha utilizado el modelo de **enfoque interaccional de Yalom**, considerándolo uno de los mas completos y efectivos. Sus recomendaciones se adaptan fácilmente a las modificaciones necesarias en el continuo del proceso de recuperación del adicto. El modelo puede ser estrechado

al principio (más estructura en el ambiente clínico cerrado) y ampliado, una vez consolidada la abstinencia y cuando hay menos peligro de recaídas (menos estructura, cuando incorpora consideraciones técnicas más sofisticadas de la psicología del yo y enfoques analíticos modernos) .

13.2. Teoría Interaccional de Yalom

Su trabajo marcó una pauta dentro de la psicoterapia de grupo con la publicación de su libro. Hizo el mayor énfasis en lo que se llamaría factores curativos de grupo.

El enfoque de Yalom (*Yalom., I. Theory and Practice of Group Psychotherapy. BasicBooks. 1995.*) reflejó su orientación personal con las rutas de los psicólogos humanistas-existencialistas. Hizo énfasis en la importancia de la interacción entre los miembros del grupo, promovió la operación de los llamados "Factores Curativos". El grupo fue visto como un microcosmos social con sus propias propiedades terapéuticas. El insight genético (capacidad innata de comprensión, perspicacia natural) y las interpretaciones del terapeuta decayeron como mecanismos de cambio en favor de las experiencias de aprendizaje interpersonal en la interacción corriente del grupo.

Este enfoque tuvo en su época una influencia general en la terapia de grupo en Norte América que continúa hasta el presente. Existen algunos enfoques que asocian éste con la tradición analítica, que destaca la importancia de las interpretaciones centradas en el líder. Los dos enfoques no son moderadamente incompatibles, hay suficiente diferencia que enfatiza la causa del desacuerdo dentro de la comunidad de profesionales. La escuela interpersonal describe el rol del terapeuta en la creación y mantenimiento del ambiente terapéutico dentro del cual los factores terapéuticos pueden activarse.

La tradición analítica ve al terapeuta en el rol de la figura de transferencia e intérprete de conflictos psicodinámicos. Puede decirse que la Teoría interaccional o integracionista de Yalom marcó un hito en el campo de la psicoterapia de grupo y puede considerarse a este autor como un factorialista o sea alguien que integró la necesidad del grupo sin que nada sobrara o faltara, o al menos fue su intención. Debe ser una propuesta seria a considerar por el terapeuta que se enfrente al grupo.

13.3. Factores Curativos

Infundir Esperanza: Infundir y mantener la esperanza es crítico en todas las psicoterapias, según Yalom (*Yalom., I. Theory and Practice of Group Psychotherapy. Basic Books. 1995*). "Varias investigaciones han demostrado que la existencia, antes de la terapia de una elevada esperanza de recibir ayuda está significativamente relacionada con el resultado positivo de la misma". En los grupos de terapia invariablemente hay individuos que están en diferentes puntos de un continuo cambio. También con frecuencia encuentran pacientes que han tenido problemas muy similares a los suyos y que se han enfrentado a estos muy eficazmente. Los miembros de estos grupos tienen la fuerte convicción de que solo puede comprenderlos **alguien que ha recorrido el mismo camino que ellos y que ha encontrado la salida.**

Muchos pacientes entran a la terapia con el inquietante pensamiento de que son únicos en su desgracia, que solo ellos tienen ciertos problemas, ideas, impulsos y fantasías aterradoras o inaceptables. "Su sentimiento de singularidad a menudo se ve vigorizado por su aislamiento social; debido a que con frecuencia los pacientes tienen dificultades interpersonales y carecen de la validación consensual franca y sincera de una relación íntima". (*Yalom., I. Theory and Practice of Group Psychotherapy. Basic Books. 1995*)

En la terapia de grupo, en especial en las primeras etapas, ver negado su sentimiento de singularidad constituye una poderosa fuente de consuelo. "Después de escuchar a otros miembros revelar preocupaciones similares a las suyas, los pacientes informan sentirse más en contacto con el mundo y describen este proceso como una experiencia de ser bienvenidos a la raza humana, sencillamente este proceso se expresa en el cliché: "todos nos encontramos en el mismo bote" o más clínicamente "la desgracia ama la compañía." (Yalom., *I. Theory and Practice of Group Psychotherapy. Basic Books. 1995*)

Ningún hecho o pensamiento humano es totalmente extraño a la experiencia de los otros. A pesar de la complejidad de los problemas humanos ciertos denominadores comunes son muy evidentes, y los miembros de un grupo de terapia pronto perciben sus similitudes.

La universalidad no puede apreciarse separadamente en la medida en que los pacientes descubren su similitud con los otros y comparten sus preocupaciones más profundas, se benefician más con la catarsis consiguiente y con la aceptación esencial por parte de los otros miembros.

13.4. Impartir Información

"Aquí se incluyen la instrucción didáctica sobre la salud mental, sobre las enfermedades mentales y la psicodinámica general que dan los terapeutas y también los consejos, sugerencias o la orientación directa sobre los problemas vitales que ofrecen los terapeutas o los otros pacientes". (Yalom., *I. Theory and Practice of Group Psychotherapy. Basic Books. 1995*)

La mayoría de los pacientes al terminar con éxito una terapia de grupo interaccional, han aprendido mucho sobre el funcionamiento psíquico, el significado de los síntomas, la dinámica interpersonal y de grupo y sobre el

proceso de la psicoterapia "la instrucción didáctica se ha empleado en diversos tipos de terapia de grupo: para transmitir información para estructurar al grupo, para explicar el proceso de la enfermedad; a menudo funciona como la fuerza vinculadora inicial del grupo hasta que empiezan a operar otros factores curativos sin embargo la explicación y la aclaración en parte funcionan como agentes curativos eficaces por su propio derecho.

Explicar un fenómeno es el primer paso para controlarlo. El temor y la angustia que surge de la incertidumbre de la fuente, el significado y la gravedad de los síntomas psiquiátricos pueden causar una disforia total.

Por esto la instrucción didáctica al ofrecer una estructura y una explicación, tiene un valor intrínseco y merece un lugar en nuestro almacén de instrumentos terapéuticos.

"A diferencia de la instrucción didáctica del terapeuta, los consejos directos de los miembros del grupo terapéutico aparecen sin excepción y es parte invariable de la vida temprana del grupo; en forma indirecta sirve a un fin, el proceso de aconsejar mas bien que el contenido del consejo puede ser beneficioso, ya que implica y transmite un interés y una preocupación mutuos". (*Yalom., I. Theory and Practice of Group Psychotherapy. Basic Books. 1995*)

La conducta de aconsejar o buscar consejos a menudo es una clave importante para elucidar la patología interpersonal.

13.5. Aspectos técnicos en la fase inicial del tratamiento

Normalmente, los pacientes son remitidos al grupo después de haber sido desintoxicados y dados de alta en el servicio médico de la clínica. El tema inicial y principal en el grupo es el consumo de sustancias.

En esta fase, el terapeuta centra sus intervenciones y el intercambio entre los miembros del grupo en el consumo de las drogas de preferencia. Se tienen que clarificar y confrontar excusas, justificaciones y defensas como negación, racionalización, proyección o humor sarcástico. El adicto utiliza estos mecanismos defensivos para manejar sus relaciones y su vida en torno al abuso de sustancias. Se trabaja como recurso técnico el "aquí y ahora" de la sesión.

El objetivo es la creación de vínculos positivos y constructivos entre los miembros del grupo y con el terapeuta, donde los pacientes aprendan a pedir y aceptar apoyo de los demás. Elementos fundamentales para el trabajo inicial, son la aceptación incondicional y la retroalimentación positiva entre todos. En la fase inicial del tratamiento se emplean técnicas educativas, así como intervenciones conductuales y cognitivas (enseñar a detectar las circunstancias que llevan a consumir y a idear estrategias alternativas).

En una clínica cuyo trabajo con los pacientes se basa en el concepto de la adicción como enfermedad y la filosofía de Alcohólicos Anónimos, todos los terapeutas deben haber observado reuniones y estar familiarizados con la filosofía de AA.

13.6. La preparación del paciente para el grupo

Ingresar a cualquier grupo resulta difícil, y mucho más cuando el paciente se interna en una clínica. Normalmente, lo hace después de circunstancias especiales que precipitan o deciden su ingreso. Al ingresar al grupo muchos pacientes se encuentran en la fase de abstinencia, que va asociada con frecuencia a la dependencia de sustancias. La atención médica en la clínica ayuda a reducir síntomas y la necesidad irresistible (craving) de volver a tomar la sustancia. Sin embargo, hay concomitantes fisiológicos y cognoscitivos debido al cese del uso prolongado de sustancias. En estos momentos, el paciente suele sentirse peor de

cómo se le ve y oye. Así en muchos casos, empieza a participar siguiendo solo intervenciones y sugerencias muy concretas, simples y rudimentarias.

- Aunque sea imposible establecer una verdadera alianza de trabajo con una sola entrevista previa, el encuentro inicial paciente-terapeuta logra reducir considerablemente la ansiedad y el miedo.

No hay un método, pero clínicamente se considera útil lograr lo siguiente en la preparación del paciente:

- Establecer una alianza preliminar entre el paciente y el clínico.
- Tener una idea clara sobre qué espera el paciente de la terapia.
- Dar información e indicaciones sobre la terapia de grupo.
- Manejo de la ansiedad o el miedo inicial sobre el ingreso al grupo.
- Presentación de las reglas para el trabajo en grupo y obtención de la aceptación por parte del paciente.

14. LA RESISTENCIA

Los pacientes adictos se describen como resistentes. Desafortunadamente suele llevar implícito un juicio negativo.

