

INDICATIVO

En este proyecto de investigación lo que pretendemos es suscitar la motivación por el cambio, que tiene que ser creada y mantenida por el terapeuta durante todo el tratamiento mediante la Entrevista Motivacional y el estudio de las preocupaciones, deseos y habilidades del paciente. Se verá la relación que guarda esta motivación con los períodos de abstinencia.

RESUMEN

Cuantas veces hemos oído decir y comentar: "esta persona no está motivada" y por eso no puede entrar o seguir un Tratamiento; ante esto culpabilizamos al interno o a la persona que nos pide ayuda.

Pues bien, consideramos que la Motivación ha de estar originada y mantenida por el Terapeuta. Así partió nuestro trabajo.

Creíamos que faltaba algún Programa de Intervención en Toxicomanías centrado en la Motivación. Este no pretende ser autónomo sino que quiere servir de ayuda para interactuar con otros. Sin duda, y bajo nuestro punto de vista, este Programa no es imprescindible, pero sí facilitador para que se pueda seguir cualquier tipo de Tratamiento en toxicomanías.

Todos somos conocedores de que el toxicómano es un enfermo crónico en el cual inciden muchas variables, por lo tanto es un enfermo complejo, y una de las variables que incide más es a nivel cerebral. Aunque cada día, en este área, tenemos más información acerca de las investigaciones llevadas a cabo, queda mucho por descubrir (en referencia a su influencia en las conductas adictivas). Es por todo esto que consideramos que la persona adicta ha de estar siempre en seguimiento terapéutico por parte de algún profesional que sea su referente. Para poder conseguir este compromiso en el

toxicómano es necesario fomentar su motivación y concienciación de la problemática toxicológica.

No pretendemos hacer una crítica ni desvalorizar los Programas actuales para el tratamiento toxicológico, sino añadir un Programa que englobe a todo el conjunto de variables que afecten a la persona; es decir, no sólo desde una vertiente cognitiva-conductual, sino también a nivel motivacional y emocional. El marco teórico y conceptual en el cual nos hemos basado se trata de la Terapia centrada en el paciente, concretamente bajo las directrices de la Entrevista Motivacional, desplazando el énfasis de un adjetivo pasivo de "motivador" a un verbo "activo" de "motivar". La motivación se convierte así en una parte importante de la tarea del terapeuta; su responsabilidad no es solo dar consejo sino también motivar-aumentar la probabilidad de que el paciente haga unas acciones concretas donde el objetivo será el cambio (Miller, 1999). Desde nuestro punto de vista y por nuestra experiencia, la motivación habría de ser una parte central e inherente de las tareas de los profesionales que se dedican al tratamiento de toxicomanías en el ámbito penitenciario. De esta manera se consigue una mayor Adherencia al Tratamiento y, por tanto, una Reinserción, objetivo prioritario del tratamiento penitenciario.

DESCRIPTORES DE LA BÚSQUEDA: Conductas adictivas, Motivación por el Cambio, Empatía, Entrevista Motivacional y Adherencia al Tratamiento..

1. INTRODUCCIÓN

El motivo de este trabajo de investigación se debe a que creemos que el toxicómano es una persona enferma; no pretendemos curarlo, ya que no se puede, pero lo que sí esperamos es fomentar la concienciación de su enfermedad (la toxicomanía), la cual consideramos CRÓNICA, y ayudar a suscitar la MOTIVACIÓN para seguir un tratamiento.

Pero la Motivación no es un RASGO que se tenga o no, sino que se trata de un proceso FLUCTUANTE, el cual, desde la perspectiva de la Entrevista Motivacional, ha de ser creado por el Terapeuta y no esperar a que sea el propio paciente el que inicie el proceso. Y por todo eso creemos que es necesario realizar una Anamnesis para ver de qué tipo de persona se trata, cuáles son sus habilidades, recursos, déficits, necesidades y preocupaciones. Como terapeutas, ser lo más próximos posibles al lado de la persona toxicómana, refiriéndonos a acompañarlo en el camino que ha de iniciar en su enfermedad; es decir, hacer juntos de l camino de la Abstinencia y conseguir que ante una Recaída vuelva a iniciar el camino que había llevado hasta entonces. Este acompañamiento se hace siguiendo unas pautas concretas: realizar el seguimiento de los consumos, ver en qué punto se encuentra del proceso motivacional, analizar los posibles cambios que se estén dando en la Motivación de la persona, etc., y todo esto se hará con una escucha activa, empática, sin confrontación, no direccional, ya que será el propio paciente quien nos irá guiando en el establecimiento de los objetivos para las siguientes sesiones.

La finalidad de este Proyecto de Investigación es, mediante la intervención basada en la Entrevista Motivacional y la Terapia centrada en el paciente de W.R. Miller y S. Rollnick, que la persona que tiene conductas adictivas reconozca su enfermedad con la mayor concienciación posible de su problemática, y que, por tanto, ante una Recaída o una situación de crisis sea capaz de buscar ayuda o llamar a un Profesional, independientemente de

estar o no en prisión. Tratar de evidenciar que su enfermedad no le impide ser una PERSONA con otras habilidades y cualidades y por esto, a la vez, se trata de conocer sus puntos fuertes y potenciarlos; no se pretende cambiarlo como persona sino utilizar sus propios Recursos personales.

Esta finalidad se podría resumir en una frase muy sencilla pero que resume lo que pretendemos conseguir: **“Tu eres una persona, ni buena ni mala, sino una persona enferma, que intentará con la ayuda del Profesional ir controlando la enfermedad”**. Se trata de aclarar que por tener la enfermedad de la toxicomanía no es ni mejor ni peor que otras personas, sino que es una Persona con una Enfermedad Crónica, y que con la ayuda del Profesional puede controlarla y como consecuencia los Períodos de Abstinencia cada vez serán más espaciados en el tiempo. Con este tipo de intervención pretendemos propiciar la interiorización de su problemática, siendo consciente que es una Enfermedad para toda la vida, que la próxima Recaída es incierta, no se sabe cuando será, pero que ante ella sea capaz de ir a un Profesional sin esperar a que las Recaídas se alarguen en el tiempo.

2. OBJECTIVOS

Los objetivos de este Programa de Investigación han sido los siguientes:

- 1) Fomentar la concienciación en el propio interno de que la toxicomanía es una “ENFERMEDAD CRÓNICA” y que por esto necesita un Terapeuta que le pueda ayudar a controlar su enfermedad pero NO CURAR.
- 2) Romper el “círculo de la mentira” y ser capaz de la “verbalización” del consumo de cualquier tipo de sustancia: drogas, alcohol, medicación sin prescripción médica, etc., que pueda provocar el mantenimiento de la adicción, es decir, que la persona esté haciendo una “sustitución”.

- 3) No pretendemos una Abstinencia total en la persona, pero sí que el consumo sea lo más espaciado en el tiempo posible, sin dejar de lado las características personales y toxicológicas del interno en cuestión.
- 4) Ayudar a descubrir sus habilidades y recursos personales, como los tiene toda persona, y de esta manera aumentar su nivel de autoestima, tan necesario para todos, pero especialmente para el toxicómano debido a que ha vivido MARGINADO SOCIALMENTE por la etiqueta social construida en sentido negativo derivado de su enfermedad.
- 5) Potenciar o descubrir, conjuntamente con la persona, algún tipo de actividad del tiempo libre. No hemos de olvidar que en el toxicómano, debido a que todo su mundo ha estado en torno a la droga, el Aburrimiento o la Monotonía son situaciones de riesgo.
- 6) Orientación hacia la búsqueda de nuevas amistades no consumidoras y que experimenten por ellos mismos que pueden llevar otro estilo de vida diferente al que tienen con la droga, siempre y cuando le dediquen su ESFUERZO.
- 7) En períodos de Abstinencia, plantear la opción de contactar con un CASO para poder ir cuando sea necesario.
- 8) Mantener la Abstinencia para controlar su enfermedad y no por el MIEDO a las consecuencias que pueda tener desde el Sistema Penitenciario.
- 9) Explicar su enfermedad a algún familiar o amigo para poderlo ayudar en el proceso. Sobre todo al principio, porque todavía no tiene la suficiente confianza con el terapeuta, y al final porque al desvincularse del terapeuta pueda tener apoyo social externo a la prisión.
- 10) Que no se sienta "culpable" de su enfermedad pero sí "responsable".

3. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

La base teórica de este estudio de investigación se fundamenta en la Entrevista Motivacional y en la Terapia centrada en el paciente propuestas por W.R. Miller y S.S. Rollnick y nos hemos basado en ella porque se trata al paciente como PERSONA. Las características esenciales de esta línea terapéutica son:

- a) Escucha reflexiva: consiste en expresarle, a lo largo de las terapias, tu escucha, aceptación, no juicio, mensajes positivos ante el esfuerzo que realiza para mantenerse abstinente, ante un consumo ofrecer "reflexión" buscando otras alternativas pero no juzgando, sino que la persona es libre de decidir sobre ella misma.

- b) Intentar romper la Resistencia de la persona con una Autocrítica Constructiva no de una forma inmediata sino lentamente. La resistencia no se ve como algo "patológico" sino como un mecanismo de defensa "normal" ante el cambio, y que éste se ha de ir rompiendo con la comprensión y la escucha.

Las estrategias de la Entrevista Motivacional se basan en la Psicología Social, Cognitiva y Motivacional. La presentamos como un enfoque positivo de gran validez, no como la única manera de proceder.

Consideramos que, con las características anteriormente mencionadas, podemos conseguir, como ya decía Rogers, una buena empatía y, sin duda, nos atrevemos a decir que es imprescindible para conocer al interno, ya que

desde nuestro punto de vista es la única "herramienta" que tenemos y si ésta se consigue es más fácil poder conocer y entender al interno. Haciendo una similitud, es como el cirujano que con un buen instrumental puede abrir y conocer qué es el que está sucediendo a la persona que tiene delante. Nuestro instrumental ha de ser la EMPATIA y después ya podremos aplicar las técnicas psicológicas. Pero pensemos que EMPATIZAR no es fácil; se ha de crear poco a poco, sin anticiparse ni crear hipótesis previas, así como tampoco ETIQUETAR y, precipitadamente, dar única y exclusivamente una solución farmacológica. Se ha de escuchar activamente, observar la comunicación no verbal, ser amables, cercanos y, sobre todo, hacerlo sentir valorado como persona. Puede ser que esta empatía no se cree y en estas situaciones sería conveniente derivar el caso a otro profesional.

El toxicómano, desde la antigüedad e incluso en la actualidad, no es valorado como una persona, sino que se discrimina socialmente con todas las repercusiones que ello comporta; por esto pensamos que se ha visto obligado a utilizar muchos mecanismos de defensa: negación, proyección, etc., con tal de no evidenciar su enfermedad. Debido a los mecanismos de defensa se hace más difícil el poder entrar en su mundo, pero decir que con la Entrevista Motivacional esto es posible porque se le ayuda a tener confianza y seguridad en sí mismo muy poco a poco, cosa que hará que el interno se vaya abriendo pero con una cierta desconfianza, ya que no deja de estar en la prisión y esta manera de ser tratado le sorprende mucho y cree que detrás hay una doble finalidad.

A continuación realizaremos una breve descripción de lo que ES ADECUADO para conseguir que se produzca un cambio en la motivación del interno.

1) NO ETIQUETAR: nos referimos a que cuando una persona tiene una adicción a alguna sustancia, por ejemplo al alcohol, no es un "alcohólico", es un enfermo que principalmente es persona. Cuando nos referimos a la Salud a nivel orgánico decimos "tiene un cáncer" y no "es canceroso"; sería constructivo el plantear hacerlo a la Salud Mental ya que el hecho de etiquetar produce Resistencia al Cambio.

2) Tener en cuenta: su opinión, sus expectativas, preocupaciones, etc., ya que si no es así creamos JUICIO y POCO CONTROL sobre la evolución del interno. Es el mismo quien decide sobre el y su proceso y no el Terapeuta.

3) La RESISTENCIA, según la Entrevista Motivacional es un patrón de conducta interpersonal pero que al mismo tiempo está influenciada por la conducta del terapeuta. No es como se cree: un rasgo que requiere confrontación, ya que si se visiona de esta manera origina en el sujeto mecanismos de defensa por preservar, aunque de forma incorrecta, su identidad.

