



PROJECTE D'INTERVENCIÓ A L'ÀMBIT PENITENCIARI

LA PREVENCIÓ DE RECAIGUDES EN LES DROGODEPENDÈNCIES

Treball final de grau realitzat per:

Núria Quintana Vernis

Tutor: Santiago Perera

Grau en Psicologia
Facultat d'Educació i Psicologia
Departament de Psicologia
Universitat de Girona

1 de juny de 2020

AGRAÏMENTS

A en Santi, pel seu acompanyament en tot el procés i per saber-me donar una empenta quan ho he necessitat.

A l'Elisa per la seva infinita paciència i per tot el temps dedicat a ensenyar-me i introduir-me al món penitenciari. Per la seva contribució a aquest projecte, per ajudar-me a enfocar-lo i donar-me l'oportunitat d'aplicar-lo.

Als interns del mr-8 del CPQC que van participar al programa, per la seva col·laboració i per fer-ho tot molt més fàcil.

Als meus pares i als meus amics per donar-me suport incondicional en tots aquells reptes que em proposo i per confiar en mi.

ÍNDIX

| | |
|---|----|
| 1. Introducció | 1 |
| 1.1. Justificació del tema | 1 |
| 1.2. Contextualització | 2 |
| 2. Aproximació conceptual | 5 |
| 2.1. Delinqüència i consum | 6 |
| 2.2. Model transteòric del canvi | 8 |
| 2.3. Prevenció de recaigudes | 10 |
| 3. Objectius | 18 |
| 3.1. Generals | 18 |
| 3.2. Específics | 18 |
| 4. Disseny de la intervenció | 18 |
| 4.1. Espai | 18 |
| 4.2. Temporització | 19 |
| 4.3. Destinataris | 19 |
| 4.4. Material | 19 |
| 4.5. Estructura de la intervenció | 20 |
| 5. Avaluació | 35 |
| 6. Conclusions | 36 |
| 7. Limitacions i orientacions futures | 38 |
| 8. Referències bibliogràfiques | 38 |
| 9. Annexos | 43 |

RESUM

El present projecte consisteix en el disseny d'un programa de prevenció de recaigudes. Aquest està basat en la teoria cognitiva-conductual de Marlatt, la qual es proposa com una alternativa eficaç d'intervenció en la fase de manteniment de l'abstinència d'un ex-addicte.

Es tracta d'una intervenció en el medi penitenciari des de la vessant psicològica per treballar la preparació de la vida en llibertat dels interns en la matèria de les drogodependències. El seu objectiu principal consisteix en augmentar el sentiment d'autoeficàcia dels interns i reduir l'ansietat i la percepció d'indefensió a l'hora d'enfrontar-se als primers permisos i a la posterior semi-llibertat. Es tracta de proporcionar-los les habilitats i estratègies necessàries per fer front a situacions d'alt risc, fomentant així la seva reinserció i reeducació al mateix temps que reduint la prevalença de recaigudes.

Paraules clau: prevenció de recaigudes, centre penitenciari, addiccions, programa d'intervenció

ABSTRACT

This project consists on the design of a relapse prevention program. It is based on Marlatt's cognitive-behavioural theory and it is envisaged as an effective intervention alternative in the phase of maintaining the abstinence of an ex-addict.

An intervention in the penitentiary environment from a psychological point of view has been conducted to work on the inmates' preparation of life in liberty in the field of addictions. Accordingly, its main objective is to increase their sense of self-efficacy and to reduce the anxiety and perception of defencelessness when facing the first permits and subsequent semi-liberty. That is achieved by providing the inmates with the necessary skills and strategies to deal with high-risk situations, thus fostering their reintegration and re-education while simultaneously reducing the prevalence of relapses.

Key words: relapse prevention, penitentiary, addictions, intervention program.

1. INTRODUCCIÓ

En el present treball es presentarà un disseny d'un programa d'intervenció de prevenció de recaigudes en la matèria de drogodependències al C.P. Quatre Camins on es pretén treballar les diferents competències i habilitats per tal de preparar el retorn progressiu de l'intern al medi obert intentant reduir la prevalença de recaigudes i així afavorir la seva reinserció en la societat.