Para la terapia es fundamental preguntarse cómo hacer para trabajar con la resistencia y no en contra de ella. A mayor fuerza del terapeuta en contra de las drogas, mayor resistencia del paciente, con el riesgo de que se compacte la adicción. Desde luego, el terapeuta aboga por la sobriedad y todo el mundo, incluyendo al paciente, lo sabe. De hecho, por eso viene a buscar ayuda.

A continuación se describen cinco estrategias propuestas por Washton, A.M. (1995) para vencer dificultades terapéuticas en el manejo de la resistencia:

- Es importante que el terapeuta recuerde, que el paciente sintió efectivamente alguna vez, que drogarse le era útil, necesario o bueno. Esto es un tema a hablar con el paciente. Se necesita entablar la discusión que permita ver ambos polos de sus experiencias. Se debe personalizar, ubicar las vivencias en el contexto de vida de cada adicto.
- Por todos los medios el terapeuta debe evitar caer en disputas.
- El terapeuta debe aliarse a la resistencia. Cuando se va del lado del argumento del paciente, este podrá cambiarse al lado que queda libre. Frecuentemente, así sorprende al paciente y logra que escuche. El terapeuta debe cuidar que no suene sarcástico, manipulador o artificial.
- Hacer el conflicto explícito y consciente, lo que otros autores llaman crear una disonancia cognitiva o poner a la luz contradicciones. Se trata de obtener conciencia sobre cómo la adicción interfiere con planes y deseos. Por ejemplo, al hablar sobre ellos y el futuro y cómo se lograrían, el paciente puede llegar a **relacionar los fracasos del pasado con la adicción**. Esto ayuda a verbalizar cómo las drogas crean problemas en la vida y a reconocer lo que se negó anteriormente.
- Reconocer dónde está ubicado el paciente. Así se evita discutir y diagnosticar. Cuando el paciente llega a la sesión a hablar de su soledad, que lo hable.

Tanto el paciente como el terapeuta llegarán a hablar de la droga, pero es útil **empezar con lo que el paciente siente** como importante y trabajar desde allí. Es terrible sentirse solo, tener problemas en el trabajo y la meta de la terapia es mejorar todo esto. El terapeuta puede aceptar esta meta y sugerir al paciente asomarse a lo que esta pasando.

15. ASPECTOS ÉTICOS EN EL TRABAJO TERAPÉUTICO

- Para ayudar a los pacientes adictos y a sus familias, la guía es el antiguo lema "***primum non nocere***" (ante todo no dañar). Sin embargo, también hay que reflexionar sobre cómo se lastima por no actuar. La ética comprende los principios de moralidad, incluyendo la ciencia del bien y la naturaleza de lo justo. Muchas veces se presentan situaciones complicadas en los centros de tratamiento ya que coinciden y hay que conciliar intereses muy distintos: los clínicos, los administrativos, los financieros y los del poder.
- El clínico trabaja tomando decisiones éticas basadas en lo que es beneficioso para el paciente. Esto no es nada sencillo. Es complicado porque prácticamente todo el trabajo se mueve en el terreno de lo subjetivo: se trata de actitudes, espiritualidad, auto-disciplina, sistemas de valores y creencias. Se espera que el terapeuta haga el esfuerzo de separar su sistema de creencias personales, de la necesidad clínica del paciente.
- Una de las metas terapéuticas es la autonomía del paciente. Desde el punto de vista ético significa que el paciente, una vez terminado su proceso terapéutico, sabrá actuar de forma ética o moral y deberá poder elegir por sí mismo lo que va a hacer. Necesita aprender cómo los consejos de los demás, las presiones de fuentes externas, a la hora de la verdad, las puede dejar de lado y decidir y elegir por sí mismo. Aquí puede darse un problema cuando un terapeuta realiza su trabajo, sin tomar en cuenta los aspectos éticos, con más entusiasmo que formación, con esta combinación común de idealización, expectativas poco realistas, pensamiento mágico-fanático y ansiedades acerca de su competencia clínica.
- El poder de la relación paciente/terapeuta puede llegar a ser dramático, aunque muchas veces sea subestimado, cuando el clínico se confunde y no

sabe apreciar dónde y en qué fase de recuperación se encuentra el paciente.

- Los terapeutas pueden ejercer influencias que no les competen sobre aspectos vitales y existenciales de los pacientes. Hay un sentido de poder inflado, aunque no se reconoce.
- Se hace aparente cuando por ejemplo, se recibe al paciente en una clínica diciendo: "Usted ha llegado a un lugar excepcional. Tenemos el mejor programa de tratamiento del mundo; por eso, debería hacer todo lo que le decimos, sin cuestionamiento".
- Cuando el terapeuta no confronta o revisa sus propios principios éticos, difícilmente lo podrá hacer con el paciente. Hay responsabilidades morales que no se resuelven al llamar a la adicción enfermedad. El paciente no es responsable por tener la enfermedad, pero si tiene la obligación de hacer algo al respecto. La obligación ética del terapeuta es ayudar a que el paciente confronte esa responsabilidad con sus acciones.
- Otro tema con implicaciones éticas es la calificación profesional del terapeuta, ya sea una persona que tiene un proceso de recuperación o sea académico. Mantenerse a nivel de experto requiere de un esfuerzo de educación continua. Una persona profesional se distingue por su ética y por su preocupación por hacer el mejor trabajo que pueda. Los centros o lugares de tratamiento pasan por cambios en la calidad de sus servicios profesionales. Aunque se trabaje con un programa estructurado, el cómo se trabaje y el tratamiento que reciben los pacientes, tiene que ver con las personalidades y el liderazgo en la institución. Cuando hay cambios del personal o cuando hay periodos donde no existe una relación de equipo, lo primero que se resiente es el cuidado de los pacientes y con ello las posibilidades de éxito en el tratamiento que se ofrece. Es cuando toda una

institución puede fallar éticamente, ya que no se puede proteger el bien del paciente.

- Para terminar, se menciona la **confidencialidad** como el primero de los tópicos éticos. Cualquier información privada que dé algún paciente durante el tratamiento, jamás debe ser usada o repetida de manera que pudiera ser identificada con o por persona alguna.

16. LA IMPORTANCIA DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL EN EL TRATAMIENTO

En todas las entrevistas con directivos de centros en los que se practica el Método Minnesota como base para el tratamiento, se puede comprobar la importancia que otorgan a la Entrevista Motivacional como parte fundamental del proceso terapéutico. Por eso es importante citar y describir los fundamentos de dicha estrategia.

16.1. ¿Qué es la Entrevista Motivacional?

Una forma concreta para ayudar a las personas a que reconozcan y se preocupen de un problema concreto. Ayuda a resolver la ambivalencia que existe en las conductas no saludables y prepara el terreno para el trabajo terapéutico posterior. Profundiza en los motivos por los que se mantiene un hábito y por los que habría que dejarlo.

En la estrategia motivacional, el terapeuta no asume un rol autoritario ni de experto. Se reconoce que la responsabilidad está en manos del individuo. Las estrategias que se utilizan son más de persuasión y apoyo que coercitivas o de discusión.

No hay que tener prisa en avanzar, pues cuanto con más carga de motivación se empiece el camino, más posibilidades hay de terminarlo. En todas las entrevistas se hará hincapié en los motivos para el cambio (que serán expuestos por el paciente). El profesional hace solamente de catalizador del proceso, fundamentalmente escuchando, pero de forma activa, reflexiva, actuando como un espejo en el que el paciente se ve y va descubriendo el camino que desea tomar. Cuando aparezcan las resistencias (pero no es fácil), debemos evitar rebatirlas con argumentos e intentaremos que el propio paciente encuentre y de las respuestas a esos "peros".

16.2. Principios de la Entrevista Motivacional:

Los principios de la E.M. son:

- Expresar empatía. Es el principio de aceptación. Paradójicamente, cuando se acepta al paciente tal y como es, se encuentra más libre para poder decidir cambiar.
- Crear la discrepancia. Pero el objetivo no es que la persona se sienta aceptada para que siga con esa conducta. Hay que conseguir enfrentar al paciente con una realidad no placentera, crear una disonancia cognitiva entre lo que es y lo que querría ser.
- Evitar la discusión. La discusión posiciona al paciente al otro lado de la balanza, crea resistencias, conductas defensivas; la aparición de resistencias, nos indica que debemos cambiar de estrategia.
- Darle un giro a las resistencias. Cuando aparecen las resistencias, debemos pensar que esas percepciones se pueden cambiar, y se pueden sugerir otros puntos de vista. Generalmente es el propio paciente el que puede contestar a las mismas y encontrar las soluciones a lo que plantea. Si rebatimos las resistencias, provocamos discusión.

- Fomentar la autoeficacia. Si enfrentamos al paciente a una realidad desagradable pero no se siente capaz de cambiarla, no iniciará ningún camino. El mensaje a transmitir es el de que él puede hacerlo. No solo puede, sino que debe, está en su mano y nadie lo hará por él. Nosotros le ayudaremos en ese camino que él irá trazando.

16.3. Tareas a realizar en la E.M:

1. *Estadiar*. La primera tarea es saber en que estadio de la rueda del cambio está situado.
2. *Preguntas abiertas*. Empezar la entrevista con preguntas abiertas, es decir, que no puedan ser contestadas con una o dos palabras, que permitan y animen al paciente a explicarse incrementando así su percepción del problema.

“¿Qué aspecto de su salud (o la salud de su hijo/a) le preocupa más?”

“¿Cómo te sientes fumando la cantidad que fumas?”

Con ello se pretende favorecer que el paciente exprese tantas frases de preocupación como sea posible ya que todos tendemos a creernos con mayor fuerza aquello que nos oímos decir a nosotros mismos.