4) Hemos de trabajar conjuntamente sobre la Reflexión, evitando la discusión y la imposición.

5) El sujeto es capaz de tomar decisiones que se han de comentar y llegar a acuerdos. NO IMPONER ya que si es así no será capaz de interiorizar las directrices que se le den.

6) Se le ha de hacer PROTAGONISTA y PARTICIPANTE ACTIVO en la elección del Método que quiere seguir, basado en una relación horizontal y tratando de evitar el rol de Profesional.

7) Ayudar a buscar unos objetivos que sean realistas, posibles de conseguir y que sean compatibles con sus habilidades y recursos personales; tratar de pactarlo conjuntamente. A modo de ejemplo: es parecido a cuando un niño comienza a caminar, lo hace poco a poco, sin precipitaciones y ante la caída reflexionaremos conjuntamente para ver qué ha pasado, qué es lo que falla.

8) La persona que tiene una adicción no es simplemente un cuerpo donde el Terapeuta necesita fuerza para moverlo, sino que lo que necesita es conocimiento por parte de la persona que lo está tratando; por lo tanto, no se

trata de combatir ni confrontar sino ayudar para conseguir los objetivos propuestos.

9) No es necesario que venga Motivado; es nuestro trabajo como Terapeutas ayudar a suscitar esta motivación y mantenerla en cada sesión; esto dependerá de cómo se vaya realizando el proceso y en qué momento nos encontramos a nivel emocional.

10) En cada sesión hacer una devolución de lo que se ha ido comentando, en qué punto se encuentra del proceso y no dar el resultado final ni la solución como si fuésemos los Grandes Expertos; toda persona con una adicción nos aporta sus vivencias y problemas y los terapeutas hemos de tratar de adaptar nuestros conocimientos a ella.

4. HIPÓTESIS

Todas ellas se basan en la aplicación de la Entrevista Motivacional durante el Tratamiento a las personas que tienen conductas adictivas y se encuentran en la Unidad de la Sección Abierta de un Centro Penitenciario:

- Se consiguen espaciar en el tiempo los períodos de abstinencia en el tratamiento de las personas con algún tipo de adicción; períodos mayores que los conseguidos con la aplicación única y exclusiva del enfoque cognitivo-conductual.
- La persona es capaz de verbalizar consumos, aunque se trata de población reclusa y la Institución Penitenciaria es una variable muy importante a tener en cuenta.
- Fomenta la concienciación de su enfermedad de carácter CRÓNICO.
- La emoción juega un papel muy importante. Hasta qué punto?
- Desaparece la mentira ante el consumo o cualquier cambio, ya sea personal, familiar o social.
- Es capaz de pedir las entrevistas voluntariamente, sin necesidad de sentirse obligado ni presionado. Acude con puntualidad, con muy buena actitud y bajo nivel de Resistencia.
- Sigue los objetivos que conjuntamente con el terapeuta se han establecidos.
- Tener algún referente externo en prisión, que no sea un profesional y que le ayude en su proceso.

5. DISEÑO DE LA BÚSQUEDA

Ha sido muy difícil poder realizar este trabajo de investigación, por diversas razones:

- a) El marco en el que nos encontramos: Instituciones Penitenciarias y, dentro de este se ha llevado a cabo en una Sección Abierta, donde las entradas y salidas de la población reclusa es un continuo, debido a regresiones por parte del Fiscal, por consumos o por otros incidentes.
- b) No ha sido posible poder coger una muestra donde haya personas de los dos sexos: hombres y mujeres. La psicóloga fue trasladada por la Dirección del Centro al departamento de hombres, cosa que hizo imposible el poder incluir mujeres en este Programa de Intervención.
- c) Al principio de la investigación se distribuyeron las tareas para poder participar cuatro persona (psicólogas) pero al ver que se había de trabajar mucho, incluyendo algún fin de semana y hacer guardias de 24 horas con el móvil, dos psicólogas no quisieron participar y el trabajo se ha reducido a dos psicólogas; lo cual ha supuesto mucho más trabajo y una limitación en el número de casos cogidos.

Se ha llevado a cabo en la población reclusa masculina de la Sección Abierta del Centro Penitenciario Wad-ras de Barcelona; concretamente con una muestra de 33 internos que sido incluidos aleatoriamente según el orden de llegada a la Sección Abierta del Centro Penitenciario, de una forma voluntaria y sin beneficio penitenciario. Los criterios de muestreo han sido los siguientes:

- Sexo Masculino.
- Edad comprendida entre 20 y 45 años.
- Historial Toxicológico.
- Cualquier tipología de delito.

- Consumo activo.
- Disponibilidad horaria por parte del interno.

- Asignación a nuestro Equipo de Tratamiento por la zona geográfica donde viven. Si no nos toca por zona aumentan las dificultades, ya que se necesita la aceptación por parte de los profesionales que forman parte del Equipo de Tratamiento que le pertenece al interno a nivel de Institución penitenciaria.

En cuanto a la metodología empleada es necesario destacar que, en todo momento, hemos trabajado teniendo en cuenta las directrices de la Entrevista Motivacional de *W. R. Miller i S. Rollnick* y es por esto que el tratamiento se llevará a cabo dentro de una cierta flexibilidad; es decir, siempre tendremos en cuenta las necesidades, preocupaciones o situaciones de estrés en las que, de manera puntual, se pueda encontrar el interno.

En las primeras sesiones hemos utilizado una Anamnesis diseñada específicamente para este Proyecto de investigación incluyendo apartados para valorar la población reclusa, la cual se ha ido pasando de una forma semi-estructurada, principalmente en las sesiones iniciales y con tal de **adecuar el Tratamiento a la persona y no la persona al Tratamiento.**

A continuación se ha realizado la pasación del Test de Preocupaciones Personales de W. Cox, el cual nos ha ayudado a adivinar las preocupaciones e intereses del sujeto hacia el cambio. En ocasiones se le daba al interno para que lo rellenara pero en la mayoría de los casos se les ha pasado directamente a través del Terapeuta debido a su extensión y a las posibles dificultades en la comprensión de los aspectos que se piden y, por lo tanto, la consecuente no realización del test entero.

Una vez corregido el test de Cox conjuntamente con la anamnesis, se realiza un perfil del interno a todos los niveles: psicológico, social y toxicológico. Este perfil se le transmite al interno durante una sesión y, en la misma, se le ayuda a marcar los objetivos, los cuales serán coherentes y realistas con su

problemática, y siempre comenzando por los más fácil, para ir poco a poco creando una mayor complejidad de los mismos. Durante todo este tiempo no olvidaremos su problemática toxicológica, pero será a partir de la realización del perfil cuando haremos un registro de los consumos, diferenciando los verbalizados de los no verbalizados, a la vez que también realizamos un registro de las conductas que ha llevado a cabo para no consumir.,

La utilización de estas tres: Entrevista Motivacional, Anamnesis y Test de Preocupaciones Personales de W. Cox nos ha servido para tener un mayor conocimiento de cada uno de los internos y poderlos motivar mejor: *“Como mejor conozca a una persona más acertará en el tipo de regalo que prefiere el día de su Aniversario”*. Nos ha estado útil para preparar las sesiones, ya que hemos podido utilizar aquellas frases motivacionales de acuerdo con su Personalidad y hasta qué punto habíamos de incidir más o menos en las mismas. A la vez, a los internos les ha servido para conocer su Personalidad y saber en qué momento es necesario pedir nuestra ayuda.

DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES:

Somos conscientes de la complejidad y dificultad que supone la operativización de las diferentes variables y sus respectivos niveles. A pesar de esto, y cogiendo los valores asignados, proponemos una representación gráfica (triángulo) que permita contemplar los tres grandes ejes en los que consideramos se basa la Adherencia al Tratamiento.

A continuación haremos la operativización de las variables que se han tomado como referencia a la hora de aplicar el Programa de Intervención en Toxicomanías descrito a lo largo de este estudio de investigación.

Fundamentalmente nos centramos en el objetivo principal **“ADHERENCIA AL TRATAMIENTO”**; este concepto lo definimos como el **COMPROMISO** a seguir un tratamiento: *“expresa de manera adecuada el sentido general de cuan*

intensa resulta la motivación de una persona. El compromiso se refiere a la intensidad y a la calidad emocional de implicarse con otra actividad. Representa aspectos conductuales y emocionales" (Connell y Wellborn, 1991; Skinner y Belmont, 1993).

Para poder evaluar y medir la variable: adherencia al tratamiento, hemos desglosado ésta en tres variables más que nos permitirán obtener unos resultados con un mayor rigor científico:

1. CONSCIENCIACIÓN DE LA PROBLEMÁTICA.
2. MOTIVACIÓN.
3. EMPATIA.

A continuación haremos la operativización de cada una de estas variables:

En referencia a la "Conscienciación de la problemática" la definimos como "estar consciente, reconocer una determinada cosa" (Fernando Luis Peligero, Antropólogo de la Universidad de las Palmas). Para poder medirla y evaluarla nos hemos centrado en cuatro variables más:

- a) *Petición voluntaria de entrevistas o sesiones terapéuticas*, donde el intervalo de valores queda delimitado de la siguiente manera:

BAJA: 0 entrevistas/semana

MEDIA: 1 entrevista/semana

ALTA: 2-3 entrevistas/semana

- b) *Frecuencia de llamadas al móvil*, donde el intervalo de llamadas queda delimitado de la siguiente manera:

BAJA: 0 llamadas/semana

MEDIA: 1 llamada/semana

ALTA: 2-3 llamadas/semana

- c) *Petición de seguir en el tratamiento*, donde el intervalo de valores queda delimitado por una escala de Likert donde las puntuaciones se encuentran comprendidas entre 1 y 6.

Puntuaciones:	1	2	3	4	5	6
	Nunca	Raramente	Algunas	A me-	Muy a	Siempre
			Veces	nudo	menudo	

donde los valores quedan representados de la siguiente manera :

BAJA : 1-2

MEDIA : 3-4

ALTA : 5-6

Manifestación de las necesidades personales, donde el intervalo de valores es el mismo que el mencionado anteriormente ; una escala de Likert donde las puntuaciones van de 1 a 6 y su significación es la misma que en la variable « c » :

BAJA: 1-2

MEDIA: 3-4

ALTA: 5-6

En referencia a la 2ª variable: "motivación", recogemos diversas definiciones correspondientes a ésta en el Programa de Intervención:

- *"Se refiere a la consciencia de dependencia de la droga i a la consciencia de enfermedad" (Echeburúa i Paz Corral).*

- “El estudio de la motivación se relaciona con procesos que proporcionan energía: implica que el comportamiento es relativamente fuerte, intenso y persistente; y dirección a la conducta: que el comportamiento tiene un propósito, encaminado a conseguir una meta particular. En estos procesos se encuentran implicados el individuo y el ambiente, donde los motivos son las experiencias internas (necesidades –bienestar personal, autoestima-, cogniciones y emociones) que dan fuerza a las tendencias individuales de acercamiento y evitación. En ocasiones, la motivación ha de inferirse a partir de sus manifestaciones: en la conducta, la fisiología y la autovaloración” (Johnmarshall Reeve).

- “La motivación es un estado de disponibilidad o deseo de cambiar, el cual puede fluctuar de un momento a otro y de una situación a otra” (Miller, 1999).

