



## PROPUESTA DE TERAPIA GRUPAL DE 4 SESIONES EN EL MANEJO DE CONSUMO DE DROGAS EN PACIENTES QUE ADEMÁS PADECEN ESQUIZOFRENIA O TRASTORNOS AFECTIVOS QUE ESTÉN HOSPITALIZADOS

Elmer Valverde Alfaro\*  
Alexandra Arce von Herold\*

ARTÍCULO ORIGINAL

### RESUMEN

La terapia de grupo es una técnica que se ha utilizado por muchos años en el manejo de pacientes con diferentes enfermedades, entre ellas el trastorno por uso de sustancias (TUS); la misma ha demostrado importantes beneficios en el abordaje de las personas enfermas y, además, un mejor aprovechamiento de los recursos disponibles para la atención en salud. En este trabajo los autores planteamos una propuesta de un modelo de terapia de 4 sesiones para el manejo de pacientes hospitalizados portadores de enfermedad mental y que a su vez presentan TUS, como forma de intervención breve para ellos con miras a prevenir recaídas en el consumo de drogas.

**Palabras clave:** trastorno por uso de sustancias, comorbilidad psiquiátrica, terapia de grupo, esquizofrenia, trastornos afectivos, diagnóstico dual.

### ABSTRACT

Group therapy is a technique that has been used for many years in the management of patients with different diseases, including substance use disorder (TUS), it has shown significant benefits in dealing with the sick and, also a better use of the resources available for health care. In this paper the authors propose a model proposal 4 sessions of therapy for the management of hospitalized patients and patients with mental illness, which in turn presented TUS, as a form of brief intervention for them in order to prevent relapse in consumption drugs.

**Keywords:** substance use disorder, psychiatric comorbidity. group therapy, schizophrenia, affective disorders. dual diagnosis.

\*Médico Psiquiatra, Hospital Dr. Max Terán Valls, Quepos, Costa Rica. [elmervcr@gmail.com](mailto:elmervcr@gmail.com)

\*Médico Psiquiatra, Clínica Dr. Ricardo Moreno Cañas, San José, Costa Rica. [alexanrcevh@yahoo.com](mailto:alexanrcevh@yahoo.com)



## INTRODUCCIÓN

La intervención en terapia de grupo, según Kaplan y Sadock (1), puede clasificarse de manera general en tres tipos:

1. centrado en el paciente;
2. centrado en el líder;
3. centrado en el grupo.

En los dos primeros se considera al individuo la unidad básica del grupo y el cambio terapéutico se produce cuando el paciente hace Insight sobre su dinámica intra e interpersonal.

En el abordaje, centrado en el grupo, la unidad básica es el rol que la persona juega en relación consigo mismo y con el grupo. El cambio ocurre cuando la persona comprende que los roles sociales están gobernados por fuerzas inconscientes primitivas que determinan la conducta individual y grupal.

A continuación, se comentará la importancia de la motivación al cambio, que es lo que idealmente se busca en el paciente. Luego, se hablará sobre las diferentes terapias de grupo que se han utilizado. Por último, se mencionará la importancia de la prevención de recaídas.

La motivación al tratamiento, tal como lo expresa Torres (2), es uno de los puntos más importantes y cruciales, ya que la persona debe aceptar el tratamiento de la patología psiquiátrica y, posteriormente, el del problema adictivo. Con los pacientes psicóticos se debe ser más flexible, debido a su alta vulnerabilidad. En ese sentido, no puede haber hiperestimulación, tampoco la misma intensidad y severidad de los programas habituales.

La motivación, además, es un factor crucial para emprender el camino al cambio conductual según lo expresan Calvo et al (3).

Si un individuo no quiere cambiar su estilo de vida, no se puede forzar a hacerlo. Tiempo atrás, los profesionales “esperaban” a que la motivación del individuo “apareciese” y este decidiera abandonar la bebida abusiva. Lo anterior, ya que se consideraba inútil intentar cualquier tratamiento si el paciente no estaba suficientemente motivado. No obstante, durante los últimos años, los clínicos e investigadores han mostrado un renovado interés por la motivación al cambio y, especialmente, por el proceso de cambio de conducta.