3. Escucha *reflexiva*. Es una de las habilidades cruciales de la entrevista motivacional. Aquí el profesional no se limita a escuchar lo que dice el paciente, sino que se responde a lo que él va diciendo reflejándolo. El profesional es quién decide que es lo que refleja y que es lo que ignora, que seha de enfatizar y que palabras usar.
4. Ofrecer una *Atención empática* sin emitir juicios ni dar soluciones prematuras, es una forma de recompensar al paciente y favorecer que se siga expresando:

- a. Repitiendo: un elemento que ha dicho el paciente
 - b. Refraseando: Sustituye algunas palabras por sinónimos o altera ligeramente lo que se ha dicho clarificándolo
 - c. Parafraseando: Infiere el significado de lo que se ha dicho y lo refleja con nuevas palabras.
 - d. Señalando un sentimiento: Hacer énfasis en el aspecto emocional mediante frases que muestren sentimientos.
 - e. Evitando utilizar "barricadas": intervenciones del terapeuta que paran, bloquean, desvían, cambian de dirección el discurso del paciente (ordenar, advertir, aconsejar, argumentar, avergonzar, juzgar, culpabilizar)
5. Sumario: *destacando lo mas crucial*. Pueden ser utilizados para poner en común el material que se ha ido comentando. Refuerza lo más importante que se ha dicho, demuestra que se ha escuchado con atención y prepara al paciente para proseguir.

Los sumarios ponen en evidencia la ambivalencia del individuo. Es una manera de permitir que la persona examine simultáneamente las razones en pro y en contra: "por un lado ... y por otro"

Los sumarios son espacios para describir lo que el paciente nos acaba de decir, no para exponer lo que nosotros pensamos.

6. *Destacar los aspectos positivos*. Deben recompensarse las afirmaciones de preocupación para animar a que el paciente nos verbalice más. En la fase de contemplación la gente suele tener bajos niveles de autoestima o poca confianza en sus habilidades para cambiar. Las reestructuraciones positivas sirven para rehabilitar la autoestima y el sentido de autoconfianza del paciente.

7. *Favorecer frases de automotivación.* Se trata de que el paciente despegue de la ambivalencia y avance hacia una decisión. Pero tiene que ser el paciente el que exprese los argumentos para cambiar. El trabajo del profesional es facilitar que el paciente exprese esos argumentos de: reconocimiento del problema, preocupación, intención de cambio y optimismo.

¿Con qué técnicas? :

- a. Preguntas evocadoras: Preguntas que favorezcan que el paciente exprese su reconocimiento y preocupación por el problema y su intención de cambiar.
- b. Balance decisonal: Ayudarle a razonar los aspectos positivos y negativos de la antigua y de la nueva conducta.
- c. Utilizar los extremos: Imaginar la peor de las consecuencias posibles.
- d. Mirar hacia atrás: ¿cómo era el paciente antes del inicio del hábito?
- e. Mirar hacia delante ¿cómo se encontrará después de abandonarlo?
- f. Explorar los valores que son realmente importantes para su vida.
- g. Paradoja terapéutica: El terapeuta adopta el papel de que no hay problema o no es el momento de solucionarlo, provocando que el paciente le convenza de lo contrario.

8. *Evitar trampas*

- a. Trampa de la pregunta –respuesta. Implica una relación entre un experto activo y un paciente pasivo y proporciona pocas ocasiones para que el paciente analice su situación.

- b. Trampa del enfrentamiento –negación. Cuando el terapeuta empieza a decir al paciente que tiene un serio problema y prescribe un patrón de conducta que hay que seguir el paciente suele expresar reticencias (“realmente no es para tanto”)
 - c. Trampa del experto. El terapeuta da la impresión de que tiene respuestas para todo. El paciente adopta un rol pasivo como receptor de los consejos de un experto.
 - d. Trampa de la etiqueta. Tendemos a creer que es enormemente importante que el paciente adopte una etiqueta diagnóstica, pero esas etiquetas suelen acarrear unos estigmas por lo que solemos encontrarnos con una resistencia
 - e. Trampa de la focalización prematura. Puede surgir una resistencia si el paciente y terapeuta se centran en problemas distintos.
 - f. Trampa de la culpabilización. La clave es dejar claro que aquí la culpa es irrelevante.
9. *Reconocer y trabajar las resistencias.* Las resistencias muestran la dificultad en conseguir hacer un cambio en profundidad. Son normales al inicio y aparecen solas, pero un abordaje erróneo las exagera y alimenta hasta el punto de disuadir al paciente de intentar nada. Categorías de resistencias del paciente
- a. Argumentar: desafiar, devaluar o agredir al profesional
 - b. Interrumpir: cortar o no dejar acabar.
 - c. Negar: minimizar, excusar, mostrar pesimismo.

d. Ignorar: no prestar atención, no responder, cambiar de tema.

10. *Estrategias para afrontarlas*

a. Frases por reflexión. Consiste en devolver la propia resistencia, de forma simple o amplificada, o exagerada, incluso más extrema de lo que el paciente lo ha hecho. Esto dará lugar a que el paciente retroceda un poco y fomentará la otra parte de la ambivalencia.

b. Focalizar. Cambiar de tema, desviar la atención del paciente de lo que parece una piedra inmóvil en el camino del cambio. Se trata de "rodear" un obstáculo en vez de intentar derribarlo.

c. Empatizar y ceder en algunos aspectos. Comprender la resistencia, pero ofrecer un acuerdo dando un giro a la misma.

d. Enfatizar la libertad y el control del paciente. La resistencia surge del fenómeno de la reacción, cuando la persona piensa que su libertad está siendo amenazada. El mejor antídoto a esta reacción es dejar claro lo que sabemos que es cierto: que el paciente es el que va a decidir lo que ocurra.

e. Reestructurar o reformular. Cuando el paciente ofrece argumentos que a él le sirven para negar un problema, podemos, reconociendo en cierto modo la validez de dichos argumentos, ofrecer un nuevo significado o interpretación de los mismos favorable al cambio.

f. Paradoja terapéutica. Las intervenciones paradójicas son arriesgadas y requieren habilidad. El terapeuta se pondría a favor del no cambio e

incluso recomendaría al paciente que continuara con la conducta problema, dándole las razones por las que no debería cambiar. Debe hacerse en un tono calmado, no crispado. Puede utilizarse cuando se hayan aplicado sin éxito otras estrategias.

16.4. FASES DE LA E.M.: DETERMINACIÓN-ACCIÓN-MANTENIMIENTO

Son tres fases:

Fase de determinación

Llega un momento en el que es necesario cambiar las estrategias (cuando el objetivo cambia de la creación de la motivación a un aumento del compromiso). En este momento el paciente está preparado para cambiar pero aún no ha asumido una firme decisión o compromiso para hacerlo. Van disminuyendo las resistencias y las frases de automotivación son cada vez más frecuentes. Además de seguir ahondando en las estrategias anteriores, pueden ser útiles, el diario de salud y la hoja de balance.

1. Diario de salud

Registro sistemático de la frecuencia en que se produce una conducta y de otros aspectos relevantes relacionados con ella. Automonitorización. Ayuda al paciente a aumentar su percepción sobre sus patrones de conducta y sus consecuencias. Proporciona información sobre aspectos de cómo conseguir el cambio, permite ver las pautas y el estilo de vida de la persona, sacando observaciones que nos permitan proponer cambios específicos en sus hábitos.

2. Hoja de balance

Es una hoja de dos columnas con razones en contra y a favor del cambio. Clarifica al máximo las dificultades y los beneficios de una determinada conducta y de cualquier cambio. Permiten al paciente ampliar la conciencia sobre su hábito, aumentar el nivel de conflicto y empezar a pensar seriamente en cambiar.

Fase de acción

Las tareas a realizar en esta fase serían ayudar al paciente a verbalizar el compromiso del cambio y desarrollar un plan de actuación conjunto:

a. *Sumarios*

b. *Preguntas activadoras.* Para que el paciente piense y hable sobre el cambio ¿Qué ha de hacer? ¿Cómo piensa cambiar? La pregunta activadora pretende que el paciente verbalice el cambio.

c. *Elaboración del plan.* Una vez que el paciente ha respondido a las preguntas activadores, se empezará a elaborar y negociar un plan que debería incluir:

d. *Las metas del cambio.* El profesional debe ayudar al paciente a encontrarlas pero sin imponerlas. Se puede dar un consejo pero siempre es el paciente el que ha de escoger. ¿Cómo le gustaría que fueran las cosas para que fueran distintas?, ¿Qué quiere cambiar?, ¿Por donde quiere empezar?

e. *Las opciones para llegar a él.* Una vez definidas las metas, hablaremos de cómo conseguirlo. Es importante escoger un camino

apropiado. A pesar de los esfuerzos del profesional el paciente puede no escoger el camino que pensamos que es mejor para él/ella.

f. *Concretar el plan.* La base de la discusión es elaborar un plan que encaje con las metas, necesidades, intenciones y creencias del paciente.

Para finalizar debe hacerse un resumen del plan y conseguir un compromiso verbal del paciente. Es aconsejable hacer público el compromiso a otras personas pero siempre con permiso del paciente.

A pesar de que el paciente cambie, en el estadio del cambio, las estrategias de la entrevista motivacional no se han de dejar entendiendo que la ambivalencia puede seguir presente.

Fase de mantenimiento

Aquella en que el paciente continúa observando la nueva conducta de forma estable. El verdadero cambio conductual se puede establecer cuando observamos un periodo de abstinencia de algunos años de duración.

1. Tareas

Prevención de recaídas. La evolución natural del proceso de cambio de conductas comporta en la mayoría de los casos recaídas y por tanto el volver nuevamente a otro punto de la rueda del cambio. Las tareas serán: Incrementar la autoestima y la autoeficacia y proporcionar feed back.

2. Técnicas:

Identificación conjunta de las situaciones de riesgo

Elaboración de estrategias para afrontarlas: Romper los sentimientos de culpa, hacer señalamientos emocionales, reconversiones positivas y aumentar la autoestima.