A partir de los siete aspectos de la conducta que revelan la presencia y la intensidad de la motivación, según proponen Atkinson y Birch, 1970,1978, Bolles, 1975, Ekman y Friesen, 1975, hemos operativizado la variable “motivación” con tal de mostrar en qué aspectos nos basamos a la hora de evaluarla: **“esfuerzo”, “elección” y “persistencia”** , y además, hemos utilizado la variable “autoestima”. A continuación, hacemos la descripción de cada una de estas variables:

- “Esfuerzo“ Con frecuencia, la frase “dedicar esfuerzo” se utiliza para señalar una elevada motivación; la dedicación del esfuerzo varía en proporción a las demandas ambientales puestas sobre el individuo. En la medida que la demanda aumenta, la persona habrá de utilizar una mayor parte de su capacidad total para conseguirlo de una manera efectiva” (Kahneman, 1973). Lo hemos evaluado a través del “cumplimiento de los objetivos y de las pautas establecidas” mediante una escala de Liert donde las puntuaciones se encuentran comprendidas entre 1 y 6, con la siguiente significación:

Puntuaciones:	1	2	3	4	5
	6				

Nunca	Raramente	Algunas	A me-	Muy a	Siempre
		Veces	nudo	menudo	

Interpretadas de esta manera :

BAJO: 1-2

MEDIO : 3-4

ALTO: 5-6

▫ *“Persistencia”*: *“Tiempo que pasa desde el inicio de una respuestas hasta su finalización. La persistencia es proporcional a la intensidad del motivo subyacente para esta actividad. La persona que persiste en un acto dirigido hacia una meta durante un periodo prolongado expresa un motivo más intenso que aquella que renuncia con rapidez” (Atkinson y Birch, 1978).* Lo hemos evaluado a través del tiempo que pasa desde la primera petición voluntaria de entrevista hasta las siguientes:

BAJA: Más de 10 días.

MEDIA: Entre 5 y 10 días.

ALTA: Menos o igual a 4 días.

▫ *“Elección”*: *“Preferencia por un curso de acción respecto a otro; enfrenta al individuo a dos o más opciones entre las cuales selecciona una acción particular” (Kanheman,1973).* La hemos evaluado a través de la *“Búsqueda que hacían de otras alternativas”* mediante una escala de Likert donde las puntuaciones se encuentran comprendidas entre 1 y 6, según la siguiente significación:

Puntuaciones:	1	2	3	4	5
6					
	Nunca	Raramente	Algunas	A me-	Muy a
			Veces	nudo	menudo
					Siempre

Interpretadas de esta manera:

BAJO: 1-2

MEDIO : 3-4

ALTO: 5-6

▫ *“Autoestima”*: *“ Concepto que se tiene de sí mismo; es el mapa que cada persona consulta para comprenderse a sí misma. La aprobación, desaprobación o ambivalencia sugieren interferencias o trastornos. Cuando ocurre la reorganización con éxito de la personalidad, también podemos esperar un cambio en la balanza, pasando de la autodesaprobación a la autoaprobación” (Raimy, 1948).*

“ Regula la conducta y es alterada y reestructurada por ésta” (Seeman y Raskin, 1953).

Y según Rogers (1940): *“en la situación de rapport, donde el individuo es aceptado en lugar de criticado, es libre para verse a sí mismo sin defensas, y para reconocer y admitir gradualmente su sí mismo real, con sus patrones infantiles, sus sentimientos agresivos y su ambivalencia Y su aspecto externo racionalizado ».*

«Ahora se piensa que el concepto de la autoestima del paciente es el factor más central en su ajuste y, quizás, la mejor medida de su progreso en la Terapia” (Raskin, 1948).

Lo hemos evaluado en referencia a:

- Evitan los mecanismos de defensa, aceptándose tal y como son.
- Aumentan las autorreferencias positivas.
- Aceptación de una mayor variedad de experiencias negativas o positivas (Rogers, 1967).

- Aumento de la confianza a la hora de abandonar objetivos y expectativas fijas (Rogers, 1967).
- Aumento de la capacidad para concebir más de una realidad o maneras de entender el mundo (Rogers, 1967).

Todos estos datos han estado registrados por parte de los Terapeutas en cada una de las entrevistas o sesiones realizadas con los internos que han participado en el Programa de Intervención; evaluándolo con una escala de Likert donde las puntuaciones se encuentran entre 1 y 6, con la siguiente significación:

Puntuaciones:	1	2	3	4	5	6
	Nunca	Raramente	Algunas Veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre

Interpretadas de esta manera:

BAJO: 1-2

MEDIO : 3-4

ALTO: 5-6

Con referencia a la 3ª variable, “*empatía*”, nos referimos a: “*capacidad para apreciar el que otra persona está experimentando. En la Terapia centrada en el paciente, la empatía se refiere particularmente al esfuerzo continuo del terapeuta por apreciar y comunicar al paciente una comprensión de sus sentimientos y significados expresados por éste (Rogers, 1967).*”

“*Una persona empática ofrece apoyo, atención diversa, proporciona sugerencias para manejar las impresiones, refuerza las respuestas de enfrentamiento, ayuda a encontrar sentido a la experiencia emocional y a reconfirmar el autoconcepto (Lehman, Ellard i Wortman, 1986; Thoits; 1984).*”

Cuando nos referimos a esta variable, nos basamos en que, según los niveles conseguidos en la capacidad de empatía por parte del terapeuta con el paciente, se obtendrán una serie de cambios en la expresión corporal, en la apertura a expresar sus sentimientos, etc., y que según estos resultados se obtendrá una mayor o menor adherencia al tratamiento. Lo hemos evaluado a partir de las siguientes variables:

- 1) *" Postura relajada ante el Terapeuta" (No Ansiedad)*
- 2) *"Actitud o conductas de acercamiento"*
- 3) *"Gesto o señales de agradecimiento"*

Estas variables, 1), 2) i 3), las hemos englobado en lo que llamamos Comunicación no Verbal. En concreto se basa en las *"expresiones faciales »*: *« los movimientos de los músculos faciales comunican el contenido específico de sentimientos y emociones (Ekman y Friesen, 1975; Ekman y Rosenberg, 1997)* y en *"la expresión corporal »*: *"la postura, los cambios de distribución del peso corporal y los movimientos de las piernas, brazos y manos manifiestan deseos y preferencias subyacentes. Cuando alguien desea acabar la conversación, consciente o inconscientemente, hará explícito su deseo de marchar al: a) cambiar la distribución del peso corporal a una inestable, b) cruzar las piernas (si está de pié), y c) alejarse de la otra persona"(Lockard et al; 1978)*

Para poder medir cada una de ellas, hemos utilizado una escala de Likert donde las puntuaciones se encuentran entre 1 y 6, con la siguiente significación:

Puntuaciones:	1	2	3	4	5
6					
	Nunca	Raramente	Algunas Veces	A menudo	Muy a menudo
					Siempre

Interpretadas de esta manera:

BAJO: 1-2

MEDIO : 3-4

ALTO: 5-6

4) *“Expresión de las emociones”*: según la Teoría de la emoción de Lazarus *“la parte cognitiva comunica la importancia de la valoración, la parte motivacional expresa la relevancia de las metas y el bienestar, y la parte relacional manifiesta que las emociones surgen de la relación del individuo con las amenazas, los perjuicios y los beneficios ambientales”*.

Durante la interacción social nos ubicamos en un contexto de conversación que nos da la oportunidad de volver a experimentar y revivir experiencias emocionales pasadas, un proceso que se conoce con el nombre de *“el compartimiento social de la emoción”*: *“Cuando la gente comparte sus emociones, generalmente lo hace mediante el compartimiento de toda la explicación inicial de lo que sucedió, de lo que significó y como la persona se sintió durante el suceso”* (Rimé et al. , 1991). Según el concepto de *“experiencing”* propuesto por Rogers en 1980: *“Cuando un sentimiento que hasta el momento ha estado reprimido se experimenta en la conciencia de una forma plena y aceptable, durante la relación terapéutica, se da no solo una sensación definitiva de cambio psicológico, sino también un cambio fisiológico y al mismo tiempo se consigue un nuevo estado de insight”*

A la hora de medir el nivel que se conseguía de *“expresión de las emociones personales”* de los internos a su Terapeuta, lo hemos clasificado a través de una escala de Likert donde las puntuaciones se encuentran entre 1 y 6, con la siguiente significación:

Puntuaciones:	1	2	3	4	5	
6						
	Nunca	Raramente	Algunas Veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre

Interpretadas de esta manera:

BAJO: 1-2

MEDIO : 3-4

ALTO: 5-6

5) *"Sinceridad"*: A través de los estudios realizados por Rogerts en la Terapia centrada en el paciente, este término queda definido por diversas características encontradas en las sesiones terapéuticas con los pacientes: *"eliminar obstáculos en el diálogo, dejar de discutir sintiéndose a gusto en la Terapia..." (Rogers, 1972)*

Según los diferentes niveles de sinceridad encontrados en el Programa de Intervención, los hemos clasificado a través de una escala de Likert, donde las puntuaciones se encuentran entre 1 y 6, con la siguiente significación:

Puntuaciones:	1	2	3	4	5	6
	Nunca	Raramente	Algunas Veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre

Interpretadas de esta manera:

BAJO: 1-2

MEDIO : 3-4

ALTO: 5-6

"Resistencia": Esta variable queda definida por *"comunicación de aspectos externos a la persona, resistencia a comunicarse sobre sí misma, no*

reconocimiento y no posesión de sentimientos y significados personales, conductas extremadamente rígidas ..." (Rogers, 1961).

La hemos evaluado a través de una escala de Likert donde las puntuaciones se encuentran entre 1 y 6, con la siguiente significación:

Puntuaciones:	1	2	3	4	5	6
	Nunca	Raramente	Algunas Veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre

Interpretadas de esta manera:

BAJO: 1-2

MEDIO : 3-4

ALTO: 5-6

Al contrario que el resto de variable, descritas anteriormente, a menor puntuación en los niveles de resistencia, mayor será la adherencia al tratamiento.

El plan de trabajo que describiremos a continuación ha estado llevado a término por dos Psicólogas y los trabajos se han llevado a cabo de forma equitativa, aunque una de ellas (Àngels) comenzó a aplicar el Programa un mes antes que la otra psicóloga (Carmen) debido a que esta última no estaba contratada por el Departamento de Justicia. Cada una ha llevado sus casos y han compartido los puntos de vista de la otra, así como la búsqueda conjunta de soluciones a las dificultades que han ido encontrando a medida que han ido tratando a los internos. La duración ha sido de 6 meses.

*** Inicio, 3/4 semanas, 2 sesiones/semana:**

- Esta ha sido la Fase Psicoeducativa del tratamiento, donde se explica a los internos que forman la muestra participante en el Proyecto: en qué consiste, las diferentes partes del Programa, qué pretendemos, la voluntad de participar ya que no obtendrán ningún beneficio penitenciario, las bases del Programa, Objetivos, libertad para poder abandonar en cualquier momento o ser expulsado del mismo, resolución de dudas, etc. Esta parte se hace a nivel individual en las primeras sesiones, así como la realización del Anamnesis.

* **Durante 3/4 meses, 2 sesiones/semana**, se trabaja, a nivel individual conjuntamente con el Terapeuta, la MOTIVACIÓN y los pasos a seguir son los siguientes:

- Pasación del Test de Preocupaciones Personales de W. Cox.
- En todo momento, la Intervención se hace bajo las directrices de la

entrevista Motivacional y tratamos de crear un buen vínculo basado en la Empatía y en la comprensión hacia sus sentimientos de "malestar", dando validez a la lucha personal que lleva en sí mismo.

- Identificar los aspectos Cognitivos-Afectivos que son condicionantes y

generadores del "malestar" emocional, individual y único para cada persona.

- Realización del perfil del interno a nivel psicológico, social y toxicológico.

- Devolución del perfil psicológico, social y toxicológico al interno/a y programación de los objetivos de acuerdo con el interno/a.

- Establecimiento de los objetivos generales personalizados del interno/a tanto a nivel de actividades como de la toxicomanía.

- Apoyar, en todo momento, la fluctuación del estado motivacional del paciente, así como fomentar la concienciación de su problemática.

*** Último mes:**

- Obtención de los Resultados y Valoración.
- Evaluación de los datos obtenidos y análisis de tendencias.
- Supervisión de la metodología empleada por parte de la Doctora en Metodología de la Universidad de Barcelona (M^a Teresa Anguera).

Los recursos utilizados han sido los siguientes:

- Despacho para la realización de Entrevistas y de las Terapias.
- Dedicación horaria por parte de las dos Psicológicas que han llevado a cabo el Proyecto de Investigación, fuera del horario laboral.
- Material de escritura.
- Test de Preocupaciones Personales de W. Cox.
- Reactivos para la realización de analíticas de orina para detectar la presencia de sustancias: cocaína, opiáceos, anfetaminas y benzodiazepinas.
- Móvil durante todos los días de la semana para estar de guardia ante situaciones de riesgo que pueda tener el interno.