1.1. JUSTIFICACIÓ DEL TEMA

La motivació cap a l'elecció del meu treball de final de grau sorgeix arran de les meves pràctiques del grau al C.P. Quatre Camins. A partir de l'observació durant la meva estança al mòdul de tractament de toxicomanies, vaig poder percebre una manca de treball pel que fa a la preparació de la vida en llibertat en el tema de les drogodependències, donat que el retorn al medi obert acostuma a implicar el fet de tornar als llocs habituals de consum i el retrobament amb antigues amistats vinculades al passat i a l'addicció. Això, en aquells interns que consideren que no han consolidat de manera suficient l'abstinència, els hi crea un sentiment d'ansietat i indefensió en el moment en què s'aproxima el primer permís després d'haver passat un llarg període d'internament, cosa que els hi provoca conseqüències a la seva trajectòria al CP. També vaig poder veure un gran nombre d'interns que havien estat regressats de tercer grau per consums de substàncies i ells al·legaven que en el moment que es van enfrontar a l'exterior no ho havien treballat ni s'havien parat a reflexionar com havien d'actuar en determinades situacions i un cop a fora, no se sentien preparats. Alhora, considero molt important destacar la vinculació i influència que té el consum de substàncies a la trajectòria delinqüencial. Tanmateix, la base del que vol aquest projecte és fomentar la reinserció d'aquests interns i per tant, això suposaria un benefici per a tota la societat en general.

Tanmateix, destacar que tot i que als centres penitenciaris el consum de tòxics està castigat, és una realitat del dia a dia. Per tant, tot i realitzar un tractament en toxicomanies poden seguir tenint contacte amb les substàncies i ells mateixos

admeten que és una problemàtica que han d'afrontar contínuament, per aquest motiu, se'ls hi fa un seguiment analític a aquells que estan en tractament.

Per tant, el que vol aquest projecte és fer un treball previ als permisos relacionat amb la prevenció de recaigudes en el consum, per tal que en retornar al medi obert, hi hagi un major sentiment d'autoeficàcia i els interns tinguin més competències per afrontar les possibles situacions adverses que se'ls poden presentar i això redueixi les possibilitats d'un retorn al consum actiu.

1.2. CONTEXTUALITZACIÓ

La finalitat del C.P. Quatre Camins, així com la de tots els centres penitenciaris de Catalunya, ve definida per mandant Constitucional. La Constitució Espanyola de 1978, en el seu art. 25.2, estableix que les penes privatives de llibertat i les mesures de seguretat estaran orientades vers la reeducació i la reinserció social, establint així una de les finalitats primordials de les institucions penitenciàries.

Aquest mateix fi també està regulat al títol preliminar, art.1, de la L.O.G.P. (Ley Organica General Penitenciaria) 1/1979 de 26 de setembre, on es regula que les institucions penitenciaris tenen com a objectiu primordial la reeducació i la reinserció social dels sentenciats a penes i mesures penals privatives de llibertat, així com la custòdia de detinguts, presos i penats. Igualment tenen a càrrec seu una tasca assistencial i d'ajuda per a interns i alliberats. A l'art.59 es defineix el tractament penitenciari com les activitats realitzades directament dirigides a la consecució de la reeducació i reinserció social dels penats. A aquest mateix article es determina que aquest tractament pretén aconseguir que l'intern sigui una persona amb la intenció i la capacitat de viure respectant la Llei Penal, així com de subvenir les seves necessitats.