17. CONCEPTOS BASICOS PARA ENTENDER EL MÉTODO

17.1. La Terapia Cognitivo-Conductual

A diferencia de las terapias psicodinámicas, se aboca a modificar comportamientos y pensamientos, antes que brindarle al paciente la oportunidad de simplemente descargar sus sentimientos. Está orientada hacia el presente, se investiga el funcionamiento actual y no hay mayores exploraciones del pasado, aunque por supuesto se hace una historia clínica y se pone énfasis en los patrones disfuncionales actuales de los pensamientos y conductas; al énfasis de la TCC está puesto más en el "Qué tengo que hacer para cambiar" que en el "Por qué". Muchas veces, el explorar expresamente y conocer cuáles son los motivos de lo que nos ocurre no alcanza a brindar una solución y no es suficiente para producir un cambio.

Se utilizan terapias a corto plazo y se pone el énfasis en la cuantificación, y se pueden medir los progresos obtenidos. La relación terapeuta-paciente es de colaboración y el enfoque es didáctico. Paciente y terapeuta se comprometen a trabajar con un objetivo común. Los pacientes pueden aportar sugerencias y participar en el diseño de las tareas. En muchos casos, se utiliza la biblioterapia, que consiste en que el terapeuta recomiende o facilite libros, folletos o apuntes acerca del problema para que el paciente se informe de lo que le sucede.

Tiende a fomentar la independencia del paciente. Dado que este tipo de terapia busca lograr un funcionamiento independiente, en ella se enfatiza el aprendizaje, la modificación de conducta, las tareas de autoayuda y el entrenamiento de habilidades. Además, se refuerza el comportamiento independiente. Está centrada en los síntomas y su resolución. El objetivo de la terapia es aumentar o reducir conductas específicas, como por ejemplo ciertos sentimientos, pensamientos o interacciones disfuncionales. Se definen objetivos concretos a lograr y de esa forma es mucho más fácil evaluar o modificar los síntomas específicos y saber claramente lo que se quiere obtener o hacia adonde apunta la terapia.

La meta de la TCC es eliminar, o al menos reducir los síntomas, y postula que si desaparecen, por ejemplo, los síntomas de pánico, inmediatamente también va a haber

una mejoría en otras áreas, sin que aparezcan otros síntomas que los reemplacen. Pone el énfasis en el cambio.

Se le solicita al paciente practicar nuevas conductas y cogniciones en las sesiones, y generalizarlas afuera como parte de la tarea. Desafía la posición del paciente, sus conductas y sus creencias. Activamente se le confronta con la idea de que existen alternativas posibles para sus pensamientos y patrones habituales de conducta, se promueve al autocuestionamiento. Se centra en la resolución de problemas.

Al comienzo de cada sesión el terapeuta indaga acerca de los problemas en los que el paciente focalizó su trabajo y cuáles necesita resolver en ese momento. Al concluir la sesión, le pregunta si ha hecho algún progreso al respecto. Utiliza planes de tratamiento.

Generalmente, la terapia utiliza planes específicos de tratamiento para cada problema, no utilizando un formato "único" para las diversas consultas. Propone una continuidad temática entre las sesiones. En cada sesión se revisan las tareas

indicadas para la semana anterior, se estudia cuál es el problema actual y se planean actividades para la semana siguiente.

Desmitifica la terapia. El plan de tratamiento y el proceso terapéutico retiran el "velo de misterio" que cubre a casi todas las psicoterapias, al permitirle al paciente un libre acceso a la información teórica o metodológica mediante la biblioterapia.

Tiene una base empírica y trabaja con la participación activa del paciente.

Las tesis cognitivo-conductuales han sido ampliamente comprobadas respecto a su eficacia para tratar una variedad de trastornos. Es decir, más que simplemente decir que funciona, está comprobado que funciona.

17.2. Modelo familiar Sistémico

El punto de partida es el principio de que toda conducta es comunicación. La persona se encuentra inserta en un "sistema" siendo los miembros de ese sistema interdependientes. Por tanto, un cambio en un miembro afecta a todos los miembros del sistema. El síntoma tiene valor de conducta comunicativo; el síntoma es un fragmento de conducta que ejerce efectos profundos sobre todos los que rodean al paciente; el síntoma cumple la función de mantener en equilibrio el sistema. La terapia va dirigida a intervenir activamente en el sistema para modificar las secuencias comunicativas defectuosas.

En los anteriores modelos de salud mental, la unidad de diagnóstico y tratamiento es el individuo, en el modelo interaccional o sistémico, la unidad es el conjunto de individuos que forman la relación. La idea de intentar tratar a una familia aparece en América en 1950. Algunos terapeutas notaban que cuando sus pacientes cambiaban en la terapia individual, esto tenía consecuencias dentro de la familia: algún otro desarrollaba síntomas, o la familia empezaba a apartarse.

El cambio rápido de un síntoma severo en un paciente producía inestabilidad en el matrimonio y la familia. Por estas fechas estaba claro que la terapia familiar era un concepto diferente de cambio más que un método adicional de tratamiento: para cambiar a un individuo se requiere una manera de pensar, y para cambiar la interacción entre los miembros de una familia, se requiere otra.

Se trataba de cambiar el medio relacionar en que vive la persona, no sacarla de este medio e intentar cambiarla a ella.

Más que desarrollarse la terapia familiar de acuerdo con una teoría, parecía que se estaba luchando para encontrar una teoría donde encajar las prácticas.

Así pues, la Terapia Familiar trata de modificar el equilibrio de la relación patogénica entre los miembros de la familia, a fin de facilitar nuevas formas de relación. Un síntoma de cualquier miembro de la familia en un momento determinado se ve como expresión de un sistema familiar disfuncionante. Para comprender el síntoma se debe comprender no solo al portador del síntoma, sino también a la familia y al sistema familiar, ya que el síntoma cumple la función de mantener el equilibrio del sistema familiar.

Se podría establecer una regla empírica: Cuando el "por qué" de un fragmento de conducta permanece oscuro, la pregunta "para qué" puede proporcionar una respuesta válida.

17.3. Psicología Gestalt

La terapia Gestalt, fue desarrollada después de la Segunda Guerra Mundial por Fritz Perls y su esposa Laura. Fritz consideró que la raíz de los trastornos psicológicos podía estar en la incapacidad de las personas de integrar exitosa y acertadamente las partes de su personalidad en un todo saludable.

Perls era psicoanalista, pero ciertas discrepancias con los métodos y teorías freudianos lo llevaron a crear su propia línea terapéutica. Aplicó los principios de la psicología gestáltica al postular que las personas emocionalmente saludables organizan su campo de experiencia en necesidades bien definidas que les sirven de referencia a la hora de organizar su conducta.

Las personalidades neuróticas interfieren con la conformación de la gestalt apropiada y no llegan a adecuarlas a sus necesidades.

Perls, consideró que la raíz de los trastornos psicológicos podía estar en la incapacidad de las personas de integrar exitosa y acertadamente las partes de su personalidad en un todo saludable. En la terapia el terapeuta anima al cliente a vivenciar sus emociones y reconocerlas por lo que son en realidad a través de la percepción ingenua y la experiencia inmediata.

Fritz creó la escuela y el estilo actual de la terapia Gestalt que pretende resolver los conflictos y ambigüedades que provienen de la dificultad para integrar las configuraciones de la personalidad. Su papel es lograr que el sujeto de terapia se haga consciente de sus sensaciones significativas hacia sí mismo y hacia su entorno, de suerte que pueda responder plena y razonablemente a cualquier situación. La clave es enfocarse en el "aquí y ahora", no en las experiencias del pasado, y una vez situados en el "aquí y ahora" puede enfrentar conflictos pasados o asuntos inconclusos –las llamadas gestaltes inconclusas, o cosas sin llevar realmente a término, desde funciones muy elementales a cierre de ciclos-.

Tiene una particularidad esta terapia, y es que funciona mejor, pero mucho mejor en grupos. Las bases de la Gestalt son el aquí y el ahora, lo obvio y la toma de consciencia ("darse cuenta") de lo que hacemos realmente en nuestras vidas, cómo lo hacemos y qué es lo que queremos o necesitamos en realidad (y cómo podemos conseguirlo).

La propuesta de que todo lo que percibimos es el resultado de procesos organizadores, de carácter no innato, y por tanto la realidad que nos rodea no es absolutamente determinante, nos hace dueños de la libertad de percibir infinidad de realidades alternativas alterando controladamente los principios organizadores de nuestra consciencia. Al igual que en otras terapias humanistas, la Terapia Gestalt es un enfoque holístico de la experiencia humana, asume la tendencia innata a la salud, la integridad y la plena realización de las potencialidades latentes, promueve la propia responsabilidad de los procesos en curso y conciencia sobre las propias necesidades y su satisfacción.

Esta terapia moviliza el pasado vivido por cada uno y establece un contacto con el presente y un intercambio favorable con el entorno. Cambia el "por qué" por el "cómo" otorgando perspectiva y orientación. Utiliza técnicas vivenciales, el experimento y el laboratorio. Antepone la espontaneidad al control; la vivencia, a la evitación de lo molesto y doloroso; el sentir, a la racionalización; la comprensión global de los procesos, a la dicotomía de los aparentes opuestos.

La Terapia Gestalt también se puede considerar una filosofía de vida en la cual, la persona asume los valores de auto-respeto, auto-responsabilidad sobre todo lo que siente, piensa y hace; honestidad y desarrollo con los pies bien firmes en la tierra, relacionándose con los demás y con su entorno de forma abierta y madura.

18. ALGUNAS VARIANTES DEL MÉTODO MINNESOTA

Se pueden encontrar a lo largo de todo el mundo numerosos centros que aplican este Método de tratamiento. Basándose en las premisas básicas, sin embargo han modificado algunos aspectos con la intención de mejorar los resultados.