Calvo et al (3) refieren que en estudios realizados con pacientes adictos han demostrado la importancia de la motivación en el tratamiento, de esa manera, este recurso permite predecir la participación en el tratamiento y favorece la recuperación. Por otro lado, Las fuentes de motivación al cambio (intrínseca o extrínseca) han sido comparadas, por diversos autores, a fin de constatar cuáles son las que aseguran un mayor éxito. Para lograr éxito a largo plazo, la motivación interna parece ser más efectiva, mientras que, la motivación externa y los incentivos parecen promover la abstinencia a corto plazo

Respecto a las terapias, Gálvez y Rincón (4) refieren que en Australia, se realizó una investigación en relación con estas. De esa manera, realizaron la terapia en seis sesiones semanales, de 90 minutos cada una, y se comparó con una intervención psicoeducacional única. El 92% de los pacientes incluidos en el estudio concluyeron las doce semanas de seguimiento para evaluar niveles de psicopatología, adherencia a los tratamientos y consumo de sustancias. Se reportan disminuciones, en todas las medidas mencionadas, en pacientes psicóticos con diagnóstico dual en la muestra.



Los grupos de apoyo, basados en la terapia de los doce pasos, han sido evaluados en 230 pacientes que habían recibido tratamiento agudo para diagnóstico dual, según lo describen Gálvez y Rincón (4). El 98% de los pacientes recibieron evaluaciones al ser dados de alta, mientras que un 80%, al final de los doce meses de seguimiento, con la aplicación del Addiction Severity Index (ASI), como medida de desenlace primario. Un adecuado y pertinente tratamiento, combinado en las fases agudas, es el factor determinante en las respuestas terapéuticas a los grupos de apoyo. Las tasas de asistencia al grupo, por parte de pacientes y familiares, arrojan resultados positivos, solo en el contexto de un tratamiento psiquiátrico especializado, como base fundamental de la terapéutica.

Estos mismos autores refieren que las terapias de grupo integrales han sido comparadas con terapias grupales de consejería psicofarmacológica. Lo anterior, durante 20 semanas consecutivas y en 62 pacientes bipolares con diagnóstico dual. Después de la intervención, el grupo con terapia integral presentó menos días de consumo durante el seguimiento.

Bradley, Baker y Lewin, citados por Gálvez y Rincón (4), a partir de un diseño abierto, realizaron el seguimiento de un grupo de 39 pacientes con diagnóstico dual que habían recibido intervenciones grupales por tres años consecutivos. La terapia grupal mostró mejorías en dominios que incluían el consumo de sustancias, sintomatología psiquiátrica, adherencia a los tratamientos convencionales y funcionamiento global. Además, aquellos pacientes que asistieron con mayor regularidad al grupo terapéutico reportan disminución en la utilización de los servicios de atención médica.

Se ha estudiado por Torrents, Mora, Massana, et.al, (5), la efectividad de la aplicación de un grupo de terapia de estrategias de afrontamiento para pacientes dependientes de sustancias psicoactivas en el contexto de un hospital de día, a fin de facilitar el mantenimiento de la abstinencia, con las siguientes características:

1. La muestra del estudio se compone de 38 pacientes que asisten a un programa de 12 sesiones. Para evaluar la eficacia del tratamiento, se administró un Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento, adaptado del Coping Behaviours Inventory, así como una subescala de mejoría global, de la Escala de Impresión Clínica Global.
2. Por último, se ha dispuesto, también, de un autoinforme para completar al final de cada sesión, esto, con el fin de evaluar el progreso clínico de cada paciente a lo largo del tratamiento. Los datos muestran que los pacientes, al final del tratamiento, aprendieron nuevas estrategias de afrontamiento ( $X = 84,17$ ), asimismo, se logró concientizar sobre la utilidad de dichas estrategias ( $X = 89,82$ ), las cuales serán ventajosas al momento de afrontar situaciones de riesgo.
3. Los pacientes disminuyeron el deseo consumir y mostraron mayor control en relación con este al final del tratamiento. Se observa que, cuanto más utilicen de estrategias de afrontamiento, hay una mayor efectividad de las mismas ( $p < 0,751$ ).

