



Northwest Frontier

ATTC

Unifying science, education
and services to transform lives.

Addiction Messenger

SERIES 35 - August 2009 Volumen 12, Ejemplar 8

Ideas for Treatment Improvement

Facilitación de los 12 Pasos

Parte 2: El Modelo Original

“**C**onsiga un padrino”, “de servicio”, “use el teléfono”, “trabaje los pasos”; estas son frases sugeridas y repetidas y son familiares para cualquier persona que haya asistido a reuniones de los 12 Pasos, en las cuales se considera que estar activo es la clave para la recuperación. Este es el principal objetivo de los modelos de terapia de facilitación de los 12 Pasos (TSF): fomentar no sólo la asistencia, pero sí la participación productiva en los grupos de los 12 Pasos y las actividades.

Mientras que la investigación sugiere que la asistencia es el precursor para involucrarse en los grupos de 12 Pasos, muchos estudios indican que éste es el mejor predictor de resultados positivos. Este folleto revisará los modelos mejor conocidos de TSF, el de mayor peso en el soporte de la investigación y el más asequible en recursos y entrenamiento.

Terapia Individual TSF

Desarrollada por Joseph Nowinski y Stuart Baker (1992), el TSF fue evaluado como parte del Proyecto MATCH como la búsqueda experimental más grande que jamás se haya hecho para tratar el alcoholismo –esto involucró a más de 1,700 pacientes, dependientes del alcohol, que fueron estudiados a lo largo del tiempo en nueve clínicas de investigación situadas a lo largo y ancho de los Estados Unidos de América (Grupo de Investigación del Proyecto MATCH, 1993-1997). El manual se desarrolló como parte de un estudio (Nowinski, *et. al.*, 1992) para hacer accesible el TSF hacia el campo, permitiendo el entrenamiento y la supervisión y otros aspectos de la reproducción sistematizada

Investigación: El Proyecto MATCH incluyó dos ramas de estudio independientes, una con pacientes ambulatorios (n = 952); la otra, con pacientes de cuidados posteriores al tratamiento hospitalario (n = 774). Todos los participantes fueron asignados al azar para el TSF, Terapia de Comportamiento Cognoscitivo (CBT) o a la Terapia para Mejorar la Motivación (MET, por las siglas en inglés). Todos ellos recibieron intervención durante 12 semanas; un año de seguimiento y, los pacientes de la rama ambulatoria, tuvieron seguimiento posterior de 2 a 3 años. Si bien el objetivo era estudiar la compatibilidad de los pacientes para una intervención específica, los hallazgos más significativos descansan en la eficacia comparativa de varias intervenciones. A continuación los puntos sobresalientes del TSF:

- En el seguimiento de 1 a 3 años, se encontró que el TSF puede ser comparado con el CBT y el MET por su eficacia (Proyecto MATCH, 1997). Los pacientes de cualquiera de estas tres condiciones mejoraron significativamente en todo lo relacionado con el consumo de bebidas, los aspectos psicológicos y el funcionamiento de su vida.
- El TSF fue más efectivo que el CBT o el MET al promover la abstinencia de los pacientes externos, por ejemplo, después de los tres años de seguimiento a pacientes de TSF, un 36% reportó que fueron abstemios tres meses antes, comparados contra el 25% de pacientes de CBT y de MET (Proyecto MATCH, 1998).

*“Action is the
antidote to
despair.”*

~ Joan Baex (1941 -) ~

Special thanks and
recognition go to

**Alex Babani &
Yvonne Dreyfus**

for the translation of this issue

Northwest Frontier
Addiction Technology
Transfer Center
810 D Street NE
Salem, OR 97301
Phone: (503-373-1322
FAX: (503) 373-7348

A project of OHSU
Department of Public Health
& Preventive Medicine

Steve Gallon, Ph.D.
Principal Investigator

Mary Anne Bryan, MS, LPC
Program Manager, Editor
bryanm@ohsu.edu

www.attcnetwork.org

Next Series:

- El TSF fue significativamente más eficaz que el CBT o el MET al incrementar la participación en "AA", marcado por la frecuencia de asistencias a reuniones, teniendo o siendo un padrino, siguiendo los 12 Pasos y considerándose a sí mismo como un miembro de "AA" (Tonigan, *et. al.*, 2003).
- La participación en AA predice positivamente la frecuencia de días de abstinencia en el periodo posterior al tratamiento (Connors, *et. al.*, 2001)
- Entre los clientes de grupos sociales que apoyan la bebida, la asistencia a AA fue más alta para los pacientes de TSF (62%) que para aquellos que recibieron tratamiento MET (38%) o CBT (25%) (Longabaugh, *et. al.*, 1998).

Teoría, causalidad y mecanismo de acción del TSF.