El Reglament Penitenciari (1981) aprovat pel Reial Decret 1201/1981, del 8 de maig, regula els aspectes organitzatius previstos per la llei penitenciaris. En l'actualització publicada pel Reial Decret 190/1996, del 9 de febrer, pel que s'aprova el Reglament Penitenciari, s'estableixen els graus als quals es sotmet cada intern en el seu ingrés al C.P. Per tal de fer la classificació, tal com es determina a l'art. 102, la Junta de Tractament té en compte la personalitat i

historial individual, familiar, social i delictiu de l'intern, així com la duració de la pena, el medi social al qual retornarà l'intern i els recursos, facilitats i dificultats existents en cada cas i moment pel bon èxit del tractament. Aquestes són les següents:

- Primer grau o règim tancat: classificació excepcional que es realitza arran d'una classificació com a perillositat extrema o d'una incidència greu que demostra inadaptació al règim ordinari proposada a través d'informes de l'Equip Multidisciplinari i el Cap de Règim Interior a la Junta de Tractament. En aquesta circumstància, es necessita una intervenció més intensiva i controlada per tal d'assolir l'estabilització conductual i aconseguir el retorn al règim ordinari ràpidament (arts. 89 a 95 del RP).
- Segon grau o règim ordinari: classificació per interns amb nivells de convivència estables i una conducta adaptada a les normes però que encara no estan preparats per viure en semilibertat (arts. 76 al 79 del RP).
- Tercer grau o règim de semilibertat: classificació proposada per als interns que ja han complert més de la meitat de la condemna i estan preparats per viure en un règim de semi-llibertat (arts. 80 al 88 del RP).

Donat que les competències en matèria d'execució penal van ser cedides a l'autonomia de Catalunya (1984) es crea el decret 329/2006, del 5 de setembre, pel qual s'aprova el Reglament d'organització i funcionament dels serveis d'execució penal a Catalunya per tal d'adaptar-se als canvis en l'ordenament jurídic a les institucions administratives i en la societat. Els centres penitenciaris estan sota les ordres del departament de Justícia de la Generalitat de Catalunya, concretament de la Secretaria de Mesures Penals, Reinserció i Atenció a la Víctima. La rehabilitació i reinserció integrals del subjecte són l'objectiu general de la funció penitenciària, i aquesta el persegueix a través de les actuacions coordinades i multidisciplinàries dels professionals. Els professionals que formen els Equips Multidisciplinaris de cada mòdul són el psicòleg, el jurista, l'educador i el treballador social. La seva tasca està especificada a l'art.38 i aquesta és el control i evolució dels interns, elaboració i realització de programes de tractament, models d'intervenció individuals i atenció a queixes i peticions dels interns.

El C.P. Quatre Camins és un centre de privació de llibertat ubicat a la Roca del Vallès que té una capacitat de 1.594 interns, majoritàriament homes en règim ordinari i també règim obert (MSOB). Aquestes places estan repartides en 717 cel·les residencials i 174 cel·les singulars. Pel que fa a l'estructura arquitectònica, hi ha un edifici central que és la torre de control des d'on hi ha els accessos a tots els mòduls. És un centre que està format per 8 mòduls destinats a interns en segon grau. Dins d'aquests mòduls hi ha del mr-1 al mr-4 que són mòduls de convivència, mr-5 que és el mòdul on es compleixen les sancions i del mr-6 al mr-8 són els denominats com a mòduls de tractament (agressió sexual, violència i toxicomanies respectivament). També hi ha el departament de mesures de seguretat (DMS), departament especial de règim tancat (DERT), departament especial (DAE), unitat d'ingressos, unitat d'infermeria i unitat psiquiàtrica. El centre es va inaugurar l'any 1989 i va ser el primer equipament penitenciari construït per la Generalitat de Catalunya a partir de l'assumpció les competències d'execució penal (Departament de Justícia, 2015)

Segons les dades del departament de justícia, al mes d'abril del 2020, la població penitenciària catalana és de 8.151 encarcerats, incloent preventius i interns judicialment. Concretament, la població reclusa del CPQC actual és de 960 interns (7 de maig de 2020).

Els professionals del mòdul de tractament de toxicomanies (mr-8) realitzen un programa d'intervenció grupal que dura uns tres mesos, alhora que es fa un seguiment analític i individual per tal de contrastar l'abstinència de cada un dels interns. En aquesta intervenció grupal es treballen diferents aspectes com el funcionament de la conducta addictiva, l'anàlisi funcional del consum, les distorsions cognitives, les conseqüències de les drogues en tots els àmbits, entre altres temàtiques que el professional consideri adients segons les necessitats que es detecten en cada grup. Tanmateix, també hi ha un seguiment de tots els professionals de l'equip multidisciplinari de manera individual.