ANÁLISIS DE DATOS:

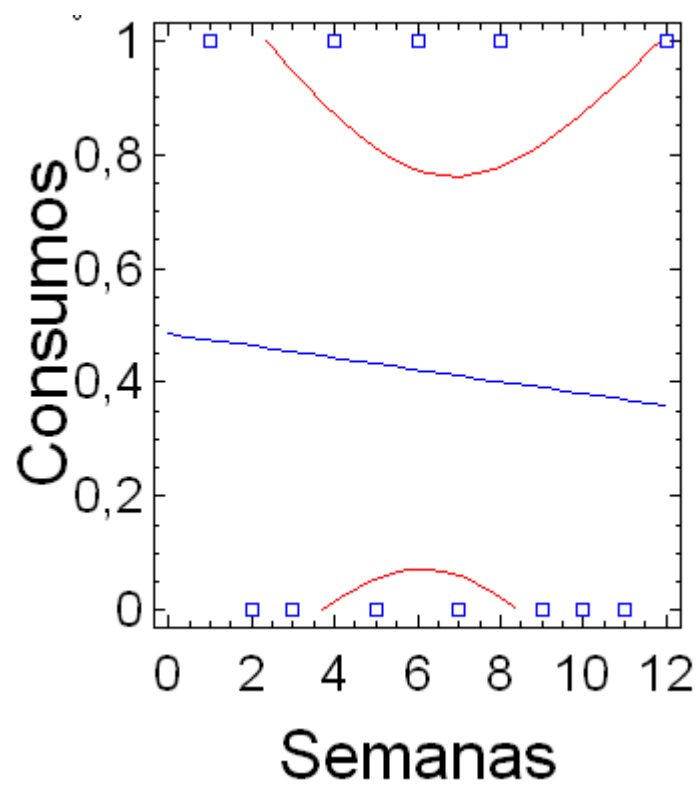
Utilizando el programa estadístico STATGRAPHICS hemos calculado la ecuación de la regresión lineal y después lo hemos representado con gráficas (graficado) con las siguientes conclusiones:

1. Según si la línea sale azul, sea descendiente o ascendente, así es la tendencia del consumo. Veremos si es descendente con los internos A, B, D, E, F, G, I, X. Y ascendente con el resto de internos.

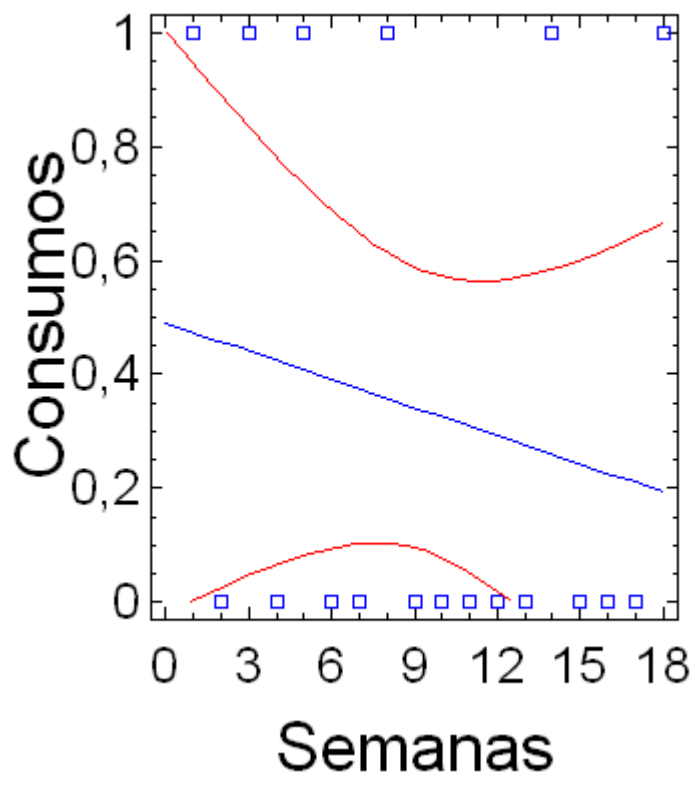
2. Si en la gráfica aparecen unas líneas curvas de color rojo, esta tendencia se puede afirmar que es estadísticamente significativa ($p < 0.05$).
3. Si además de estas líneas rojas, hay otras más separadas de color rosa, la tendencia será estadísticamente muy significativa ($p > 0.01$).

A continuación se representan las gráficas donde se recogen los resultados de los consumos de cada interno a lo largo del tratamiento.