Todos los acercamientos del TSF asumen que los desórdenes por el uso de sustancias están caracterizados por una inhabilidad para controlar el uso del alcohol o de cualquier otra droga. Los factores causales específicos son menos relevantes en la recuperación que la aceptación de la pérdida del control, la necesidad de abstinencia y la voluntad para seguir el camino señalado en los 12 Pasos.

El núcleo de los grupos de 12 Pasos tales como AA y NA se basan en los principios del comportamiento espiritual y cognoscitivo – terapias de TSF-, limitación de tiempo, estructuración y acercamiento a manuales guiados para facilitar el compromiso en las actividades de los 12 Pasos. El facilitador del TSF es más bien un facilitador del cambio (por ejemplo, mantenerse sobrio) que un agente de cambio. Los factores clave que promueven el cambio son la participación activa con los miembros de los 12 Pasos así como el trabajar en éstos usando las tradiciones y los principios rectores.

El modelo TSF del Proyecto MATCH busca facilitar dos objetivos generales en los individuos con problemas por el alcohol u otra droga: 1) aceptación de la necesidad de abstinencia del alcohol o del uso de otra droga y, 2) capitular o tener la voluntad de participar activamente con miembros de los 12 Pasos como un medio para mantener la sobriedad. Estas metas principales están divididas en una serie de objetivos cognoscitivos, emocionales, de relaciones, de comportamiento, sociales y espirituales. En consistencia con la filosofía de los 12 Pasos ningún paciente es excluido del tratamiento por beber o por usar drogas, aunque algunos pueden ser alentados para ser considerados como pacientes internos.

La intervención original de TSF está diseñada para implementarse en 12 ó 15 sesiones individuales impartidas en un periodo de 12 semanas. El modelo es flexible y consiste en un menú base, selectivo y de tópicos conjuntos. Todos los pacientes reciben por lo menos una sesión en cada una de las cuatro áreas, sesiones de temas tópicos selectivos determinados por el facilitador, hasta dos sesiones

en caso de emergencia y una sesión para concluir; el programa incluye dos sesiones conjuntas de los pacientes con otras personas significativas.

El PROGRAMA CENTRAL incluye temas del 1 al 4 y una sesión de "conclusión final". 1) Evaluación/programa de introducción; 2) Aceptación; 3) Rendirse y, 4) volverse activos en AA o en NA. Estas sesiones abarcan los 3 primeros de los 12 Pasos; se pueden repetir los temas o reforzar y son tratados a profundidad por todos los participantes. La sesión final, también parte del programa central incluye preguntas que ayudan a los participantes a evaluar su experiencia y a establecer sus metas futuras.

El PROGRAMA ELECTIVO incluye los temas 5 al 10: 5) Genogramas; 6) Permitir; 7) Personas, lugares y cosas (o rutinas); 8) Emociones (o ALTO – hambre, enojo, soledad, cansancio); 9) Los pasos 4 y 5 – inventario moral y, 10) Vida sobria (o de relaciones). Estos temas permiten la individualización de los planes de tratamiento. La continua asesoría del facilitador en las áreas centrales ayuda a la selección de temas, algunos apropiados para promover la recuperación del paciente.

El PROGRAMA CONJUNTO incluye dos sesiones: Está diseñado para enseñar a familiares y otras personas importantes acerca de la adicción, las sesiones introducen al modelo de los 12 Pasos y al concepto de permitir y estimular la asistencia a por lo menos seis reuniones de Al-Anon/Nar-Anon. El énfasis está en la recuperación y la terapia de relaciones interpersonales se pospone, si fuese posible, hasta después de la terapia de TSF.

Fotografía de una sesión: la sesión del TSF está relativamente estructurada siguiendo cada una un formato y una agenda, incluyendo material específico. A partir de esto el facilitador guía la discusión, ofrece asesoría desde un marco conceptual coherente (por ejemplo, acercamiento a los 12 Pasos), solicita retroalimentación y diseña las tareas asignadas para la recuperación. Con excepción de la primera y la última sesión (de aproximadamente 1.30 hrs.), la mayoría de las sesiones son de una hora.

Revisión (10-15 minutos). El facilitador guía semanalmente una discusión acerca de la recuperación de sus pacientes. Los temas incluyen la actividad diaria del sujeto (por ejemplo, reuniones y reacciones, o discusiones acerca de la falta de asistencia, reacciones a las lecturas sugeridas); caída/lapsos y urgencias (detalles; ninguna toma de acciones; sugerencias consistentes con el trabajo de los 12 Pasos); días sobrio (detalles; logros significativos).

Material nuevo (30 minutos). Tentativamente, el tema es decidido de antemano e incluye material didáctico y una discusión inquisitiva para asegurar que el paciente entiende los conceptos.