2. APROXIMACIÓ CONCEPTUAL

El model d'intervenció del sistema penitenciari català es fonamenta i utilitza preferentment tècniques del paradigma cognitiu-conductual basat en la investigació científica. Aquesta perspectiva intenta donar una explicació a la delinqüència, i en general als problemes de comportament, a partir de la interacció de pensaments, emocions i conductes i es fonamenta en la integració de les teories del comportament, de l'aprenentatge social i de la teràpia cognitiva. El comportament addictiu s'explica des del paradigma cognitiu-conductual com una conducta apresada i que per tant, es pot desaprendre i alhora es concep com un comportament que comporta recaigudes.

Més concretament, les diferents intervencions que es plantegen en el model d'intervenció centrat en les necessitats dels individus dels centres penitenciaris catalans i que estan relacionades amb el tractament de les toxicomanies se sustenten en els següents models teòrics específics:

- Pel que fa a la motivació cap al canvi, el Model Transteòric del Canvi de Proshaska i DiClemente
- Pel que fa a la prevenció de recaigudes, el model de base fonamental és el model de Marlatt i Gordon (1985)

Aquest model d'intervenció dirigit a les necessitats dels individus vol innovar i adoptar noves maneres de fer i respondre davant els reptes que planteja la realitat penitenciària. En els últims anys han sorgit noves tipologies delictives i problemàtiques socials, així com molta varietat de condemnes privatives de llibertat que han mostrat la necessitat d'un tractament individualitzat i adaptat a les característiques de cada intern. Segons les necessitats dels individus hi ha intervencions amb un contingut de caràcter més educatiu (intervencions socio-educatives), intervencions més intensives i amb més contingut psico-educatiu (intervencions psico-educatives) i intervencions especialitzades segons les necessitats particulars (intervencions específiques).

2.1.DELINQUÈNCIA I CONSUM

Esbec i Echeburúa (2014) fan referència a la definició de la OMS (s.d.) on es descriu la droga com a una substància natural o sintètica la qual el seu consum repetit en diverses dosis provoca en les persones el desig o la necessitat de continuar consumint-la (dependència psíquica), tendència a augmentar la dosis (tolerància) i dependència física o psíquica dels efectes de la substància, que fa verdaderament necessari el seu ús prologat per evitar la síndrome d'abstinència.

García, García i Secades (2011) esmenten la definició dels criteris diagnòstics del DSM-IV-TR en els que s'esmenta que les persones amb addicció a les drogues continuen consumint tot i tenir consciència dels problemes que els ha causat això. Això, des d'un punt neuropsicològic, assenyala possibles afectacions en els mecanismes reguladors de la presa de decisions i del control inhibitori. Estudis com els de Yucel i Lubman (2007, citat a García, García i Secades, 2011) han demostrat que en les persones consumidores es poden veure alteracions en el funcionalment del lòbul frontal i les funcions cognitives associades. Bolla et al. (2004) també ho relacionen amb alteracions en el judici i l'increment de la impulsivitat.

Segons diferents estudis, hi ha una relació, tot i que no lineal i que s'han de tenir en compte diferents factors, entre les drogodependències i la delinqüència. En un estudi de la UNAD, la xarxa d'atenció a les addiccions (2012) es va trobar que un 77,2% de la població reclusa espanyola és consumidora de drogues. No hi ha dades sobre els CP catalans donat que és competència de la Generalitat de Catalunya però és una dada orientativa. A la investigació de Vicens et al. (2011, citat a Esbec i Echeburúa, 2014) es va trobar que en una mostra de 783 interns, un 75% tenien problemàtica toxicològica. També al meta-anàlisis de Bennett, Holloway i Farrington (2008, citat a Esbec i Echeburúa, 2014) on es va veure que la possibilitat de delinquir és tres o quatre cops més elevada en els consumidors de substàncies. Un altre estudi va concloure una relació positiva entre conducta la delictiva i el consum de substàncies (Rodríguez, Paíno, Herrero i González, 1997). Tot i això, cal tenir present el fet de no estigmatitzar aquest col·lectiu donat que consumir no implica necessàriament que hagin de delinquir. Segons l'ESDIP

(2016) un 21% dels entrevistats havien consumit alguna substància il·legal els últims trenta dies. Les substàncies més consumides a la presó són el tabac (74,9%), seguit del cànnabis (19,4%) i els tranquil·litzants sense recepta (6,2%), els quals la majoria de la població penitenciària esmenta que ha iniciat aquest consum dins del CP penitenciari i s'ha vist una tendència creixent en comparació als resultats del 2010. Pel que fa a la resta de substàncies, hi ha una prevalença inferior al 3%.