Gálvez y Rincón (4) refieren que a pesar de la contundente evidencia epidemiológica que asocia frecuentemente el consumo de sustancias con las patologías psiquiátricas



Prev. Recaidas

mayores, las pautas de tratamiento están basadas, primordialmente, en combinaciones que carecen de evidencia para recomendarlas como terapias de primera línea en el diagnóstico dual. La tendencia ha sido agrupar intervenciones en forma integral. Los resultados, para los psicofármacos empleados hasta el momento, son considerados limitados y desalentadores, sin poder contar, hasta la fecha, con intervenciones específicas para esta población especial de pacientes. La mayoría de estudios disponibles extrapolan resultados, en ausencia de coherencia científica y terapéutica.

Queda claro, sin embargo, que la prevención de recaídas (PR) es un punto central en la terapéutica de las adicciones. En 1983, Martín (6), realizó un seguimiento a 685 sujetos tratados por problemas relacionados con el alcohol. Así, se observó, que a los 2 años de tratamiento, el 63% regresó a su conducta adictiva, y al final del seguimiento, 8 años después, el 95% de la muestra reanudó, ocasionalmente, el consumo de alcohol.

La prevención de recaídas se define por Martín (6) como "el proceso de iniciar y mantener la abstinencia de alcohol o de otra sustancia, acompañado de modificaciones intra e interpersonales". Así pues, la prevención de estas ayuda a los individuos a anticipar y afrontar los problemas de recaída durante el cambio de conductas adictivas.

Se puede concluir, de esta manera, que realmente hay pocos estudios sobre intervenciones grupales en pacientes con Trastorno por uso de sustancias y los estudios que se han hecho pertenecen a diferentes disciplinas. No obstante, notamos que, ya sea psicoeducacional, motivacional, cognitivo-conductual, integral, de estrategias de afrontamiento o de los doce pasos, en

todas estas, hay un impacto positivo dentro de esta población, lo que resulta una estrategia importante a considerar.

Es importante, además, recordar los aportes de Valdés, et al (7), quienes hacen notar la capacidad de dos factores comunes para predecir el resultado de la terapia grupal: la alianza terapéutica y la implicación emocional del cliente.

Ellos plantean que un cambio total es el resultado de cambios sucesivos y progresivos. En ese sentido, fue posible, además, confirmar que ciertos indicadores se dan a lo largo de todo el proceso terapéutico, específicamente aquellos relacionados con: la aceptación del contexto de significado psicológico como marco de trabajo, el reconocimiento de la propia participación en el proceso terapéutico y el fortalecimiento del vínculo terapéutico. Cuando los pacientes son capaces de comprender el contexto histórico que los condujo al desarrollo de ciertas creencias y actitudes, pueden empezar a adquirir la sensación de que tienen cierto dominio sobre su realidad.

### **Propuesta de una terapia de grupo para TUS en cuatro sesiones**

Pacientes que padecen esquizofrenia o trastornos afectivos y, a la vez, consumen sustancias, tienen mayores recaídas y menor adherencia al tratamiento, es decir, su manejo resulta sumamente complicado. Por esto, se propone que mientras estén internados, recibiendo tratamiento y manejo psiquiátrico, participen en una terapia de grupo enfocada al consumo de sustancias. Lo anterior, pues se ha demostrado que este tipo de terapia tiene un impacto positivo en ellos, según la literatura previamente mencionada. Al lograr que los pacientes tengan una mayor adherencia



a su tratamiento disminuye la cantidad de atenciones brindadas en los diferentes servicios de atención, disminuye sus recaídas que requieren hospitalización y mejora la calidad de vida del paciente.

Según Kaplan y Sadock (1) La terapia de grupo con esquizofrénicos ha sido utilizada desde 1921 por Edward Lazell, basadas en los principios psicoanalíticos, sin embargo, a partir de la década de los 70 se han descrito otra gran variedad de terapias para este tipo de pacientes, basadas en diferentes enfoques; uno de ellos es el educativo, en el cual se busca que el paciente maneje sus problemas y síntomas más inmediatos.