1. Centro Marenostrum:

Es un centro de tratamiento integral, que surgió en 1984, situado en la comarca del Vallés, en Mollet del Vallés (Barcelona), en el cual se puede seguir el tratamiento según las premisas del Modelo Minnesota.

-Tratamiento de desintoxicación de adicciones:

1. Ingreso

El ingreso se realiza en régimen abierto en las instalaciones del centro. El mismo se compone de las siguientes fases:

a. Desintoxicación

Bajo una estrecha vigilancia médica, el paciente recibe el tratamiento médico de apoyo.

b. Deshabitación

La dependencia altera enormemente los hábitos, conductas y actitudes de la persona que la padece.

La deshabitación es el proceso de normalización de estos hábitos y actitudes alterados para mejorar la calidad de vida del paciente y su integración en el entorno familiar. Se analizan exhaustivamente los hábitos de vida y consumo del paciente, identificándose las situaciones de riesgo con el objetivo final de evitar futuras recaídas.

c. Rehabilitación

Utilizando como vehículo conductor la terapia grupal e individual, esta fase tiene como objetivo la recuperación de aquellas habilidades perdidas por el paciente fruto de su adicción. En dichas terapias se trabaja con el paciente y con su entorno familiar directo. Paralelamente se realizan actividades encaminadas a controlar los impulsos, reducir la ansiedad y mejorar las habilidades personales y sociales del paciente.

d. Reinserción

En esta fase del tratamiento, se prepara la vuelta del paciente a su entorno familiar y social. La reinserción del mismo en su entorno es el objetivo final del tratamiento. Para ello el seguimiento médico y terapéutico continuaran tras la salida del centro del paciente hasta alcanzar este objetivo plenamente.

2. Seguimiento

Una vez finalizado el ingreso, el paciente asistirá a terapias externas de acuerdo con el plan de seguimiento personalizado prescrito por el equipo terapéutico. Dichas terapias se complementaran con las visitas médicas y terapéuticas individualizadas.

2. META Adicciones (Modelo específico tratamiento de adicciones)

Es un centro de referencia en Barcelona, que aplica los principios básicos del Método Minnesota. Existen cuatro fases en el tratamiento:

El primer contacto consiste en una visita individual con el paciente, se hace un pequeño resumen de su vida, luego se visita a lo familiares exponiendo sus vivencias desde otro punto de vista. Para finalizar se visita conjuntamente a familiares y paciente.

Primera fase: Es aquí cuando comienza la primera fase, **desintoxicación**. Dependiendo de la valoración se hace una desintoxicación ambulatoria o un ingreso máximo de un mes, dependiendo del estado del paciente.

Segunda fase: Cuando el paciente se desintoxica pasamos a la fase de **deshabitación** mediante las terapias de grupo. Estas terapias se basan en las propias experiencias de compañeros que han pasado por la misma situación. Las terapias se realizan de lunes a viernes, mañana y tarde siendo la duración de dos horas cada una con un intermedio de 15 minutos.

Tercera fase: Estamos en la fase de **rehabilitación**, introduciendo estímulos directos de la vida cotidiana.

Cuarta fase: La última fase es la de **reinserción**. En ella el paciente lleva una vida totalmente normalizada sin consumir drogas.

Meta Adicciones es un centro que funciona como centro de referencia en Barcelona de Marenostrom.

3. Centro Andasol:

Situado en Fuengirola (Málaga), define su tratamiento en los siguiente términos:

El modelo Minnesota, el cual seguimos, aboga por el concepto de la **enfermedad**, con 2 metas claras a conseguir:

1. La **Abstinencia** Total de Alcohol y Drogas.
2. Una **Vida de Calidad** con Salud Física y Emocional.

Se apoya en la psicología Gestalt, de la cual resalta el enfoque de la Psicología Humanista. Destaca la capacidad inherente del ser humano de tener libre voluntad y no estar bajo el control de factores, ni internos ni externos. También se interesa por la capacidad del ser humano para elegir sus propias pautas de vida, ya que solo él puede hacer elecciones racionales con respecto a su propia conducta, enfatizando la importancia de las tendencias hacia el crecimiento personal que existe en cada uno de nosotros.

Propone la aplicación de una nueva disciplina, el **coaching** que en términos sencillos, sirve para ayudar a conseguir lo mejor de lo que haces o de lo que deseas hacer, utilizando todas tus habilidades y recursos para ello.

¿Cómo se desarrolla una sesión de Coaching?

Siguiendo la dinámica establecida por la ICF (International Coaching Federation), en cada sesión, el cliente elegirá el asunto donde quiere llevar la atención mientras el coach escucha y contribuye con preguntas y observaciones. Esta interacción crea claridad y mueve al cliente hacia la acción.

El Coaching acelera el progreso del cliente mediante el foco de atención más centrado en el asunto que ha propuesto el cliente y de que éste se haga consciente de las posibilidades de las que dispone. El Coaching se centra sobre donde está el cliente hoy, y qué está dispuesto a hacer para llegar a donde quieren estar mañana.

El centro Andasol organiza talleres monográficos de fin de semana, de Gestalt o Psicología humanista, Inteligencia Emocional, Cromaterapia,...etc. enfocados al trabajo con la familia, la pareja, autoestima,... "Talleres de crecimiento

emocional", para cualquier persona interesada en su propio crecimiento personal y emocional.

Tipos de Tratamientos:

a. Tratamiento Ambulatorio

Para aquellas personas que han detectado que empiezan a tener problemas de adicción o consumo y pueden hacer la recuperación, trabajando el cambio de comportamientos y hábitos sin un ingreso en un centro terapéutico o comunidad terapéutica.

b. Tratamiento con ingreso

Para personas con alta dependencia al consumo de drogas que necesitan un período intensivo de ingreso en un centro terapéutico.

Desde Andasol se recomienda el ingreso en el centro colaborador Marenostrum, que trabaja con el mismo tratamiento basado en el modelo Minnesota. Una vez finalizado el ingreso, el seguimiento de los pacientes hasta su total recuperación se sigue en el Centro Andasol.

4. Centro Andenes

De Perú, aplica el Método Minnesota reconvertido en alguno de sus aspectos. El Programa Andenes está basado médicamente en la definición de la adicción como una enfermedad del cerebro y utiliza el modelo Minnesota como cimiento estructural, pero con algunos cambios y la aplicación de los últimos avances en la

neurofisiología. El programa se define en su presentación con los siguientes puntos:

- Confiabilidad, 75% de nuestros pacientes son recuperados.
- Brevedad, 28 días de tratamiento con o sin internamiento.
- Tratamiento personalizado, cada caso es tratado individualmente.
- Consejería intensiva, 40 o más horas a la semana.
- Cambio de estilo de vida, alcanzando una mejor calidad de vida.
- Respeto a la persona, actitud humanista que promueve el respeto a la persona.

Así es como se presenta el Centro Andenes. Básicamente la única variación con respecto al Método original sería el establecimiento de un período de internamiento inferior, de sólo 28 días. Incluye 2 semanas de internamiento (una al inicio y una al final): El tratamiento Andenes está diseñado para no interrumpir la vida normal de las personas.

Entiende que las personas tienen obligaciones (ya sean referidos a los estudios, trabajo o a la familia), que no permiten dejarlas de lado por mucho tiempo.

Por ello el tratamiento Andenes se ajusta a las necesidades de cada persona.

A diferencia del tratamiento original, el Programa Andenes da mas importancia a las terapias individuales que a las grupales que son sólo de dos horas semanales. También se ocupa de la parte espiritual para lo cual introduce el Yoga como disciplina reeducadora de cuerpo, mente y espíritu. Según el Centro Andenes, al concluir el tratamiento, la persona habrá adquirido pleno conocimiento de la naturaleza de su enfermedad, habrá pasado un periodo de 28 días en abstinencia

total de consumo, periodo que le permitirá adquirir un conjunto de nuevos conocimientos, herramientas mentales y espirituales a aplicarse para poder seguir manteniéndose en estado de sobriedad y abstinencia.

5. Camino de vida

Otro ejemplo de variante es el del centro argentino "Camino de vida". Alguna de las novedades que introduce:

Es el paciente mismo quien colabora en la definición del plan a seguir. Hacerlo responsable de su propia recuperación es el primer eslabón para respetarlo como persona y como paciente. Y un elemento primordial para el éxito del tratamiento.

Las modalidades de tratamiento son variadas, y de acuerdo al tipo de diagnóstico final, el paciente puede ser derivado a:

- Clínica de Internación
- Pre-ambulatorio
- Hospital de día.
- Acompañamiento terapéutico personalizado.

Este último punto es en realidad la mayor novedad con respecto al Método original. En resumen: es una herramienta terapéutica que puede adaptarse dentro de un tratamiento, como también recortado de este, que tiene como objetivo generar nuevos lazos que contribuyan al desarrollo personal y social de quienes lo necesiten.

Se adapta a las condiciones y necesidades del paciente dentro de un marco terapéutico. Metodológicamente, el equipo de profesionales analiza cada situación y genera una estrategia de trabajo que se conviene con el paciente.

El acompañante terapéutico no es un guardia de seguridad; es un semejante que, dada su experiencia y capacidad teórica, sirve de contención ante escenarios angustiantes de la vida diaria y permite poner en palabras dichas situaciones para que el paciente pueda encontrar recursos más saludables y los interiorice como práctica cotidiana.

El Acompañamiento terapéutico puede funcionar en varios ámbitos y con distintas modalidades; los más solicitados son los de tipo domiciliario y los institucionales.

En el domiciliario puede haber guardias permanentes (con la coordinación y supervisión permanente) y aleatorios, que constan de acompañamiento en momentos o situaciones especiales. (Indicado con la combinación de un tratamiento ambulatorio)

Los segundos son aquellos que forman parte de todo un tratamiento y se realiza conforme al compromiso y evolución del paciente. En este caso el acompañante es en el exterior la conexión con el tratamiento.