Tanmateix, és important diferenciar la tipologia de comissió delictiva relacionada amb el consum de substàncies, tal com esmenta Ferro (2018) basant-se en les definicions de Delgado (1999) entre la delinqüència induïda, la funcional i la relacional. La primera és aquella que es realitza sota els efectes de les substàncies psicoactives, que són capaces de desinhibir o estimular certs comportaments i es predominen delictes contra les persones, contra la llibertat sexual, contra la seguretat en el tràfic, entre d'altres. La segona és aquella en la que el drogo dependent comet el delicte per tal d'aconseguir el finançament per adquirir la substància on les comissions delictives més característiques són les d'apoderament lucratiu (robatoris amb força en les coses o amb violència o intimidació en les persones) i ocasionalment delictes de falsedat. La tercera són aquelles activitats delictives relacionades amb l'ambient de consum i que són facilitadores d'aquest on es poden trobar comissions delictives com elaboració, tràfic, facilitació de consum... Tot i això, aquest autor també esmenta l'estudi de Marquez (1990) on es conclou que majoritàriament, aquells interns que són alhora delinqüents i drogoaddictes, prèviament han estat implicats en la delinqüència que en la drogoaddicció. Leganés (2010) diferencia entre aquell que arriba a delinquir sense consumir i el que arriba a cometre fets delictius perquè té una gran dependència a les drogues i ho necessita per finançar-se-les. Pel que fa a la rehabilitació, és important tenir en compte la classificació donat que en el primer cas, si no es tracta l'estil de vida delinqüencial a part de les addiccions en si, la probabilitat de recaiguda en el consum i el pronòstic de reincidència en el delicte és major.

Cal tenir en compte que l'activitat delictiva no només té les seves arrels en la drogodependència, sinó que influeixen factors com l'entorn, la personalitat, el suport familiar i social entre d'altres (Delgado et al., 2013 citat a Esbec i Echeburúa, 2016). Segons l'ESDIP (2016) el perfil d'intern que predomina al sistema penitenciari espanyol és el d'un home espanyol de 39 anys amb baixa formació acadèmica que previ a l'ingrés al CP vivia amb la seva parella i més d'un terç, amb fills.

2.2.MODEL TRANSTEÒRIC DEL CANVI

El model de Prochaska i Diclemente (1982) definit a Prochaska, Diclemente i Norcross (1994) ofereix una perspectiva integral de l'estructura intencional del canvi i ajuda a entendre els processos de canvi pels quals passen les persones en l'eliminació dels comportaments addictius. Aquest model ha rebut molt de suport arran de la seva capacitat descriptiva i predictora del procés de canvi. Seguidament, es farà una breu descripció de les 5 etapes.

Pel que fa a l'etapa de precontemplació el que es destaca és la falta d'intenció de canvi per part de la persona i la minimització del problema. Si es demana ajuda acostuma a ser per pressió social de familiars, amics, parelles... normalment se senten coaccionats per canviar el comportament addictiu. Es poden veure frases on es mostra clarament la resistència a reconèixer o modificar un problema com: "de moment no tinc cap problema que hagi de canviar" o "imagino que tinc alguns errors però res que en realitat hagi de canviar"

En la fase de contemplació l'individu és conscient que té un problema i pensa a canviar però encara no s'han compromès a fer-ho. Algunes persones poden estar-hi durant molt de temps i fins i tot quedar-s'hi. Es comencen a sospesar els pros i els contres del problema i de la solució. Es veu la intenció de canvi en frases com: "tinc un problema i crec que hauria de treballar en ell" o "he pensat que podria canviar alguna cosa de mi mateix".