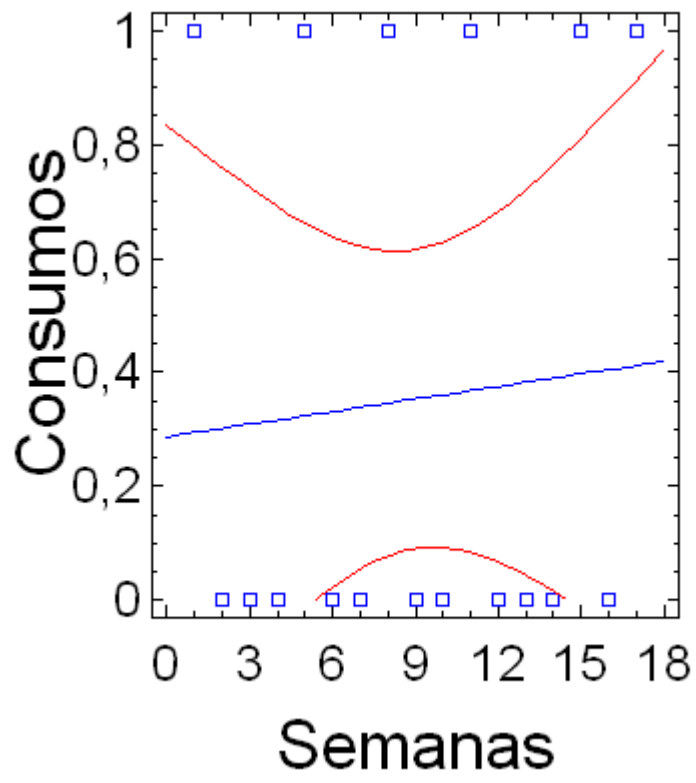
A



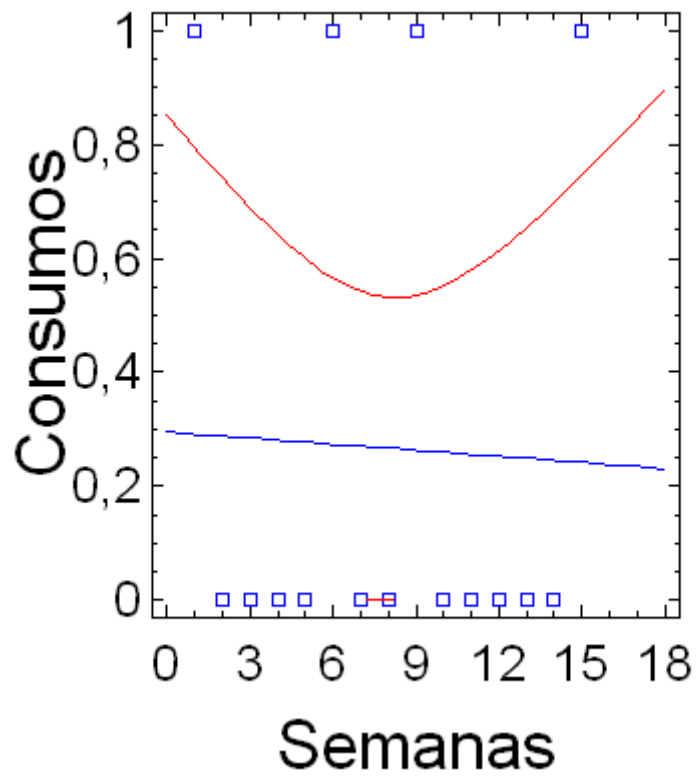
B



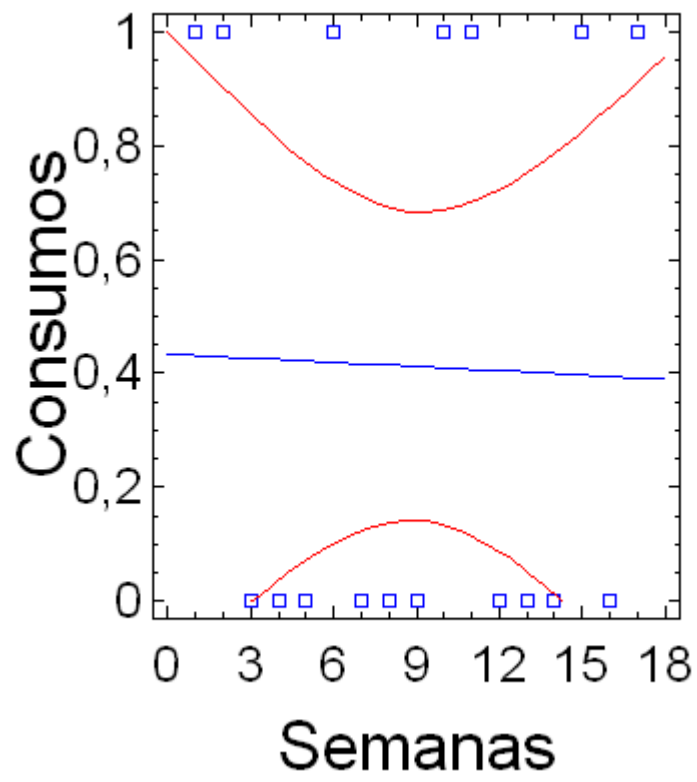
c



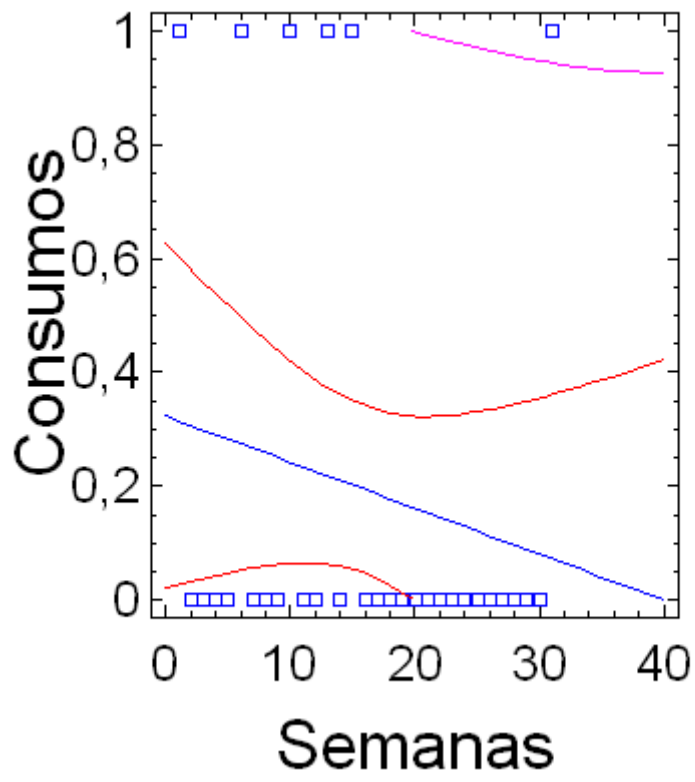
D



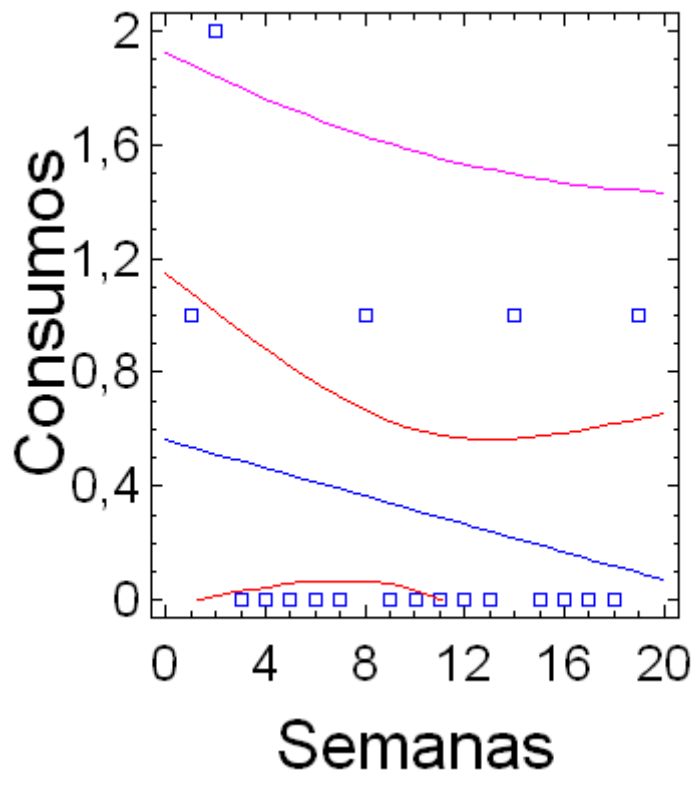
E



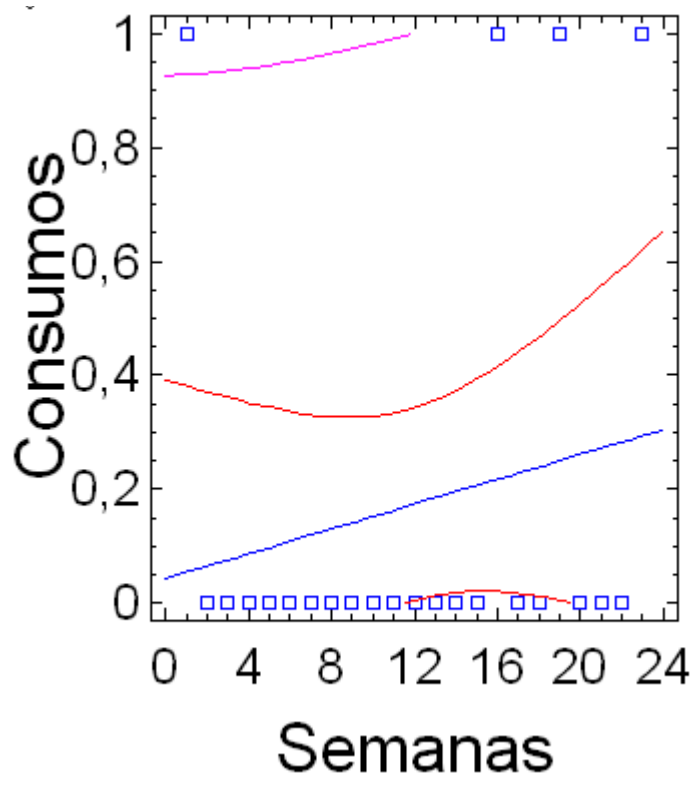
F

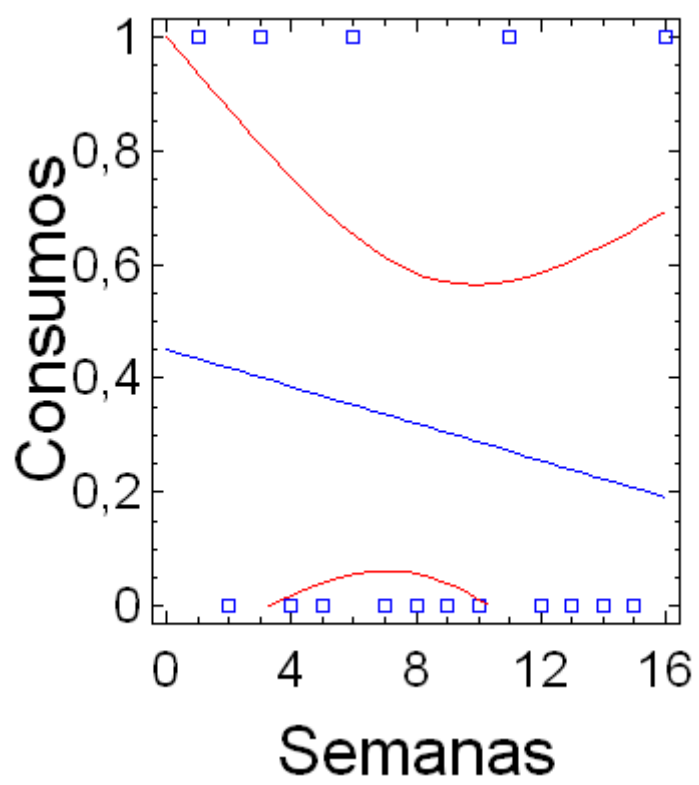


G

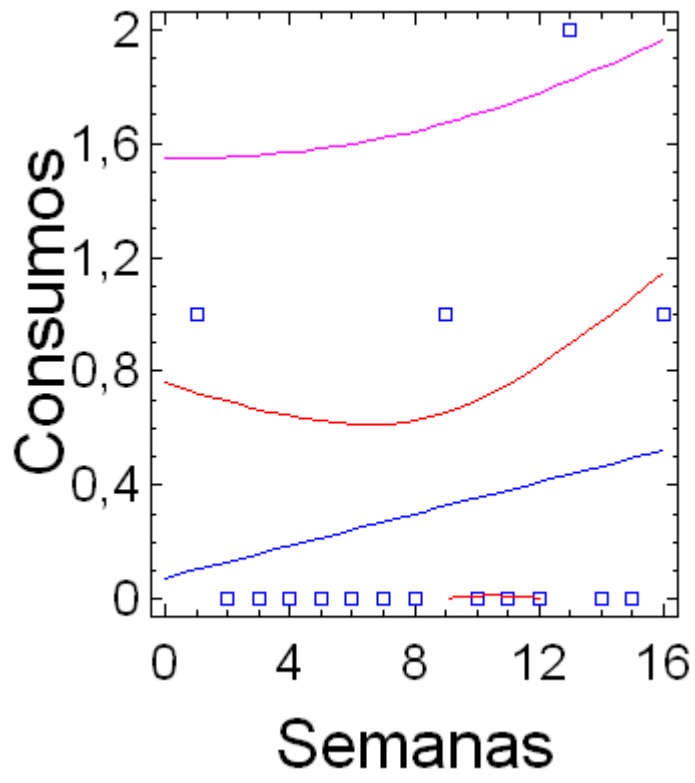


H

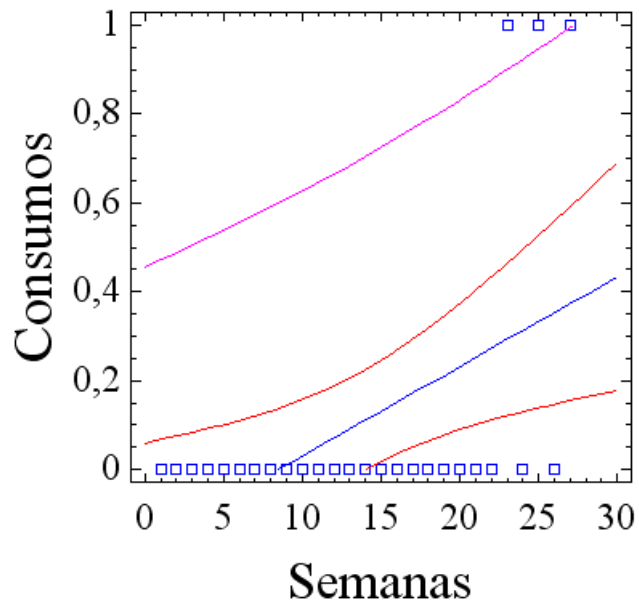




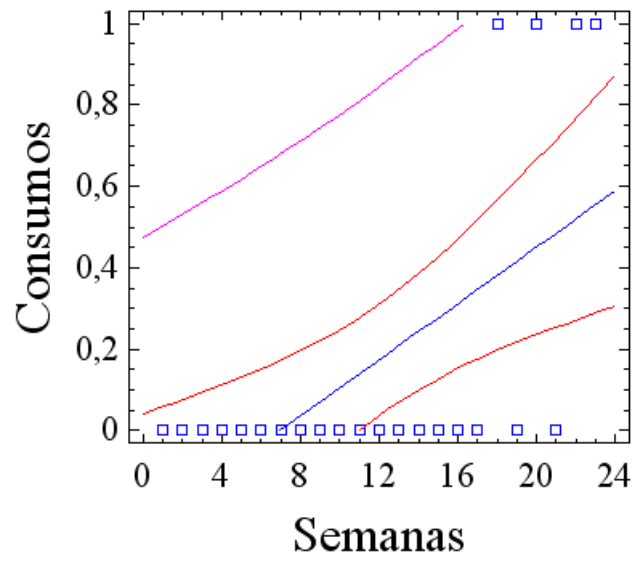
J



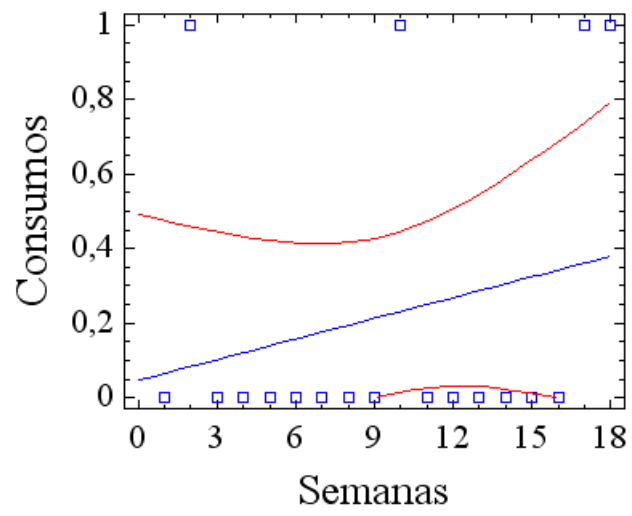
K



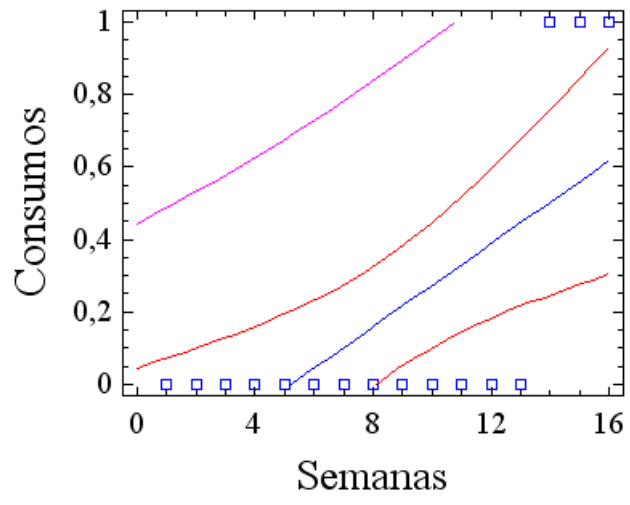
L



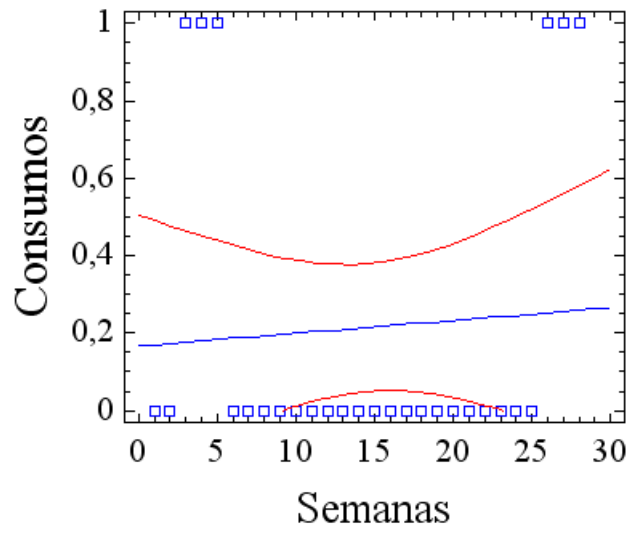
M



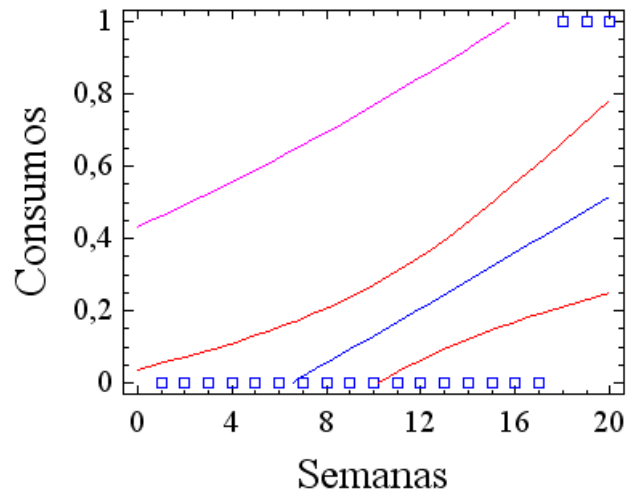
N



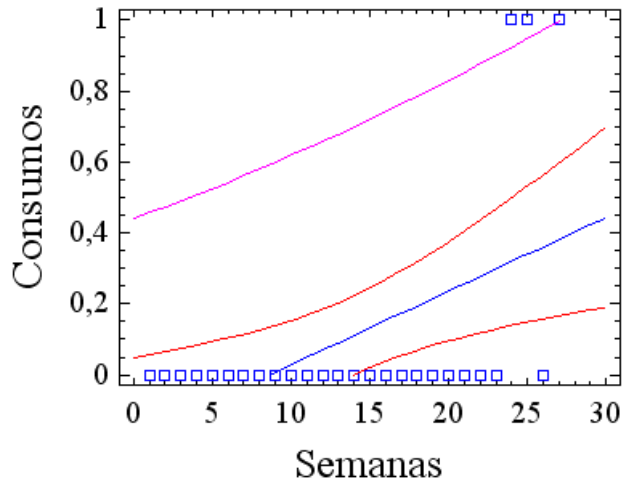
○



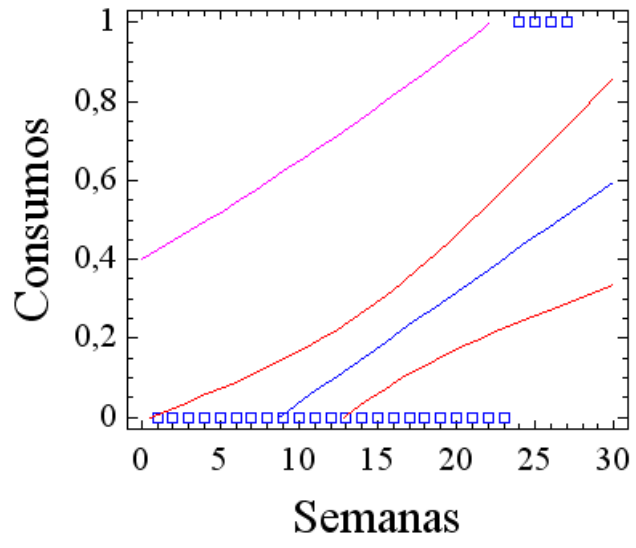
P



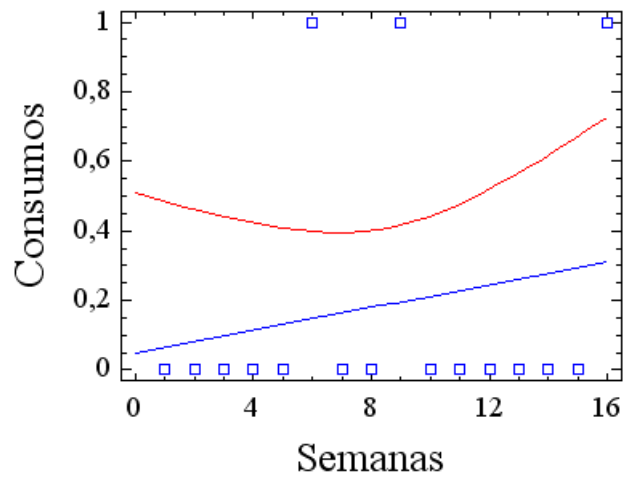
Q



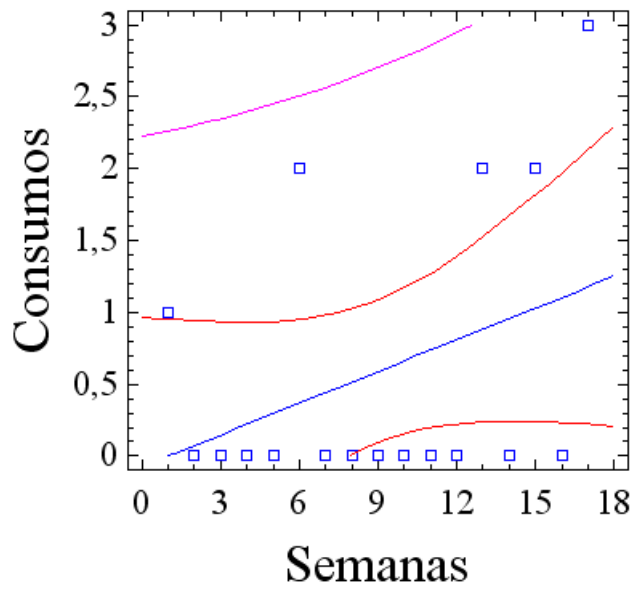
R



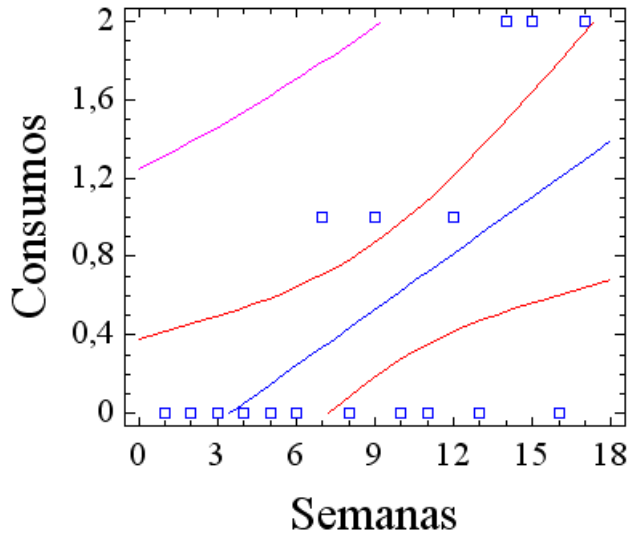
s



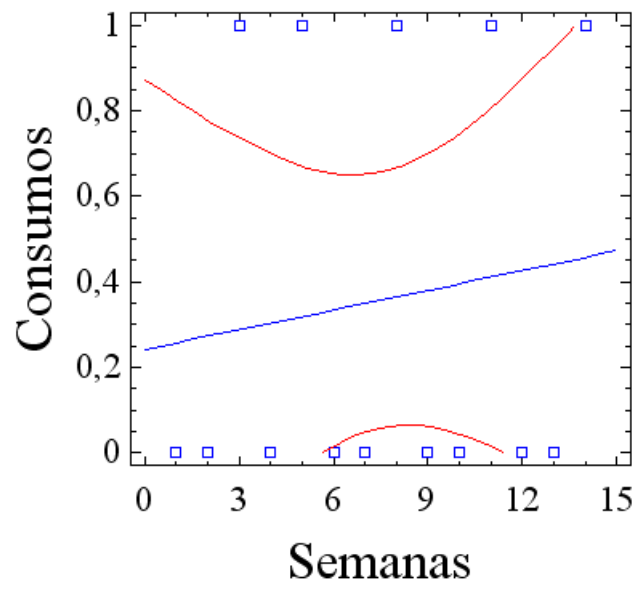
T



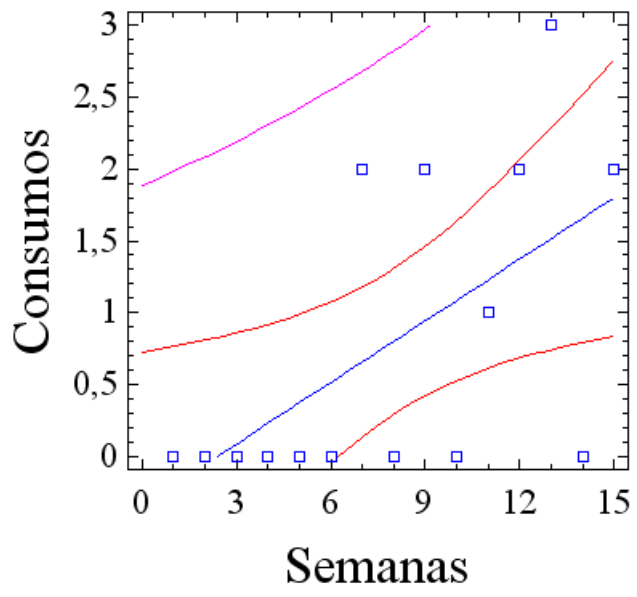
U



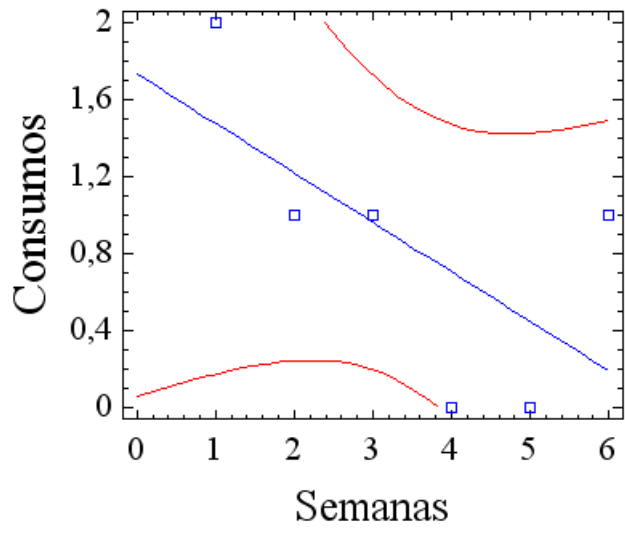
v



W



X



Presupuesto:

⇒ Analíticas de orina:

- Resultados de las analíticas en el laboratorio de:
 - Cocaína y opiáceos: **4'38** □ **por unidad**
TOTAL: 16.819'2 □
 - benzodiazepinas, anfetaminas: **4'87** □ **por**
unidad
TOTAL: 9.350'4 □
- Vasos para recoger la orina: **0'024** □ + 7% IVA por unidad =
0'03 □ **por unidad** TOTAL: 86'4 □