La terapia de grupo, para García (8), aporta una serie de beneficios en el abordaje del paciente psicótico: ofrece un contexto realista, igualitario, seguro, horizontal y neutral donde se desarrollan múltiples y multifocales interacciones que favorecen el insight y aprendizaje interpersonal, pudiendo proceder la ayuda de cualquier miembro del grupo y no sólo del terapeuta. El grupo ejerce una acción multiplicadora de los efectos terapéuticos: facilita a los pacientes un contexto realista y específico de referencia, favorece las relaciones del paciente con el equipo terapéutico, mejora el conocimiento y autoconocimiento y por último permite y acelera el proceso terapéutico, además, otra de las particularidades de la psicoterapia de grupo es su flexibilidad, siendo posible la aplicación de distintas aproximaciones teóricas (educativas, cognitivas, interpersonales, analíticas, etc.) dentro del marco grupal.

Para el manejo de pacientes con trastornos afectivos, Kaplan y Sadock (1), también remarcan la importancia de tener objetivos claros a la hora de iniciar con ellos un proceso de terapia, además, remarcan la contraindicación

de referir a un proceso de terapia de grupo a un paciente en un episodio maniaco descompensado, así como un paciente que se encuentre con ideas suicidas u homicidas, de igual forma, se debe considerar la prudencia de incorporar pacientes con episodios depresivos severos que no tengan ideas suicidas u homicidas, pues con sus síntomas pueden retardar el proceso de cohesión de grupo.

En relación con la integración del grupo, Martín y Martínez (9) refieren que deben plantearse una serie de preguntas antes de iniciar un proceso de terapia de grupo, como una parte importante de la atención al paciente:

¿Cuál será la forma de conectar las actividades clínicas propias de la psicoterapia de grupo con los objetivos que el equipo terapéutico diseña para resolver la crisis del paciente?

¿Cómo puede cada terapeuta individual o el profesional de referencia del paciente beneficiarse de la psicoterapia de grupo para que su paciente mejore más y más pronto?

¿Cómo informará el terapeuta de grupo al equipo terapéutico de los progresos de los pacientes o de las incidencias en la dinámica grupal?

¿Cómo va a tener en cuenta el profesional de referencia los vínculos que establece el paciente en el grupo a la hora de entender su evolución en la unidad o a la hora de prepararle para el alta?

¿Cómo se van a tener en cuenta estos vínculos a la hora de diseñar el seguimiento del paciente?

¿Se va a tener o no una post sesión, con qué fines y quiénes participarán?

También estos autores hacen alusión a la importancia que tiene para la terapia de

Grupo



grupo el encuadre: cuándo, durante cuánto tiempo, con qué frecuencia, dónde. ¿Qué profesionales entrarán en las sesiones y quién va a conducir el grupo? ¿Cuál será la función de cada profesional en el grupo? ¿Qué espacios habrá para la coordinación entre los distintos profesionales de los servicios? ¿Cuáles serán los criterios de inclusión/exclusión y quién los decide para un paciente determinado? ¿Será un grupo voluntario u obligatorio para los pacientes? ¿Tendrá el paciente algún tipo de preparación antes de entrar en el grupo?

Kaplan y Sadock (1), plantean que es importante que los terapeutas desarrollen un entorno de cohesión y seguridad, en el cual los pacientes se encuentren cómodos y puedan discutir el material de las sesiones, además, que las reuniones pueden darse varias veces por semana, en sesiones de 45 a 60 minutos, dada la dificultad de lograr mayor atención en periodos más largos de tiempo.

Además, estos mismos autores refieren que es importante la coterapia en este tipo de pacientes, pues se favorecen las interacciones no psicóticas, también, se reparten funciones entre ambos para disminuir la carga de trabajo de cada uno y en caso de la ausencia de uno de ellos, el otro puede seguir con el proceso.