Els individus que estan en la fase de preparació són aquells que en el pròxim mes passaran a la fase d'acció i a l'any anterior van passar a la següent fase sense èxit.

S'acostumen a introduir petits canvis com reduir la quantitat o la freqüència del consum. Tot i fer alguns canvis, no han arribat a aconseguir l'abstinència.

Respecte a l'estadi d'acció, l'individu comença a canviar, introduint modificacions en el seu comportament, experiències o entorn per tal d'aconseguir l'abstinència. Aquest canvi ha de durar d'un dia a sis mesos i hi ha d'haver una abstinència total en aquest període. Poden dir frases com: "m'estic esforçant molt per canviar".

Les persones que arriben a l'estadi de manteniment són aquelles que han estat en abstinència durant un període superior a sis mesos. Durant aquesta etapa s'ha de fer un treball en prevenció de recaigudes i consolidar els resultats que s'han obtingut al llarg del tractament. Aquesta etapa va dels sis mesos a un període indefinit donat que els autors esmenten que en alguns comportaments el manteniment pot ser considerat durant tota la vida.

Tal com s'esmenta a Prochaska, Diclemente i Norcross (1994) aquest model es concep com una espiral donat que les persones que estan intentant modificar o eliminar una conducta es mouen per les diferents etapes del canvi però sempre es té en compte la possibilitat de recaiguda i la regressió a l'etapa anterior, contemplant els sentiments decebedors i desmoralitzants que això suposa. Tot i això, cal remarcar que no sempre després d'un consum puntual el pacient entrarà en un procés de recaiguda irreversible (Tejero, Trujols i Casas, 1993). En addicions s'ha vist que la recaiguda és molt habitual i per tant és important aquesta concepció en espiral, donat que inicialment, es concebia com una progressió lineal en què les persones passaven de manera ordenada per cada etapa, i tot i que això és possible, no és el més habitual en les conductes addictives. Aquest model suggereix que cada cop que una persona recau, aprèn potencialment dels seus errors i la pròxima vegada utilitza una estratègia diferent (Diclemente et al., 1991 citat a Prochaska, Diclemente i Norcross, 1994).

Pel que fa al tractament, és important tenir en compte en l'etapa en la qual es troba la persona i plantejar la intervenció basada en aquesta per afavorir el procés de canvi i ajustar la intervenció a les seves necessitats (Beutler i Clarkin, 1990 i Norcross, 1991 citat a Prochaska, Diclemente i Norcross, 1994).

2.3.PREVENCIÓ DE RECAIGUDES

Les recaigudes es poden veure en els estadis d'acció i manteniment, quan fallen les estratègies d'estabilització i manteniment de l'abstinència. Aquestes, suposen un retorn als estadis previs a l'acció.

Tal com es defensa al Model Transteòric del Canvi, la recuperació de l'addicció implica un aprenentatge al llarg del temps i aquest es pot relacionar amb els retorns al consum o recaigudes després d'un període d'abstinència. Per això, en la intervenció en PR es plantegen diferents tècniques adaptades a l'estadi motivacional al qual es troba l'individu.

Segons la revisió de Niaura et al. (1988, citat a Becoña i Cortés, 2008) hi ha diferents models explicatius des del vessant psicològic pel que fa a les recaigudes: el model d'alleujament de l'abstinència condicionada (Wikler, 1973); el model de la resposta compensatòria condicionada (Siegel, 1983); el model de l'apetència motivacional condicionada (Stewart, de Wit i Eikelboom, 1984); i el model de l'aprenentatge social (Marlatt i Gordon, 1980 i 1985 i actualitzat per Witkiewitz i Marlatt, 2004). En el present treball, s'ha pres de referència del model de Marlatt i Gordon arran d'estar classificat dins de la categoria d'assajos clínics controlats, aleatoritzats i ben dissenyats (Becoña i Cortés, 2008). Carroll (1996) va fer una revisió que incloïa estudis de PR per diferents substàncies i va concloure que el model d'aprenentatge social era més efectiu per aconseguir l'abstinència (citat a Witkiewitz i Marlatt, 2004).