- Guantes: **29'45** □ **por caja de 100 unidades** TOTAL: 1708'1 □
- Etiquetas identificativas: **22** □ + 16% IVA por caja de 100
unidades = 25'52 □ **por caja de 100 unidades** TOTAL: 490 □
- Rotuladores permanentes: **5'80** □ + 16% IVA por caja de 10
unidades = 6'73 □ **por caja de 10 unidades** TOTAL: 6'73 □

⇒ Teléfono móvil de tarjeta prepago (aprox. 80 □) y 30 □ de saldo mensual (el saldo que sobre de un mes se acumulará para el siguiente)
TOTAL: 320 □

⇒ Alcoholtest:

- Aparato: **1531'20** □ TOTAL: 1531'20 □
- Cargador: **343'89** □ TOTAL: 343'89 □
- Boquillas: **3'76** □ **por caja de 25 unidades** TOTAL: 146'64 □

⇒ Bolígrafos: **2'16** □ + 16% IVA por caja de 12 unidades = **2'51** □ **por**
caja de 12 unidades TOTAL: 5'02 □

⇒ Papel DIN A4: **2'12** □ + 16% IVA por paquete de 500 unidades =
2'46 □ **por paquete de 500 unidades** TOTAL: 12'3 □

⇒ Disquets: **5** □ **por caja de 10 unidades** TOTAL: 15 □

SUMA TOTAL: 30.834'08 □

* El importe total ha sido reducido al máximo, aunque nos ha salido un presupuesto bastante elevado. Esto ha sido debido a la necesidad imperiosa de la realización de las analíticas, que son necesarias para que los datos obtenidos en este estudio sean lo más fiable posibles. Creíamos que si no podíamos hacer dos analíticas semanales los resultados no serían objetivos.