Con base en estas características, basadas en la literatura tratada anteriormente, así como en la propia experiencia clínica, se propone el siguiente modelo de terapia de grupo, el cual es original de los autores de este trabajo, en lo que respecta a la temática tratada:

Al inicio de la primera sesión, los pacientes deberán firmar un contrato terapéutico sobre la terapia y las normas de funcionamiento del grupo. Con este documento, el paciente se puede asegurar de que la información que por él será brindada, será confidencial, así

protegiendo al paciente bajo los principios de bioética.

Es importante, y se recalca antes de que firmen, que éste es un proceso voluntario y que de ninguna manera influirá en la prolongación o acortamiento de su internamiento. Se les explica, además, que el egreso solo dependerá de la mejoría de su patología psiquiátrica y que la terapia ofrecida es solamente una ayuda ante el consumo de sustancias.

Lo anterior es muy importante, ya que se ha notado que los procesos terapéuticos forzados son menos efectivos, además, se desea evitar la participación de usuarios que no van a ayudar al grupo, si no sienten motivación, y solo se presentan pensando que por así hacerlo se les dará un egreso con mayor rapidez. Deben de presentarse únicamente los pacientes que realmente están interesados en buscar maneras de rehabilitarse y que piensan que el consumo de sustancias sólo sirve para el detrimento de su salud, o que por lo menos así lo sospechen.

Para poder firmar el contrato, y para un buen aprovechamiento de la terapia, según recomiendan Kaplan y Sadock (1), se necesita que el paciente se encuentre capaz de estar sentado en la sala e interactuar con los otros usuarios al punto de que no perturben el progreso de la sesión, esto con el fin de que cada participante pueda elaborar lo que se diga en las sesiones, sin interrumpir a los demás, aunque no esté completamente compensado de su patología mental. Esto se decidirá a juicio del psiquiatra tratante, el cual lo refiere a la terapia, por lo cual un psicótico agitado o con desorganización de pensamiento o de conducta no puede participar en el proceso terapéutico, de igual forma, un paciente con un cuadro maniaco desorganizado, con ideación suicida u homicida, o con síntomas depresivos



severos que no tenga ideas suicidas u homicidas no debe participar en este proceso de terapia.

Es un grupo cerrado, los participantes se definen al comienzo de la terapia y no se modifican hasta que esta termina, salvo por circunstancias especiales como el abandono, el fallecimiento de ellos o un egreso por medio de la salida exigida o por criterio médico.

Se prefiere un grupo cerrado por el hecho de que, al ser una terapia corta, puede ser menos confuso tener siempre a los mismos participantes, aumentando así la motivación colectiva por tener una identificación grupal. Asimismo mejora la alianza terapéutica, elemento ya mencionado, de gran importancia en el éxito de la terapia.

El grupo está formado de 6 a 8 personas, pues, como se mencionó en la literatura, los usuarios que además padecen de alguna patología psicótica o afectiva, no deben ser sobre estimulados y, al mantener el grupo de un tamaño pequeño, nos aseguramos de la menor sobre estimulación posible. Si fueran grupos grandes de pacientes descompensados en vía de compensación, estos no podrían concentrarse adecuadamente, y, al final, el impacto en el paciente va a ser poco a nulo.

Se encontrarán con edades comprendidas entre los 18 y los 64 años. No se van a incluir menores de edad, a pesar de que se ha mencionado su especial vulnerabilidad.

Es además un grupo heterogéneo, es decir, entre los miembros hay diferencias tanto clínicas como sociodemográficas. Siempre hay que tomar en cuenta estas diferencias y, así, evitar choques o malentendidos entre los miembros o entre los pacientes y el terapeuta. A su vez, estas diferencias pueden ampliar

la gama de opciones para soluciones de diferentes problemas.

El lugar elegido para realizar las reuniones es una sala de grupos ubicada en el mismo centro de salud al que pertenecen los pacientes. Se trata de un espacio amplio, que proporcione intimidad, libre de posibles interrupciones para evitar así posibles distracciones; las sillas son dispuestas en círculo.