Marlatt (1993) defineix la prevenció de recaigudes (PR) com un programa d'autocontrol dissenyat per tal d'ajudar a les persones a anticipar i afrontar els problemes de la recaiguda en el canvi de les conductes addictives. Està basat en la teoria de l'aprenentatge social de Bandura i procediments conductuals d'entrenament en habilitats, teràpia cognitiva i reequilibri de l'estil de vida. Aquest autor defensa que la recaiguda és qualsevol utilització de drogues després d'un programa de tractament orientat a l'abstinència, contrari a altres definicions des d'una perspectiva més mèdica que conceben que o s'està curat o s'ha recaigut, d'una manera dicotòmica. Aquesta concepció de recaiguda com a retorn a l'estat de malaltia fa que la persona ho associï a una causa interna, per tant, a factors

biològics, i no tingui en compte els factors psicològics i situacionals com a determinants de la recaiguda.

Segons Marlatt (1993) la recaiguda és “un procés transitori, una sèrie d’esdeveniments que poden, o no, estar seguits pel retorn als nivells de la línia base de la conducta addictiva objectiva observable abans del tractament” (p.140). Cal diferenciar això del lapsus o caiguda, que es defineix com un esdeveniment puntual, únic i que no implica necessàriament la recaiguda. Brownell et al. (1986, citat a Marlatt, 1993) fan la metàfora extrapolant-ho a un camí bifurcat, on quan s’està en aquest punt, o es retorna a l’addició (recaiguda) o es continua cap al canvi positiu (caiguda). El que intenta el programa de PR és donar a la persona les habilitats i estratègies cognitives necessàries per evitar que un lapsus es converteixi en una recaiguda total (Marlatt i George, 1984).

L’objectiu principal de la PR és ensenyar, empoderar i capacitar a les persones per tal de viure la recaiguda com a part d’un procés d’aprenentatge i d’aquesta manera adquirir nous hàbits i també a prevenir la seva aparició. Amb independència de l’orientació teòrica o mètode de tractament en les fases més inicials, aquest enfocament va ser dissenyat per mantenir en canvi conductual del pacient en relació amb l’addició (Marlatt, 1993). És important que hi hagi un compromís actiu per part de l’individu i l’adjudicació de la majoria de les responsabilitats precises per aconseguir els canvis que es volen assolir (Valverdi i Celeste, s.d.)

Segons Marlatt (1985, citat a Tejero, Trujols i Casas, 1993) en el procés de recaiguda interactuen tres factors cognitius: l’autoeficàcia, les expectatives dels efectes de la substància i l’atribució de la causalitat respecte a un consum.

Marlatt (1993) defensa que quan la persona es manté abstinent té una sensació d’autocontrol i com major és aquest període d’abstinència major és la seva percepció d’autoeficàcia. Pel que fa a l’autoeficàcia, segons Bandura (1977) es defineix com l’expectativa de l’individu relacionada amb la capacitat d’afrontar una situació o tasca imminent (citat a Marlatt, 1993). Aquesta, està determinada per la història personal d’èxits i fracassos de la persona, l’observació, la influència dels altres i els estats emocionals (Tejero, Trujols i Casas, 1993). Tot i això, aquest control pot estar en perill quan la persona hagi d’afrontar una situació d’alt

risc, que es defineix com una circumstància que amenaça l'intent d'una persona de mantenir-se abstinent, que va des de l'ús de la substància fins a l'ús excessiu o perjudicial. Normalment, aquestes situacions varien segons la persona (Witkiewitz i Marlatt, 2004). El primer lapsus que té un individu es converteix automàticament en una situació d'alt risc (SAR) que, la majoria de les vegades, la persona es troba de manera inesperada i no està preparada per afrontar-la de manera efectiva. Tot i això, en altres episodis de recaiguda, la SAR és l'últim pas d'una cadena d'esdeveniments que precedeixen un primer lapsus (Marlatt i George, 1984). Marlatt (1993) defineix la SAR com qualsevol situació, i també les reaccions emocionals que pot generar aquesta, que representa una amenaça per a la sensació de control de la persona i alhora augmenta el risc de recaiguda. Cummings, Gordon i Marlatt (1980) descriuen tres situacions d'alt risc associades a una gran part de les recaigudes (citada a Marlatt, 1993, p.141):