6. RESULTADOS

NÚMERO DE CONSUMOS DE LAS DISTINTAS SUSTANCIAS EN CADA UNA DE LAS FASES:

FASE	TIPO DE SUSTANCIA	NÚMERO DE CONSUMOS
Precontemplación	Heroína	44
	Cocaína	30
	Alcohol	7 (a partir de 0'25)
	Éxtasis/anfetaminas	4
	Porros	600 (X=2 porros/persona/día)
Contemplación	Heroína	30
	Cocaína	31
	Alcohol	2 (a partir de 0'25)
	Éxtasis/anfetaminas	4
	Porros	600 (X=2porros/persona/día)
Acción	Heroína	7
	Cocaína	9
	Alcohol	1 (a partir de 0'25)
	Éxtasis/anfetaminas	0
	Porros	300 (X=1porro/día/persona)
Mantenimiento	Heroína	2
	Cocaína	1
	Alcohol	1 (a partir de 0'25)
	Éxtasis/anfetaminas	0
	Porros	300 (X=1/día/persona)
Recaída	Cocaína	2
	Alcohol	1 (a partir de 0'25)

Como podemos observar, los consumos han ido disminuyendo aunque, como ya hemos citado en otras ocasiones, lo que pretendíamos era la CONSCIENCIACIÓN Y RESPONSABILIDAD EN SEGUIR UN TRATAMIENTO POR SU ENFERMEDAD DE LA TOXICOMANÍA.

PORCENTAJE DE INTERNOS QUE HAN CONSUMIDO SEGUN LA SUSTANCIA:

- PRECONTEMPLACIÓN:** El nº de internos consumidores de heroína en esta fase es de 20, pero en total consumen 17 internos:
- 85% Heroína
- El nº de internos consumidores de cocaína en esta fase es de 20, pero en total consumen 14 internos:
- 70% Cocaína.
- El nº de internos con problemas con el alcohol en esta fase es de 7, y sólo tomaron 4 (dieron positivo en más del 0'25):
- 59% Alcohol
- La muestra de fumadores de hachís es de 25 internos, de los cuales 23 fuman entre 2 y 4 veces al día.
- CONTEMPLACIÓN:** El nº de internos consumidores de heroína en esta fase es de 24 y sólo toman 15:
- 62'5 % Heroína
- El nº de internos consumidores de cocaína en esta fase es de 24, pero el consumo se redujo a 13:
- 54'1% Cocaína
- El nº de internos de la muestra con problemas con el alcohol vuelve a ser de 7 (positivo en 0'25) i dan positivo 5:
- 71% Alcohol
- El consumo de hachís se mantiene en los mismos niveles.
- ACCIÓN:** El nº de internos consumidores de heroína en esta fase es de 19 y sólo toman 3:
- 15,7 % Heroína
- El nº de internos consumidores de cocaína en esta fase es de 18, pero el consumo se redujo a 2:
- 11,1 % Cocaína
- El nº de internos con problemas con el alcohol en esta se vuelve a ser de 7 (positivo en 0'25) i dan positivo 0:
- 0% Alcohol
- El consumo de hachís se mantiene en los mismos niveles.
- MANTENIMIENTO:** El nº de internos consumidores de heroína en esta fase es de 18 y solo consumo 1:
- 5,5 % Heroína

El nº de internos consumidores de cocaína en esta fase es de 18, pero el consumo de redujo a 2:

- 11,1% Cocaína

El nº de internos con problemas con el alcohol en esta fase vuelve a ser de 7 (positivo en 0'25) i dan positivo 0:

- 0% Alcohol

El consumo de hachís se mantiene en los mismos niveles.

RECAÏDA:

El nº de internos consumidores de cocaína en esta fase es de 2:

- 8% Cocaína

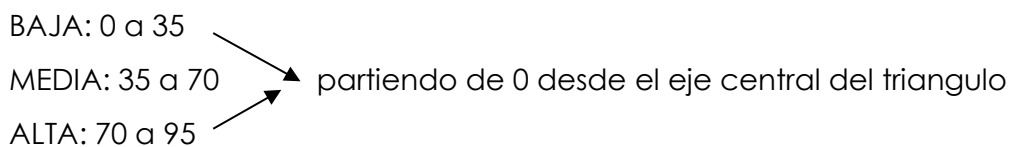
El nº de internos con problemas con el alcohol en esta fase es 1 (positivo en 0'25):

- 14'2% Alcohol

COMENARIOS DE LAS GRÁFICAS SOBRE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Cada uno de los triángulos que veremos a continuación representan las diferentes etapas de motivación por el cambio de Prochaska y Diclemente. Cada lado de los triángulos representa los objetivos de este Programa de Intervención en Toxicomanías y, a la vez, cada uno de estos objetivos ha estado dividido en otras variables.

Hemos dividido cada una de las variables en triángulos interiores de una distancia aproximada de 35°, es decir:



RESULTADOS EN PORCENTAJES:

Gráfica A.- El número de internos de la muestra, en esta fase, es de 24:

PRECONTEMPLACIÓN – Motivación. Autoestima 0% (0 internos)

Esfuerzo 41% (10 internos)

Elección 4,16 (1 internos)

Persistencia 4,16 (1 internos)

Conscienciación. Petición Voluntaria Entrevistas 4,16% (1 internos)

Frecuencia de llamadas al móvil 21%

Petición de seguir tratamiento 100% (23

internos)

Manifestación de necesidades personales 8,3% (2

internos)

Empatía. Postura relajada 0 % (0 internos)

(no ansiedad)

Actitud de acercamiento 45% (11 internos)

(expresión corporal)

Gestos de agradecimiento 37% (9 internos)

Expresión de las emociones 0% (0 internos)

Sinceridad 8,3% (2 internos)

Resistencia 95 % (24 internos)

Gráfica B – El nº de internos de la muestra en esta fase es de 33 internos (hay 7 internos más que no estuvieron en la fase de precontemplación)

CONTEMPLACIÓN – Motivación: Autoestima 0 % (0 internos)

Esfuerzo 76% (22 internos)

Elección 20% (8 internos)

Persistencia 20% (8 internos)

Conscienciación: Petición Voluntaria de Entrevistas 20% (8

internos)

Frecuencia de llamadas al móvil 68%

Petición de seguir tratamiento 100% (33

internos)

Manifestación de necesidades personales 33,8% (13

internos)

Empatía: Postura relajada 95 % (33
internos)
(no ansiedad)
Actitud acercamiento 95% (25
internos)
(expresión corporal)
Expresión de las emociones 74 %
(24 internos)
Sinceridad 63% (21 internos)
Resistencia 0%

Gráfica C .- El nº de internos de la muestra en esta fase es de 25, ya que 6 fueron "regresados" y 2 no volvieron al Centro "quebrantamiento de condena).

ACCIÓN: Motivación.- Autoestima 40% (10 internos)
Esfuerzo 80% (19 internos)
Elección 67% (17 internos)
Persistencia 80% (19 internos)
Conscienciación.- Petición Voluntaria Entrevistas 93% (24
internos)
Frecuencia de llamadas al móvil 30
%
Petición de seguir tratamiento 100 % (25 internos)
Manifestación necesidades personales 87 % (20
int)

Empatía Postura relajada 94 % (24 internos)
(no ansiedad)
Actitud de acercamiento 94% (24
internos)
(expresión corporal)
Gestos de agradecimiento 95% (25
internos)

internos)

	Expresión de emociones	95 % (25
	Sinceridad	95 % (25 internos)
	Resistencia	0 %

Gráfica D.- El nº de la muestra en esta fase es de 25 internos.

MANTENIMIENTO	Motivación	Autoestima	56% (14 internos)
		Esfuerzo	87% (20 internos)
		Elección	90% (22 internos)
		Persistencia	90% (22 internos)

Conscienciación.-	Petición Voluntaria Entrevistas	95 % (25 internos)
	Frecuencia de llamadas móvil	5 %
	Petición de seguir tratamiento	95 % (25 internos)
	Manifestación necesidades personales	95 % (25 internos)

internos)	Empatía	Postura relajada	95 % (25 internos)
		(no ansiedad)	
		Actitud de acercamiento	95% (25
		(expresión corporal)	
		Gestos de agradecimiento	95% (25
internos)			

	Expresión de las emociones	95% (25 internos)
	Sinceridad	95% (25 internos)
	Resistencia	0% (25 internos)

RECAÍDA.- Los resultados son los mismos; tan sólo hemos tenido tres recaídas, una de alcohol de un interno que hizo el programa, y que cuando salió en libertad definitiva tuvo una recaída, llamó al móvil y fue a su psiquiatra de referencia al Cap de Nou Barris. Los otros dos internos consumieron cocaína,

verbalizaron el consumo en una entrevista sin ningún tipo de resistencia y se trabajó la misma.

Una vez expuestos estos datos, pasaremos a las conclusiones de los mismos:

1-La motivación.-

Como nos indican los datos, en la entrevista motivacional hemos conseguido que el interno vaya cumpliendo los objetivos que se le ayudaron a marcar, a la vez que, intenta buscar otras actividades que le ayuden a mantener su abstinencia, aunque para la población de presos es difícil muchas veces, y es necesario motivar muy y mucho sus habilidades, a pesar de la falta de ellas; el hecho de tratarlos en todo momento como “*personas*” y sin “*etiquetaje*” el nivel de autoestima aumentó rápidamente. Con referencia a la autoestima, debido al nivel muy bajo y consolidado en el que se encontraba, ha estado más difícil obtener unos buenos resultados (necesitaban unas terapias centradas en la misma, que hemos intentando llevar a cabo, pero es necesario un período más largo de tiempo).

La motivación, como muy bien dice Miller, es “*fluctuante*” y estuvo presente en todas las entrevistas, intentando que ésta fuera lo más adecuada posible.

2- Conscienciación.-

Uno de nuestros objetivos principales era que el adicto “*Consciencia*” de su enfermedad, de que no son “*CULPABLES*” pero sí “*RESPONSABLES*” de la misma, y que ante la recaída han de acudir rápidamente a su Caso de referencia, a hacer un tratamiento como el que llevamos a término, estando a su lado para acompañarlo en su enfermedad. Ofrecerles un móvil les ha dado mucha seguridad, y las llamadas, aunque al principio eran escasas porque lo vivían como un control, poco a poco han ido aumentando en las fases de Precontemplación y Contemplación, que es donde hay más problemática en todos los niveles (patología dual, Trastorno de Conducta, o de Personalidad). Creemos oportuno destacar el buen uso que se hizo del mismo, todas las llamadas eran coherentes con su situación y nunca utilizaron el móvil incorrectamente.

Han demostrado casi desde el principio su interés por estar dentro del programa, aunque tenían muy claro que no obtendrían ningún beneficio penitenciario, y muchas de las entrevistas eran fuera de su horario penitenciario, es decir, en tiempo de ocio para ellos.

También decir que cuando se les pedía que vinieran para cualquier problema lo hacían sin ningún tipo de resistencia y muy rápidamente.

3.- Empatía .

Los resultados obtenidos en la misma y la entrevista motivacional han sido buenos y no hemos de olvidar, como decía Rogers, que esta es "*imprescindible*" para cualquier tipo de terapia.

Conseguir una baja resistencia en un corto periodo de tiempo nos sorprendió gratamente y consideramos que se cumplió la cita de Davies 1979, 1981 "*el estilo del terapeuta se manifiesta relativamente pronto dentro del proceso terapéutico*".