Para la realización de esta terapia, cuando se incorpore un paciente a la misma, que no es atendido por el mismo equipo que imparte la terapia de grupo, se debe primero establecer una coordinación entre el equipo tratante y el equipo de terapia, con el fin de que se determine si la condición del paciente es adecuada para incorporarse al grupo, los objetivos que va a cumplir el paciente dentro del grupo, y los espacios para las devoluciones acerca de la participación del paciente en el mismo.

Es necesario además que en estos casos, se encuadre al usuario acerca de los roles que juega el equipo que realiza la terapia de grupo, y el papel que tiene su equipo tratante en el pabellón de agudos.

El tipo de grupo terapéutico abarca varias áreas. A través de las cuatro sesiones siempre se trata de crear una identidad de grupo donde todos se presentan y colaboran juntos, se trabaja en alianza terapéutica y se promueve la discusión de cada uno de los temas, aumentando así la motivación al cambio.

En las primeras dos sesiones se utiliza la psicoeducación sobre lo que son las drogas, cómo afectan al cuerpo normalmente, pero también por qué se considera un factor desencadenante de una recaída para pacientes vulnerables por presentar una patología mental agregada, como lo son ellos.



En la tercera sesión se buscan estrategias de afrontamiento dadas por ellos mismos para los demás y se les guía hacia las más útiles para cada quién o se mencionan las que a ellos no se les han ocurrido. Para esto, se le da un espacio a cada paciente para que cuente sobre su propia experiencia y los métodos que más le han servido. Esto puede abrir los ojos a los demás pacientes o ayudarlos a sentirse identificados si ellos también han usado la misma metodología. Cada una de estas estrategias se puede explicar más a fondo (cómo funciona y por qué) por los terapeutas, si así fuera necesario. Si se notó que hicieron falta algunos diferentes métodos que les podría ayudar, los terapeutas deben hacer mención de ellas y explicarlas de forma abreviada.

En la cuarta sesión, se trabaja sobre la prevención de recaídas. Luego de que en la tercera sesión se habló de cómo afrontar su situación y de que cada paciente se siente cómodo con una o más metodologías, es importante recordarles que la meta no es sólo dejar de consumir, sino también mantener esa sobriedad. Por esto es importante abarcar diferentes métodos para prevenir alguna recaída. Al igual que en la tercera sesión, primero se le pide a los pacientes que cuenten cómo han hecho, en el pasado, para evitar consumir y luego, si hay algún método que falta, se menciona al final.

Se utilizan estas diferentes estrategias, pues se ha comprobado que son los elementos esenciales para la abstinencia, como se mencionó en la literatura. Se sabe que de los factores más relevantes son una buena alianza terapéutica y la motivación al cambio, y esto se trabaja en todas las sesiones. Sin embargo, también es importante que entiendan por qué les afecta este consumo, qué estrategias de afrontamiento pueden usar para detenerlo y

cómo evitar recaídas.

Cada sesión o módulo tiene una duración de 1 hora, pues se ha demostrado que es difícil mantener la atención en cualquier actividad por más de este tiempo, más así con pacientes con las patologías para las cuales se diseña esta terapia. Ésta también es la razón por la cual la mayoría de las terapias solamente duran esta cantidad de tiempo. Se distribuye el tiempo de la siguiente manera en cada uno de ellos:

- a. En el primer cuarto de hora uno de los terapeutas hace la introducción del tema a trabajar en esa sesión. Se intentará que esta primera parte tenga función psicoeducativa, pero a la vez, se procurará que sea bastante dinámica, interaccionando con los pacientes en todo momento.
- b. El resto del tiempo se dedica al grupo propiamente dicho, donde cada paciente habla de sus experiencias personales, de sus sentimientos, temores y dudas; participando en este un terapeuta principal y un coterapeuta, sobre todo en la tercera y cuarta sesión.
- c. Se realiza siempre un espacio de cierre, que a su vez, sirva de motivación para acudir a la siguiente reunión. Se felicita a los pacientes por su participación y se les recuerda que sus aportes han sido muy valiosos.