6. Casa del Bosque

Es bastante fiel al modelo de tratamiento original. Casa del Bosque es un centro de rehabilitación para personas que sufren de la enfermedad de la adicción o co-dependencia. Se encuentra en Guatemala.

Basa su tratamiento en el Método Minnesota que es, según ellos, el utilizado en los centros más prestigiosos del mundo, tomando también algunos elementos de la comunidad terapéutica y de las terapias experienciales.

Casa del Bosque se apoya y sugiere los programas de 12 pasos.

7. Clínica Minnesota

Siguiendo con el Modelo Minnesota, una novedad interesante la representa el Programa Minnesota de la Clínica Minnesota de Uruguay.

Programa Minnesota ofrece un sistema de trabajo innovador para la capacitación basado en la combinación de tres modelos: Modelo Minnesota (1945), Modelo Cognitivo Conductual (1956-1962) y Modelo Familiar Sistémico (1950-1960). Es un centro de capacitación que asesora gratuitamente, vía e-mail, sobre los distintos tipos de tratamiento:

- Internación y desintoxicación
- Tratamiento ambulatorio
- Acompañamiento terapéutico

La metodología de trabajo se basa en los siguientes fundamentos:

1. Nadie es dueño de la verdad absoluta con respecto a las adicciones y/o conductas problemáticas.
2. Siempre hay algo nuevo para aprender, por esa razón consideramos que cualquier tipo de debate sobre estos temas enriquece y aporta.
3. Las adicciones y las conductas problemáticas se pueden prevenir:
 - a. con una educación equilibrada a edades tempranas
 - b. con capacitación y/o tratamiento a cualquier edad.

8. Centro Doce Casas

Otro centro "Doce casas", fundación sin fines de lucro, de Argentina, introduce lo que denomina "una espiritualidad inclusiva y flexible que es distinta y está separada de la religión organizada". La primera etapa del tratamiento es la de "Purificación" y aquí se da una gama de aplicaciones relacionadas con la desaceleración del stress y la disminución del dramatismo a través de un programa de ejercicios y tratamientos que van desde terapias colónicas (lavaje de intestino), sauna, jacuzzi hasta la práctica de disciplinas como el Yoga, Chi-Kung, Tai-Chi, también natación y deportes recreativos con el complemento de ejercicios de gimnasia.

9. Fundación "Juntos Podemos"

Otra fundación argentina es la fundación "Juntos Podemos" que aplica el Método Minnesota y las terapias psicodramáticas y experienciales. Da mucha importancia a la presencia de asesores espirituales teniendo entre sus colaboradores personal del clero.

IV . PARTE EMPÍRICA

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN: ENCUESTA SOBRE EL MÉTODO MINNESOTA

Se realiza una encuesta y se analizan los resultados para conocer el grado de satisfacción de pacientes tratados de su adicción con el Método Minnesota.

Se trata de una investigación basada en una pequeña muestra (30 personas) a las que se les ha facilitado una encuesta con 15 preguntas con un máximo de 5 respuestas opcionales con el objeto de confirmar la validez del tratamiento al que han sido sometidos. Hay que tener en cuenta que se trata de personas rehabilitadas con más de 18 meses de abstinencia en proceso de inserción y que todas han seguido el tratamiento basado en el Método Minnesota.

La literatura que se ha utilizado ha sido proporcionada por los Centros Andasol y Marenostrum, partiendo de sus hemerotecas particulares cuyos contenidos han sido generosamente cedidos. No obstante se citan sus fuentes en la bibliografía. También hay información obtenida de diferentes páginas de Internet de las que se hace mención.

El objetivo de esta parte ha sido confirmar la validez del Método Minnesota para el tratamiento de la adicciones. El Método Minnesota es utilizado en todo el mundo desde los años 50 del pasado siglo. Numerosos centros creen en su efectividad y presentan resultados positivos en sus estudios.

En este trabajo se pretende mostrar la opinión de pacientes usuarios del Método como demostración palpable de la satisfacción de la parte mas interesada y potencialmente beneficiaria del mismo.

La drogadicción es un problema universal creciente y este estudio pretende hacer una humilde aportación en la búsqueda de hipotéticas panaceas. La constatación del desconocimiento del Método en mi entorno ha sido la causa de la necesidad de darlo a conocer y, para ello se ha elaborado esta pequeña encuesta que a pesar de basarse en una pequeña muestra, bien puede reflejar la realidad del grado de satisfacción de los pacientes usuarios del Método Minnesota.

1. Metodología

Para la elaboración de la encuesta se toma como referencia otra similar, de valoración de un tratamiento en un centro de rehabilitación de toxicómanos, proporcionada por la tutora del presente trabajo de fin de Máster, aunque adaptando las preguntas a las características del Método a investigar y a los pacientes- objetivo.

Se parte de la premisa de que los pacientes han superado con éxito el proceso de rehabilitación. Casi todos ellos forman parte de un grupo creado en Facebook para la intercomunicación entre antiguos pacientes de un centro que ya no existe pero que aplicaba este Método, si bien, actualizado y adaptado al entorno y al tiempo actual. Además han colaborado con la encuesta terapeutas de diversos centros, actualmente en funcionamiento, que han proporcionado de forma desinteresada las opiniones de pacientes que llevan mas de un año abstinentes del consumo de cualquier sustancia adictiva gracias al tratamiento basado en el método aludido.

El medio de contacto con el público-objetivo ha sido el grupo de Facebook en el que se ha colgado la encuesta y el método de resolución. La respuesta ha sido escalonada pero bastante rápida.

Cada una de las preguntas tiene una intencionalidad y cada respuesta merece una valoración independiente aunque la totalidad proporciona una idea global de los resultados. Se ha procedido al recuento y la obtención de porcentajes sobre cada una de las cuestiones y se pretende hacer una pequeña valoración sobre las

respuestas que pueden ser bastante indicativas de la opinión que genera el Método Minnesota entre sus usuarios.

Se presenta un sencillo cuadro de resultados que incluye el nº total de respuestas y el porcentaje que supone cada respuesta.

Posteriormente se presenta la valoración de resultados teniendo en cuenta los planteamientos del método y la evolución personal real de los encuestados.

2. Resultados .

a. Recuento de respuestas

El Método Minnesota es la base del tratamiento que recibiste en el Centro en el que realizaste tu rehabilitación. Partiendo de esta premisa te planteo algunas preguntas:

	N° respuestas	%
1 ¿Habías recibido anteriormente algún tratamiento distinto?		
a- No, ha sido mi único tratamiento	20	66,6
b- Sí, he realizado un único tratamiento distinto a éste	2	6,6
c- Sí, he realizado dos tratamientos distintos a éste	3	10,0
d- Sí, he realizado tres (o más) tratamientos distintos a éste	5	16,6
e- Ns/Nc	0	0
2 ¿El tiempo de tratamiento, te pareció...?		
a- Muy largo	2	6,6
b- Bastante largo	11	36,6
c- Poco largo	8	26,6
d- Nada largo	8	26,6
e- NS/NC	1	3,3
3 ¿Crees que los terapeutas del centro fueron buenos profesionales?		
a- Totalmente, muy buenos profesionales	11	36,6
b- Bastante buenos profesionales	16	53,3
c- Poco buenos profesionales	2	6,6
d- Nada buenos profesionales	0	0
e- Ns/Nc	1	3,3

4 ¿Te parece positivo el hecho de que los terapeutas fuesen ex-adictos?

a- Totalmente, me pareció muy positivo	27	90,0
b- Me ayudó bastante	2	6,6
c- Me ayudó poco	1	3,3
d- No me ayudó nada	0	0
e- Ns/Nc	0	0

5 ¿Hasta qué punto aceptas la adicción como una enfermedad?

a- Totalmente	22	73,3
b- Bastante	7	2,3
c- Poco	1	3,3
d- Nada	0	0
e- Ns/Nc	0	0

6 ¿Crees que las terapias ayudaron a tu decisión de dejar las drogas?

a- Totalmente, me ayudaron mucho	18	60
b- Me ayudaron bastante	11	36,6
c- Me ayudaron poco	1	3,3
d- No me ayudaron nada	0	0
e- Ns/Nc	0	0

7 ¿Crees que son importantes las terapias de familia-pareja para la recuperación del paciente?

a- Totalmente, son muy importantes	12	40
b- Son bastante importantes	14	46,6
c- Son poco importantes	2	6,6

d- No son nada importantes	1	3,3
e- Ns/Nc	1	3,3

8 ¿Crees que es importante que el proceso desintoxicación, rehabilitación, reinserción se lleve a cabo en el mismo centro?

a- Totalmente, es muy importante	20	66,6
b- Es bastante importante	10	33,3
c- Es poco importante	0	0
d- No es nada importante	0	0
e- Ns/Nc	0	0

9 ¿Crees que los cambios en la rutina diaria, el cambio de hábitos, contribuyeron definitivamente a que dejaras las drogas?

a- Totalmente	21	70,0
b- Bastante	9	30,0
c- Poco	0	0
d- Nada	0	0
e- Ns/Nc	0	0

10 ¿Crees que el seguimiento después del tratamiento evita las recaídas?

a- Totalmente	18	60,0
b- Bastante	11	36,6
c- Poco	1	3,3
d- Nada	0	0
e- Ns/Nc	0	0

11 ¿Crees que habrías podido dejar las drogas sin este tratamiento?

a- Totalmente	1	3,3
b- Bastante	3	10,0
c- Poco	4	13,3
d- Nada	20	66,6
e- Ns/Nc	2	6,6

12 ¿Crees que es la abstinencia la única vía para ganar la batalla a las drogas?

a- Totalmente	20	66,6
b- Bastante	6	20,0
c- Poco	0	0
d- Nada	4	13,3
e- Ns/Nc	0	0

13 ¿Sabías que el centro aplicaba el método Minnesota?

a- Sí, lo sabía	14	46,6
b- No, no lo sabía	16	53,3
c- Ns/nc	0	0

14 ¿Recomendarías el método a una persona con problemas de adicción?

a- Totalmente	14	90,0
b- Bastante	16	10,0
c- Poco	0	0
d- Nada	0	0
e- Ns/Nc	0	0

15 ¿En qué medida ha cambiado tu vida tras el tratamiento?		
a- Totalmente	22	73,3
b- Bastante	7	23,3
c- Poco	1	3,3
d- Nada	0	0
e- Ns/Nc	0	0

b. Interpretación de los datos obtenidos.