EJEMPLO: (Tema 2: Paso 1 – Aceptación). "El paso 1 representa una declaración de la limitación

personal. La aceptación de la impotencia ante el alcohol es muy parecida a la de tener que aceptar cualquier otra limitación personal o impedimento. Típicamente, las personas no reaccionan de modo tranquilo a las limitaciones, por el contrario, se resisten o las niegan. ¿Puede usted narrar cómo enfrentó alguna limitación personal en el pasado?

Tareas de recuperación (10 minutos) y resumen (5 minutos). El facilitador conduce una discusión que incluye sugerencias específicas relacionadas con la asistencia y participación en reuniones, escuchar y leer libros, escribir sus actividades diarias y otras tareas para la recuperación. Se pide al paciente que haga un resumen de lo que él o ella aprendieron de la sesión, si entienden las tareas de la recuperación y si él o ella están dispuestos a seguirlas.

Mediación. Cada sesión incluye una sección de "mediación" con sugerencias para el facilitador en temas tales como la resistencia en algunas áreas, actitudes terapéuticas o acercamientos y evitando el "irse a la deriva".

Capacitación/ Otros recursos. Está disponible en línea una sinopsis del Proyecto MATCH TSF (Nowinski, 2000), misma que puede bajar; así como el manual (Nowinski, 1992, 1999), que también puede ser ordenado a NIAAA, a un precio muy económico o sin costo. Adicionalmente Nowinski colaboró con Hazelden en el año 2006, para desarrollar un paquete completo de entrenamiento multimedia, el cual está disponible a través del sitio de Hazelden.

Conclusión. El modelo de TSF empleado en el Proyecto MATCH, además de ser implementado como terapia individual, ha sido adaptado y estudiado para su uso en el tratamiento contra las drogas y la terapia de grupo. El próximo número de AM revisará estas adaptaciones y también nuevos desarrollos, incluyendo un modelo breve y flexible para la terapia de grupo.

Este artículo fue escrito por Lynn McIntosh.

Sources

- Connors GJ, Tonigan JS, Miller WR, and Group MR (2001). A Longitudinal Model of Intake Symptomatology, A.A. Participation and Outcome: Retrospective Study of the Project MATCH Outpatient and Aftercare samples. *Journal of Studies on Alcohol*, 62(6): 817-825.
- Longabaugh R, Wirtz PW, Zweben A, Stout RL (1998). Network Support for Drinking, Alcoholics Anonymous and Long-term Matching Effects. *Addiction*, 93: 1313-1333.
- National Registry of Evidence-based Programs and Practices (NREPP). Twelve-Step Facilitation Therapy. Date of intervention review: January, 2008; www.nrepp.samhsa.gov/
- Nowinski JK (July 2000). Twelve-Step Facilitation. *Approaches to Drug Abuse Counseling*. US DHHS, NIH, NIDA, 107-116. www.drugabuse.gov/ADAC/ADAC10.html.
- Nowinski J and Baker S (1992). The Twelve-Step Facilitation Handbook: A Systematic Approach to Early Recovery from Alcoholism and Addiction. New York: Lexington Books. Revised/reprinted (same title/authors; same cover; slightly more pages): Jossey-Bass (1998); Hazelden (2003).
- Nowinski JK, Baker S, and Carroll KM (1992, reprinted 1999). Twelve Step Facilitation Therapy Manual: A Clinical Research Guide for Therapists Treating Individuals with Alcohol Abuse and Dependence. *Project MATCH Monograph Series*, v.1. Rockville: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Order hard copies for \$6 from NIAAA; downloadable at <http://lib.adai.washington.edu/pubs/matchmonograph1.htm>.
- Project MATCH Research Group (1993). Project MATCH: Rationale and Methods for a Multi-Site Clinical Trial Matching Patients to Alcoholism Treatment. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 17, 1130-1145.
- Project MATCH Research Group (1997). Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity: Project MATCH Posttreatment Drinking Outcomes. *Journal of Studies on Alcohol*, 58: 7-29.
- Project MATCH Research Group (1998). Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity: Project MATCH Three-Year Drinking Outcomes. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22(6): 1300-1311.
- Tonigan JS, Connors GJ, and Miller WR (2003). Participation and Involvement in Alcoholics Anonymous. In TF Babor and FK del Boca (Eds.), *Treatment Matching in Alcoholism* (pp. 184-204). New York, NY: Cambridge University Press.

Northwest Frontier ATTC

810 "D" Street NE

Salem, Oregon 97301

Phone: (503) 373-1322

FAX: (503) 373-7348

Announcing

**Northwest Frontier ATTC
has a new website!**

Go to:

www.attcnetwork.org