La empatía se manifestó de una manera rápida y los gestos de agradecimiento eran constantes, tanto en las entrevistas como fuera de las mismas; nosotros, por nuestra parte, agradecíamos a menudo el que viniesen a las entrevistas, dentro de su horario de ocio, como ya hemos dicho anteriormente. Destacar que sus posturas serán cada vez más relajadas y sin manifestar ningún tipo de ansiedad; hay que decir que eran tan significativo ver su actitud que nos hubiera gustado tener una cámara filmadora para poderlo demostrar de una forma más evidente. Este nivel de empatía se ha visto reflejado en que han sido capaces de la verbalización de los consumos por el móvil o en la entrevista, pero no sólo el consumo sino también la cantidad del mismo, y si han hecho alguna sustitución (por ejemplo, este fin de semana no he tomado cocaína, pero bebí muchas cervezas el sábado). Esto es de máxima importancia para poder tratar las adicciones. También pudieron hablar de sus problemáticas a todos los niveles, y de sus sentimientos más personales (no se pueden comentar para guardar la dignidad de los internos). Pero no tenemos ningún tipo de dudas de que el hecho de poderse expresar libremente ha contribuido de manera significativa en mantener su abstinencia. Después de todo lo anteriormente citado, consideramos que el interno ha tenido una adecuada adhesión al tratamiento, pero lo más importante para

nosotros ha sido la CONSCIENCIACIÓN DE SU ENFERMEDAD, ya que, pensamos que hay mucho todavía por averiguar sobre el funcionamiento del cerebro en estos enfermos, y hoy por hoy, lo importante es que sea RESPONSABLE de su misma enfermedad, estando en contacto con algún CASO de referencia.

Los resultados obtenidos han estado, desde nuestro punto de vista y a través del análisis de datos, muy positivos.

Hemos conseguido de todos ellos, con la relación Terapeuta-Interno, un buen nivel de Empatía y este requisito es básico para cualquier tipo de intervención terapéutica. De los internos que han llevado a cabo toda la intervención, entre el 80 y el 90 % han conseguido conscienciación de la problemática toxicológica y, en concreto por el ámbito en el que nos encontramos, se han sentido "tratados" y no "juzgados". Consecuentemente, se han conseguido unos elevados niveles de Adherencia al Tratamiento. Uno de los internos que ha participado en el Programa, ya con la Libertad definitiva, sigue llamando al móvil y nos ha informado de que ha tenido alguna recaída y que ha sido capaz de pedir ayuda a un terapeuta externos de prisiones.

A nivel de consumos y centrándonos en los que han sido verbalizados de forma espontánea por teléfono, en cualquier momento, han sido el 80%, y el 20% restante se encontraba en una situación de "miedo" debido a la larga trayectoria penitenciaria, de forma que veían la utilización del móvil como una medida muy represiva y controladora, no confiando en el Programa de Intervención en Toxicomanías. Al 80% de internos que han utilizado el móvil les ha servido, a la vez, como una estrategia para la Reducción de daños, debido a que al hacer las llamadas y hablar con el terapeuta, los consumos no se llevaban a cabo o bien se reducía la cantidad consumida. Creemos que el tema de la Reducción de daños es muy importante en el trabajo diario en el ámbito penitenciario debido a la escasa posibilidad de poder hacer más analíticas para detectar los consumos de sustancias penalizadas y a la masificación de población reclusa.

A nivel de consumos, no se ha conseguido un período largo de tiempo de Abstinencia, quedándose el 70% de la muestra en las etapas de "Cambio" de Prochaska y DiClemente de la Contemplación, dentro de este porcentaje (70%) hay el 40% que eran los que padecían algún tipo de patología dual

(Depresión, Psicosis, etc.,) y eran consumidores de cocaína desde su adolescencia, habiendo probado otro tipo de sustancias tóxicas de forma esporádica; y hay el 30% que eran politoxicómanos, con algún Trastorno de Personalidad (el 20% Tr. Antisocial) y con una estructura y dinámica de la familia de origen bastante negativa, habiendo presentado los mismos problemas de Trastornos de conducta en la infancia y adolescencia. En algunos casos, por el hecho de estar en prisión y por el número limitado de consumos permitidos, fue necesaria una regresión en artículo 82 por razones de Tratamiento y otros ingresados en Centros de Patología Dual (pero no ha sido siempre posible por falta de plazas). Esto nos hizo pensar que había alguna cosa que no funcionaba, ya que los internos mostraban Motivación, deseaban controlar su adicción y muchos de ellos eran conscientes de su problemática y no podían continuar así. Entonces, una vez leídos sus historiales, vimos que la parte emocional estaban tan destrozada que les bloqueaba el querer dar una respuesta adaptativa antes u enfermedad; este dolor a nivel emocional bloquea sus pensamientos y pasan directamente a "la acción" para conseguir aquello que los alivia emocionalmente y los permite continuar (droga).

El 30% restante, dentro de las etapas de "cambio" propuestas han llegado a la fase de "mantenimiento" por tanto siguen manteniéndose abstinentes. Dentro de este porcentaje (30%) hay un 5% de internos en los que su parte motivacional no está destrozada, han iniciado los consumos de sustancias tóxicas alrededor de los 20 años de edad y de forma esporádica; generalmente lo hacían porque no estaban de acuerdo con su status social, tienen un sistema alto de búsqueda de sensaciones o simplemente lo hacían para sentirse mejor en un lugar determinado. Hay un 25% de internos (dentro del 30%) que tienen bastante labilidad emocional pero que al establecer una buena empatía se han ido abriendo al terapeuta y esto ha provocado que se hayan mantenido abstinentes.

7. CONCLUSIONES

Una vez finalizado el Trabajo de investigación, una de las conclusiones más firmes a las cuales hemos llegado es la adherencia al Tratamiento conseguida en toda la muestra participante (33 internos) y la Motivación adquirida para mantener la abstinencia. Pero hay un número reducido de internos de la muestra: 6 (regresados) y 2 (quebrantamiento de condena) que no han podido continuar en el Programa de intervención porque el número de consumos no disminuía, todo y que cumplían todos los requisitos a nivel de tratamiento; es decir, habían conseguido niveles altos de motivación y una elevada concienciación de la problemática toxicológica. A partir de aquí, hemos visto que estos 8 internos, los cuales no podían mantener la abstinencia, tienen alguna Patología Dual o algún Trastorno de Personalidad, lo cual no hacía posible el poder avanzar en el tratamiento. A raíz de esto, creemos que la parte emocional de cada persona juega un papel muy importante (por esto hemos diseñado otro Programa de Intervención) a la hora de avanzar o no en un tratamiento de toxicomanías; y quizás hasta los datos de hoy en día, bastante olvidados por Programas de Intervención en toxicomanías basados única y exclusivamente en las técnicas cognitivas-conductuales.

El resto de internos (25) ha podido seguir el Programa y podemos decir, corroborándolo con los resultados ilustrados en las gráficas, que además de conseguir la fomentación de la motivación y la concienciación por el "cambio", nuestro principal objetivo, también han disminuido los consumos de forma estadísticamente significativa, y ante los mismos han estado capaz de verbalizarlos sin necesidad del control analítico, con una elevada sinceridad ante el terapeuta. Todo esto ha estado posible debido a la intervención basada en la Entrevista Motivacional: hace que el interno se sienta Persona y no juzgada, ayuda muy positivamente a seguir un tratamiento, y da la opción a interactuar con otros tratamientos y no ser exclusivos sino complementarios. Siempre y cuando el Tratamiento se adecue a la persona y no que la persona se adecue al tratamiento, *"cada Psicoterapia ha de adecuarse al paciente, hemos de satisfacer las singularidades del mismo"* (Erikson).

Creemos que la conjunción de: seguir las pautas de la Entrevista Motivacional, realizar una buena Anamnesis y la pasación del Test de Preocupaciones Personales de W. Cox, con la posterior elaboración del perfil psicológico, social y toxicológico del interno, forma la BASE para poder

comenzar a tratar las Adicciones. A continuación de esto, podemos comenzar a trabajar con otros Programas con la finalidad de mantener la abstinencia el mayor tiempo posible. Pero esto no será posible si previamente no hemos trabajado la motivación y la concienciación de la problemática mediante la BASE anteriormente mencionada.

No tratamos de priorizar el número de consumos, sino ver en conjunto cómo está la persona en ese momento, tanto a nivel de motivación como de concienciación; teniendo en cuenta que la motivación es fluctuante y por tanto se ha de detectar en que punto se encuentra en cada sesión terapéutica e ir trabajándola. Por ejemplo, si tenemos un coche necesitamos gasolina para poder llegar al destino propuesto y en función de la distancia necesitaremos más o menos cantidad, pues de lo contrario no llegaríamos a ningún sitio. Entonces, con la motivación pasa lo mismo, ha de estar constantemente para poder conseguir los objetivos marcados y en función de la complejidad de estos, necesitaremos más o menos motivación para su consecución, de lo contrario no conseguiríamos ningún objetivo propuesto.

Hoy en día, la Motivación se tiende a ver como una parte externa y lejana al terapeuta donde es el paciente el que "ha de venir motivado", como dice Miller: *"no es un rasgo que se tiene o no, sino que es un estado fluctuante ..."*.

Pensamos que si conseguimos trabajar con la ENTREVISTA MOTIVACIONAL, el número de sobredosis sería más baja, porque evitaríamos los altos niveles de ansiedad y de miedo a comentar sus emociones y preocupaciones y también el número de reincidentes.

8. PROPUESTAS

Creemos muy importante la posibilidad de crear o fomentar la aplicación de Programas de Prevención para los jóvenes que comienzan a manifestar conductas o problemáticas de tipo adictivo, así como problemas a nivel conductual ya desde la adolescencia.

A nivel penitenciario, creemos que sería importante la formación más continuada por parte de los profesionales que se dedican al Tratamiento en Entrevista Motivacional; porque como ya hemos comentado a lo largo de

nuestro trabajo, creemos que es la BASE para comenzar un Tratamiento. También sería conveniente propiciar una mayor concienciación por parte de los profesionales de entender al "adicto" como un enfermo crónico y no como un "vicioso"; tratar de evitar que el eje central del tratamiento se base en la contabilización de los consumos (cantidad) y olvidar la parte más cualitativa: la persona. Sabemos que es difícil porque dentro de este medio hay una normativa marcada por un Código Penal pero es necesario hacer un esfuerzo para buscar un punto de unión entre la parte Regimental y la de Tratamiento porque no hemos de olvidar que la finalidad de las prisiones es la Reinserción.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (2001). *Guía clínica para el tratamiento de los trastornos de los consumos de sustancias*, editorial Ars Médica, Barcelona.
- Bach, E. i Darder, P. (2002). *Sedúcete para seducir*, editorial Paidós; Barcelona.
- Bach, M. *Revista Ret de Toxicomanías*, trimestral, Barcelona.
- Barry, L. D., Hubble, M. A. i Miller, S. D. (2001). *Psicoterapia para casos imposibles*, editorial Paidós, Barcelona.
- Cormier, W. i Sherilyn, L. (2000). *Estrategias de entrevista para terapeutas*, editorial Biblioteca de psicología; Desclée de Brouwer; Bilbao.
- Cox, W. (2000). *Treball sobre la Motivació*; via e-mail.
- Fish, R., Weakland, J. I Segal, L. (1994). *La táctica del cambio*, editorial Herder, Barcelona.
- Linn, S. J. i Garske, J. (1988). En Raskin, N. J.: Terapia centrada en el cliente, *Psicoterapias contemporaneas. Modelos y métodos*, editorial Desclée de Brouwer, Bilbao; capítulo 5, pp. 205-218.
- Mayor, L. i Tortosa, F. (1995). *Ámbitos de aplicación de la Psicología motivacional*, editorial Biblioteca de psicología; Desclée de Brouwer; Bilbao.
- Miller, W. i Rollnick, S. (1999). *La Entrevista Motivacional*, editorial Paidós; Barcelona.
- Reeve, J. (2003). *Motivación y emoción*, editorial McGraw-Hill / Interamericana, México.
- Rogers, C. (1972). *El proceso de convertirse en persona*, editorial Paidós; Barcelona.
- Washton, A. I Boundy, D. (1991). *Querer no es poder. Cómo comprender y superar las adicciones*, editorial Paidós; Barcelona.
- <http://www.Psiquiatria.com>
- <http://www.Infodrogas.com>
- <http://www.Sociodrogoalcohol.com>

ANEXOS