Con la **pregunta nº1** se pretende saber si el tratamiento ha sido el primer intento del paciente para su rehabilitación o si ya venía de otros tratamientos fracasados.

Es importante saber si el paciente ha recibido ya algún tratamiento para contraponer los resultados obtenidos con otros métodos y el Método Minnesota.

La pregunta es:

-El Método Minnesota es la base del tratamiento que recibiste en el Centro en el que realizaste tu rehabilitación. Partiendo de esta premisa te planteo:

¿Habías recibido anteriormente algún tratamiento distinto?

Estas son las posibles respuestas:

a- No, ha sido mi único tratamiento

b- Sí, he realizado un único tratamiento distinto a éste

c- Sí, he realizado dos tratamientos distintos a éste

d- Sí, he realizado tres (o más) tratamientos distintos a éste

e- Ns/Nc

Se concluye que 2/3 de los pacientes realizan este tratamiento por primera vez y 1/3 ha realizado uno o más tratamientos con anterioridad. Hay que resaltar que un 16,6% ha realizado mas de tres tratamientos antes de este y que ha sido este en el que ha conseguido la rehabilitación. Los 2/3 que lo han conseguido en este tratamiento no han necesitado de otros y llevan al menos año y medio rehabilitados.

En la **pregunta nº2** se pretende saber si puede ser un handicap que el período de tratamiento llegue a resultar largo en exceso teniendo en cuenta que muchos pacientes dicen no disponer de tanto tiempo (dos meses y medio de internamiento) para dejar sus trabajos o sus familias o que su situación económica no les permite estar tanto tiempo sin trabajar. Así, se plantea la pregunta de la siguiente forma:

El tiempo de tratamiento, te pareció...

a- Muy largo

b- Bastante largo

c- Poco largo

d- Nada largo

e- NS/NC

La conclusión es que es mas numerosa la opinión de que no es demasiado largo el período de tratamiento a pesar de los inconvenientes que supone estar tanto tiempo apartado del entorno, trabajo y familia.

En la **pregunta nº 3** se pretende cuestionar la importancia de uno de los fundamentos del Método insistentemente subrayado en la descripción del mismo como es el de la profesionalidad de los terapeutas. La pregunta es:

¿Crees que los terapeutas del centro fueron buenos profesionales?

Se responderá en base a las siguientes posibles respuestas:

a- Totalmente, muy buenos profesionales

b- Bastante buenos profesionales

c- Poco buenos profesionales

d- Nada buenos profesionales

e- Ns/Nc

La inmensa mayoría ha estimado que los profesionales fueron buenos y eficientes en su trabajo.

En la **pregunta nº4** se pretende saber si es un punto positivo o no según la consideración de los pacientes el hecho de que los terapeutas fuesen ex-adictos ya que existen teorías en ambos sentidos y sobre todo, de parte de algunos profesionales, se da la opinión de que esta circunstancia añade el aspecto negativo del intrusismo y la falta de profesionalidad. Se plantea la siguiente pregunta:

¿Te parece positivo o negativo el hecho de que los terapeutas fuesen ex-adictos?

Las opciones de respuesta son las siguientes:

- a- Totalmente, me pareció muy positivo
- b- Me ayudó bastante
- c- Me ayudó poco
- d- No me ayudó nada
- e- Ns/Nc

Es señalable que la inmensa mayoría valore como positiva/muy positiva esta circunstancia. Podría interpretarse, que la empatía y asertividad por parte de quien ha sufrido similares vivencias superan la efectividad de los profesionales que simplemente conocen la adicción de forma teórica.

En la **pregunta nº5**, se plantea la cuestión fundamental para la creación y posterior desarrollo del método: la idea innovadora en su momento de dar a la adicción la categoría de enfermedad, circunstancia actualmente reconocida por la OMS.

Se plantea una pregunta clara y directa:

¿Hasta qué punto aceptas la adicción como una enfermedad?

Se optará entre las siguientes respuestas:

- a- Totalmente
- b- Bastante

c- Poco

d- Nada

e- Ns/Nc

Como ya se ha comentado, esta pregunta es básica teniendo en cuenta que la premisa de que la drogadicción es una enfermedad es fundamental en los supuestos básicos del método. Al aceptar que su adicción es una enfermedad, el adicto es capaz de abstraerse de ese sentimiento de culpa y entiende que su postura debe de ser la de paciente en manos de profesionales que van a ayudarle, igual que si se tratara de cualquier otra patología.

El hecho de que un 73% consideren este dato como afirmativo denota la coincidencia y asimilación de esta premisa. La asunción de este concepto es primordial para la comprensión del proceso de tratamiento según el Método Minnesota.

Con respecto a la **pregunta nº 6**, se plantea con la intención de subrayar la importancia de las terapias en el proceso de autoconocimiento y adquisición de habilidades para la recuperación de la vida activa sin sustancias. Interesa saber hasta qué punto han influido en la consecución de esos objetivos.

Era fundamental hacer esta pregunta teniendo en cuenta que las terapias suponen el 90% del tiempo del tratamiento y se parte de la base de que son primordiales para el reconocimiento de la adicción que es el primer paso para la adquisición de herramientas para luchar contra ella. La pregunta es la siguiente:

¿Crees que las terapias ayudaron a tu decisión de dejar las drogas?

a- Totalmente, me ayudaron mucho

b- Me ayudaron bastante

c- Me ayudaron poco

d- No me ayudaron nada

e- Ns/Nc

Claramente , el 97 % reconoce la importancia de las terapias. No cabe duda de que existe un reconocimiento por parte de los pacientes de que las terapias han sido fundamentales en su recuperación.

Siguiendo la tendencia de la pregunta anterior, la **pregunta n°7** pretende seguir abundando en la importancia de las terapias aunque ahora desde el punto de vista de las de apoyo familiar y de pareja. El Método Minnesota incide en la importancia del apoyo de la familia y pareja en la comprensión de la situación del paciente y sobre todo en la reintegración a la vida sin consumo en su propio entorno del que forman parte ambos entes. Para ello se formula la siguiente pregunta:

¿Crees que son importantes las terapias de familia-pareja para la recuperación del paciente?

Con las siguientes opciones de respuesta:

a- Totalmente, son muy importantes

b- Son bastante importantes

c- Son poco importantes

d- No son nada importantes

e- Ns/Nc

El resultado denota que la percepción de la importancia de estas terapias es mayoritaria entre los pacientes.

La pregunta nº8

El Método Minnesota defiende la idea de que es fundamental que todo el proceso del tratamiento tenga lugar en el mismo espacio físico. Un espacio de protección donde el paciente se siente entre "iguales" y con libertad de opinión sin sentirse juzgado es fundamental para la consolidación de su autoestima y el apoyo constante de terapeutas y pacientes supone un refuerzo de sus voluntades. El Método Minnesota aboga por la ubicación en el mismo centro de todas las fases del proceso del tratamiento para evitar la diversificación de esfuerzos y fomentar las sinergias.

Se realizó la siguiente pregunta:

¿Crees que es importante que el proceso desintoxicación, rehabilitación, reinserción se lleve a cabo en el mismo centro?

Se ofreció la opción entre las siguientes respuestas:

a- Totalmente, es muy importante

b- Es bastante importante

c- Es poco importante

d- No es nada importante

e- Ns/Nc

Las respuestas dadas indican que ha resultado de gran importancia esta circunstancia para los usuarios en la consecución de sus objetivos.

Como en las anteriores preguntas, en la **Pregunta nº9** se pretende resaltar otro de los preceptos del Método Minnesota como es el hecho del cambio de hábitos para el abandono del consumo. Se propone la siguiente pregunta:

¿Crees que los cambios en la rutina diaria, el cambio de hábitos, contribuyeron definitivamente a que dejaras las drogas?

Respuestas propuestas:

a- Totalmente

b- Bastante

c- Poco

d- Nada

e- Ns/Nc

Como se mantiene en el pensamiento básico del Método Minnesota, es evidente que los pacientes están de acuerdo en que el cambio de hábitos es fundamental en la erradicación de las adicciones. Nuevamente la experiencia de los pacientes refuerza la validez de los planteamientos.

Ahora entramos en la fase que podría llamarse de post-tratamiento a pesar de ser parte fundamental del mismo. Todos los pacientes encuestados han realizado y muchos realizan en la actualidad, un seguimiento en forma de terapias de refuerzo con diferentes frecuencias dependiendo del criterio de los terapeutas. Estas frecuencias pueden variar en función de las necesidades de cada paciente. Es importante resaltar hasta qué punto este proceso de seguimiento incide en la escasez de recaídas. Así, la pregunta es:

¿Crees que el seguimiento después del tratamiento evita las recaídas?

Las posibles respuestas son iguales a las de la anterior pregunta y los resultados demuestran que los pacientes reconocen que este apoyo ha sido fundamental en la evitación de dichas recaídas.

Con la **pregunta nº11** se pretende aseverar el hecho de que ha sido con este y no con otro tratamiento con el que el paciente ha logrado superar su adicción. Para ello se plantea la siguiente pregunta:

¿Crees que habrías podido dejar las drogas sin este tratamiento?

Los resultados confirman esta aseveración de forma evidente.