Las sesiones están dirigidas por un terapeuta y un coterapeuta, los terapeutas tienen una función directiva y facilitadora en la comunicación que se da entre sus miembros, evitando en la medida de lo posible, los silencios y el bloqueo emocional de la comunicación entre las sesiones. También tienen la función de moderar a aquellos que estén enojados o exaltados.



La terapia tiene una duración de 4 sesiones, preferiblemente dos sesiones por semana. Según los estudios de los pacientes que presentan patologías mentales y que además consumen sustancias, su hospedaje en los centros hospitalarios no va más allá del mes, en su mayoría solo se internan por unas semanas.

Si se toma en cuenta que, además, para que puedan aprovechar las sesiones, deben poder elaborar y comportarse, el tiempo es todavía más apremiante, pues esto querría decir que el egreso de estos usuarios será pronto.

Si se considerara una terapia grupal intrahospitalaria, de mayor cantidad de sesiones o de cuatro sesiones, pero semanales, simplemente muy pocos pacientes podrían cumplir con toda la terapia y la idea es poder tratar de ayudarlos de la manera más pragmática, tomando en consideración la realidad de los internamientos.

Cada una de las sesiones está dedicada a uno de los módulos, estos se detallan a continuación:

### PRIMERA SESIÓN

Información general:

1. Presentación de los terapeutas: se les explica la función de cada uno.
2. Presentación de los objetivos de la terapia. Explicación sobre el contrato terapéutico. Aquí es muy importante recalcar el hecho de que es un proceso voluntario que no influencia el egreso o prolongación del internamiento.
3. Técnica para dar identidad al grupo: para que todos se conozcan y para crear una identidad en conjunto, se les pide que conversen en parejas por 10 minutos

máximo, y luego que uno presente al otro.

4. Definición de droga y la forma, en general, que esa actúa en el organismo: esto se explica de una manera muy básica, recordando las características de la población que se han encontrado. Se habla sobre lo que hace una sustancia en el sistema de recompensa y cómo, luego de un consumo prolongado, produce tolerancia o, por la falta de consumo, abstinencia. De igual manera se explica que algunas sustancias no producen tolerancia y abstinencia, pero les afecta de diferentes maneras en los ámbitos de sus vidas por un consumo perjudicial. Por último se explica que, además de todo esto, ellos, por presentar una patología mental, son mucho más vulnerables a descompensarse por el uso de sustancias.
5. Aclaración de dudas: se les brinda un espacio para poder preguntar conceptos que no les haya quedado claros.
6. Cierre de sesión, felicitándolos por haber atendido y promoviendo que este buen trabajo se continuará con la siguiente sesión.

### SEGUNDA SESIÓN

1. Preguntas de la sesión anterior: se brinda un espacio para evacuar cualquier duda que se les haya olvidado preguntar en la sesión anterior o que se les ocurrió después de ella.
2. Mitos y realidades del consumo de las drogas dadas y discutidas por el grupo: se les pregunta qué han escuchado o qué creen ellos con respecto al uso de sustancias. Se les permite hablar entre ellos y luego los terapeutas comienzan a explicar cuáles de las cosas que ellos



piensan son ciertas, y cuáles no.

3. Diagnóstico del estadio en que se encuentra cada paciente para dejar de consumir. (Nivel de insight). Se les pide que expliquen, uno por uno, sobre sus planes a futuro, sus metas y sueños y, de ahí, se puede concluir qué tanto piensa el paciente que su consumo es un problema o no.
4. Consecuencias de consumo, al principio dadas por los pacientes, luego por los terapeutas y se promueve la discusión de los mismos, un poco repasando lo que se había ya abarcado en la primera sesión.
5. Aclaración de dudas: se les brinda un espacio para poder preguntar cualquier concepto que no les haya quedado claro.
6. Cierre de sesión, se felicita a los usuarios por haber asistido y se les motiva a presentarse a la siguiente sesión de terapia, si es la voluntad de ellos asistir.