La siguiente **pregunta, nº12** resulta actualmente controvertida teniendo en cuenta las tendencias a abrir la posibilidad a la reducción de daños-riesgos como alternativa a la abstinencia. Sin embargo es una cuestión fundamental para el Método Minnesota mantener como objetivo principal dicha abstinencia sin dar opción a otras posibilidades.

El objetivo es dejar las drogas, no convivir con ellas. Se formula la pregunta en base a una de las premisas que mas se repiten durante el tratamiento. Así se pregunta directamente:

¿Crees que es la abstinencia la única vía para ganar la batalla a las drogas?

Los resultados reflejan que la gran mayoría ha asimilado este concepto, si bien, cabe señalar un 13% que no la cree imprescindible. Sin embargo han aceptado que es su objetivo a lograr teniendo en cuenta que no se permite la asistencia a las terapias de refuerzo de aquellos pacientes que tengan algún consumo tras el tratamiento y todos los participantes en la encuesta acuden regularmente a dichas terapias.

La siguiente **pregunta, nº13** tiene la justa relevancia que se puede dar al hecho de nominar el Método y de reconocerlo por su denominación al margen de su efectividad.

La pregunta es simplemente ésta:

¿Sabías que el centro aplicaba el método Minnesota?

Tiene una intencionalidad meramente anecdótica a la vista de las respuestas que no son relevantes en uno u otro sentido.

El hecho de recomendar el tratamiento a otra persona que lo necesitara denotaría la confianza que los pacientes tienen en él. Por eso se formula la siguiente pregunta:

Pregunta nº14

¿Recomendarías el método a una persona con problemas de adicción?

Está claro que todos lo recomendarían, postura lógica teniendo en cuenta los resultados positivos obtenidos.

Es muy importante dejar clara la idea de que no sólo hablamos de una solución terapéutica sino que además supone un cambio vital para los pacientes y sus familias por lo que conviene reafirmar este convencimiento y para ello plantear la siguiente pregunta:

Pregunta nº15

¿ En qué medida ha cambiado tu vida tras el tratamiento?

Los resultados reafirman, sin duda la idea de que la vida puede cambiar en base a los preceptos de un tratamiento que ha demostrado su efectividad.

Conclusiones

Las conclusiones a las que se llega tras el estudio de la encuesta se podrían resumir

en la siguientes:

- Se valora positivamente la condición de ex-adictos de loss terapeutas.
- La drogadicción es reconocida como enfermedad.
- Importancia relevante de las terapias en el tratamiento.
- Fundamental la implicación de la familia en el tratamiento.
- Muy importante: la ubicación en el mismo centro de todos los procesos del tratamiento.
- El cambio de hábitos es fundamental para la rehabilitación.
- El seguimiento en el centro después del tratamiento evita recaídas.
- La abstinencia es el objetivo para acabar con la adicción.
- Todos los pacientes experimentan un cambio positivo y radical y recominedan el tratamiento.

V. BIBLIOGRAFÍA

1-PÁGINAS WEB

(por orden de aparición)

http://www.biblioteca.usac.edu.gt/tesis/13/13_2133.pdf

http://www.bibliopsiquis.com/bibliopsiquis/.../1/interpsiquis_2004_14904.pdf

<http://www.buenastareas.com/temas/irwin-d-yalom/600>

http://www.adicciones.org.mx/conferencia_unam_de_la_doctora_elke_kort.php#Terapiadegrupo

http://www.adicciones.org.mx/conferencia_unam_de_la_doctora_elke_kort.php#TerapiaIndiv

<http://www.caminodevida.org.ar>

<http://www.cta.docecasas.org/quienes-somos/fundacion-doce-casas/>

<http://www.andasol.org/home.html>

<http://www.centromarenostrom.org/index.php>

<http://www.motivationalinterview.com>

<http://www.uunashua.org/sermons/12steps.shtml>

<http://www.meta-adicciones.com>

http://www.aniorte-nic.net/apunt_terap_famil_1.htm

http://www.depresion.psicomag.com/terapia_conductual.php

<http://www.informe-alcohol.blogspot.com/2010/12>

http://www.liberaddictus.org/v_imprimir.php?articulo=10

<http://www.meneame.net/story/que-significa-ser-ateo>

http://www.adicciones.org.mx/conferencia_unam_de_la_doctora_elke_kort.php

2-LIBROS Y ARTÍCULOS:

Millar W y Rollnick S, (1999) *"Entrevista Motivacional: preparando a la gente para cambiar conductas adictivas"*. Editorial Paidós. Barcelona

Comas, D; Fernández, C.; Llorente, J.M.; Carrón, J.; (1994)

"Criterios y normas para la homologación de comunidades terapéuticas profesionales para toxicómanos". Madrid. APCTT.

Sistema Estándar de Evaluación de la A.P.C.T.T.

Asociación de Profesionales de Comunidades Terapéuticas para Toxicómanos. 1995.

Mario Bejos L. y Alejandro C (1994)

"Grupo terapéutico para coadictos"

Artículo publicado en Addictus núm. 1, marzo-abril de 1994. ISSN 1405-6569

VI. ANEXOS

ANEXO 1

LA ENCUESTA.

El Método Minnesota es la base del tratamiento que recibiste en el Centro en el que realizaste tu rehabilitación. Partiendo de esta premisa te planteo algunas preguntas

1 ¿Habías recibido anteriormente algún tratamiento distinto?

- a- No, ha sido mi único tratamiento
- b- Sí, he realizado un único tratamiento distinto a éste
- c- Sí, he realizado dos tratamientos distintos a éste
- d- Sí, he realizado tres (o más) tratamientos distintos a éste
- e- Ns/Nc

2 ¿El tiempo de tratamiento, te pareció...?

- a- Muy largo
- b- Bastante largo
- c- Poco largo
- d- Nada largo
- e- NS/NC

3 ¿Crees que los terapeutas del centro fueron buenos profesionales?

- a- Totalmente, muy buenos profesionales
- b- Bastante buenos profesionales
- c- Poco buenos profesionales
- d- Nada buenos profesionales
- e- Ns/Nc

4 ¿Te parece positivo el hecho de que los terapeutas fuesen ex-adictos?

- a- Totalmente, me pareció muy positivo

- b- Me ayudó bastante
- c- Me ayudó poco
- d- No me ayudó nada
- e- Ns/Nc

5 ¿Hasta qué punto aceptas la adicción como una enfermedad?

- a- Totalmente
- b- Bastante
- c- Poco
- d- Nada
- e- Ns/Nc

6 ¿Crees que las terapias ayudaron a tu decisión de dejar las drogas?

- a- Totalmente, me ayudaron mucho
- b- Me ayudaron bastante
- c- Me ayudaron poco
- d- No me ayudaron nada
- e- Ns/Nc

7 ¿Crees que son importantes las terapias de familia-pareja para la recuperación del paciente?

- a- Totalmente, son muy importantes
- b- Son bastante importantes
- c- Son poco importantes
- d- No son nada importantes
- e- Ns/Nc

8 ¿Crees que es importante que el proceso desintoxicación, rehabilitación, reinserción se lleve a cabo en el mismo centro?

- a- Totalmente, es muy importante
- b- Es bastante importante

- c- Es poco importante
- d- No es nada importante
- e- Ns/Nc

9 ¿Crees que los cambios en la rutina diaria, el cambio de hábitos, contribuyeron definitivamente a que dejaras las drogas?

- a- Totalmente
- b- Bastante
- c- Poco
- d- Nada
- e- Ns/Nc

10 ¿Crees que el seguimiento después del tratamiento evita las recaídas?

- a- Totalmente
- b- Bastante
- c- Poco
- d- Nada
- e- Ns/Nc

11 ¿Crees que habrías podido dejar las drogas sin este tratamiento?

- a- Totalmente
- b- Bastante
- c- Poco
- d- Nada
- e- Ns/Nc

12 ¿Crees que es la abstinencia la única vía para ganar la batalla a las drogas?

- a- Totalmente
- b- Bastante
- c- Poco

- d- Nada
- e- Ns/Nc

13 ¿Sabías que el centro aplicaba el método Minnesota?

- a- Sí, lo sabía
- b- No, no lo sabía
- c- Ns/nc

14 ¿Recomendarías el método a una persona con problemas de adicción?

- a- Totalmente
- b- Bastante
- c- Poco
- d- Nada
- e- Ns/Nc

15 ¿En qué medida ha cambiado tu vida tras el tratamiento?

- a- Totalmente
- b- Bastante
- c- Poco
- d- Nada
- e- Ns/Nc

Para responder, sigue el siguiente proceso:

Ejemplo:

1a, 2c,3d,4a,5b....hasta 15

Es decir, nº de pregunta y letra de respuesta juntos. Muchas gracias.

ANEXO 2

Direcciones de los centros citados:

Centro Terapéutico Marenostrum:

C/ Gallecs 68

08100 Mollet del Vallés

Barcelona

Meta Adicciones:

C/ Rocafort 253, entresuelo 4

08020 Barcelona

Andasol

Centro Terapéutico y de Crecimiento Emocional

Paseo Marítimo Rey de España, Nº 6, local 9 (Entrada por C/ Heroes de Baler)

29640 Fuengirola

Málaga

Centro de tratamiento Andenes

Sede Miraflores:

Bartolome Trujillo 143 - Miraflores - Lima 18 - Perú

Camino de vida

Carlos Echagüe 1357-Villa Bosch-Buenos Aires-Argentina

Casa del Bosque

Km 16.5 Carretera al Salvador. Residenciales San Antonio, Lote 82 Ciudad Guatemala, C.A.

Clínica Minnesota:

DIRECCIÓN: Gabriel Pereira 3091 apto 101-Uruguay

Centro Doce Casas

Leguizamón 1845 – Del Viso – Pilar

Buenos Aires – Argentina

Fundación Juntos Podemos: Almirante Brown 3697

Tortuguitas - Buenos Aires