### TERCERA SESIÓN

1. Preguntas de la sesión anterior: se da el espacio para que se aclaren dudas que hallan surgido luego de la misma, o en el transcurso de los días.
2. Dinámica: Métodos que cada paciente ha usado para no consumir drogas. Al igual que en la primera sesión, se le pide a los pacientes que discutan esto en parejas por al menos 10 minutos.
3. Discusión de resultados por escrito: al final de la discusión en pareja deben presentar las conclusiones, a las cuales ellos llegaron. Se les deja explicar bien, promoviendo que cuenten sus

experiencias personales para ayudar a crear una mayor identidad de grupo y sensación de apoyo.

4. Teoría sobre métodos de afrontamiento: si los pacientes explicaron todas las metodologías importantes, nada más hay que reafirmar lo que ya se dijo. Si algún método quedó mencionado, pero no explicado, los terapeutas deben aclararlo bien. Si hay algún método importante que no se mencionó, debe hacerse.
5. Aclaración de dudas: se les brinda un espacio para poder preguntar cualquier concepto que no les haya quedado claro.
6. Cierre de sesión, se felicita a los usuarios por haber asistido y se les motiva a presentarse a la siguiente sesión de terapia, si es la voluntad de ellos asistir.

### CUARTA SESIÓN

1. Dudas de la sesión anterior: se da el espacio para que se aclaren dudas que hayan surgido luego de la misma, o en el transcurso de los días.
2. Estrategias para prevenir la recaída de consumo, explicadas por los terapeutas de forma puntual y tomando en cuenta las fortalezas que uno ya ha ido conociendo en los pacientes.
3. Discusión de las estrategias en grupo, tomando en cuenta los métodos de afrontamiento ya dados y discutidos por los pacientes en la sesión anterior.
4. Aclaración de dudas: se les brinda un espacio para poder preguntar cualquier concepto que no les haya quedado claro.



5. Despedida motivacional, haciéndoles ver el logro que han tenido con haber estado presentes en la terapia y de haber participado en ella.

## CONCLUSIONES

La terapia de grupo puede resultar un abordaje eficaz en el manejo psicoeducativo de los pacientes que presentan trastorno por uso de sustancias y una comorbilidad psiquiátrica asociada.

Esta terapia debe enfocarse en la realidad de las condiciones de ingreso del paciente al centro en el cual va a estar hospitalizado, así como en las características de la población meta.

La terapia debe enfocarse en los tipos de drogas que consumen de forma mayoritaria los pacientes; sin dejar de lado otras dudas que les surjan en el proceso con otras sustancias.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kaplan H, Sadock B. Terapia de grupo. Tercera edición. 1998 Madrid: Editorial Médica Panamericana.
2. Torres J. Comorbilidad de trastornos mentales y adicciones. Ponencia presentada en el VII Congreso Nacional de Especialistas en Adicciones "Depresión, ansiedad y trastornos del sueño asociados al consumo de drogas". 17, 18 y 19 de agosto de 2006 en Durango, México.
3. Calvo P, Pérez A, Sacristán P; Paricio C. (2009). Terapia grupal en prevención de recaídas del alcoholismo frente a seguimiento ambulatorio habitual. Adicciones. 2009; 21 (1):15-20.
4. Gálvez J y Rincón D. Manejo clínico de pacientes con diagnóstico dual. Revista Colombiana de Psiquiatría 2009; 38 (1).
5. Torrents O, Mora A, Massana, L ét al. Resultados de efectividad de un grupo de estrategias de afrontamiento para pacientes dependientes de sustancias en el contexto de un hospital de día. Trastornos Adictivos. 2012; Dic 13(4): 135-143.
6. Martín L. Tratamientos psicológicos. Adicciones. 2002: 14 (1)
7. Valdés N, Krause M, Vilches O, Dagnino P, Echavarrí O, Ben-Dov P, Arístegui R y de la Parra G. Proceso de Cambio Psicoterapéutico: Análisis de Episodios Relevantes en una Terapia Grupal con Pacientes Adictos. Pontificia Universidad Católica de Chile, PSYKHE 2005; 14 (2), 3 -18.
8. García I. Evolución de la psicoterapia en la esquizofrenia. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría 2008; 28: 9-25.
9. Martín B, Martínez J. Psicoterapia de grupo en una unidad de agudos. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría 2009: 79-96