- Estats emocionals negatius: circumstàncies on la persona experimenta un humor negatiu com podria ser ràbia, ansietat, depressió, avoriment...
- Conflictes interpersonals: situacions que engloben un conflicte actual relacionat amb qualsevol vincle interpersonal (matrimoni, amistaat...).
- Pressió social: situacions on la persona actua per la influència d'una altra o d'un grup. Aquesta pot ser directa o indirecta.

Tal com esmenten Becoña i Cortés (2010) les tècniques cognitiu-conductuals que s'utilitzen en programes de prevenció de recaigudes són: identificació de les SAR, anàlisi funcional del consum de drogues, entrenament en habilitats d'afrontament davant de situacions de consum, estratègies d'afrontament pel *craving* i pensaments associats al consum, diferència entre caiguda i recaiguda, i entrenament en resolució de problemes. Aquests mateixos autors destaquen l'efectivitat de l'entrenament en solució de problemes de D'Zurilla i Goldfried pel que fa al tractament de les addicions. El fet d'utilitzar aquestes tècniques s'ha vist una major efectivitat que provoca un augment de l'autoeficàcia, millora del control d'impulsos, canvi de pensaments i presa de decisions respecte al consum (Graña, Muñoz i Navas, s.d.).

Davant d'una SAR, si la persona sap afrontar-la eficaçment, disminueix la probabilitat de recaiguda i per tant augmenta la percepció d'autocontrol, fet que conduirà a l'increment de la noció d'autoeficàcia arran de la creença de la persona de la pròpia capacitat d'afrontar la següent SAR. A major duració de l'abstinència i més SAR afrontades de manera eficaç augmenta la percepció de control i es redueix el risc de recaiguda (Marlatt, 1993).

Referent a l'afrontament sense èxit d'una SAR, les causes poden ser: falta de motivació, no haver adquirit les habilitats d'afrontament necessàries, inhibició de les respostes apropiades per ansietat o por, no reconèixer la situació com a perillosa, entre d'altres. Això provoca que l'expectativa d'autoeficàcia pel que fa a l'afrontament de la propera situació de risc disminueixi i per tant, pugui implicar una possible recaiguda. Cal remarcar que hi ha més possibilitat de recaiguda si l'individu té unes expectatives positives pel que fa al consum (Marlatt, 1987; Marlatt i Rosenow, 1980 citat a Marlatt, 1993). Aquesta disminució de l'autoeficàcia es vincula a l'EVA (efecte de la violació de l'abstinència). Segons Marlatt i Gordon (1985, citat a Tejero, Trujols i Casas, 1993) és una reacció cognitiva-afectiva que té dos components, l'afectiu i el cognitiu, relacionat amb l'atribució subjectiva que fa la persona relacionada amb les causes del consum després del període d'abstinència i la reacció afectiva d'aquest procés d'atribució. El primer està relacionat amb els sentiments de culpabilitat, vergonya... i el segon està basat en la teoria de les atribucions on si la persona considera els factors que han desencadenat el lapsus com a interns, globals i incontrolables augmenta el risc de recaiguda però si ho percep com a extern, inestable i controlable disminueix la probabilitat de recaiguda, integrant-ho com un nou aprenentatge. Per això, la intervenció en PR se centra en la identificació dels pensaments, situacions i emocions que poden conduir a una persona al consum i què s'ha de fer davant d'això per evitar una recaiguda, identificant els senyals i disposant de recursos per afrontar-s'hi i gestionar-ho, abans i després d'un consum (Marlatt i Donovan, 2005; Marlatt i Gordon, 1985 citat a Valverdi i Celeste, s.d.).

Lazarus i Folkman (1984) descriuen l'afrontament com els esforços a nivell cognitiu i conductual que són constantment canviants i que es desenvolupen per tal de gestionar les demandes específiques, externes o internes, que són avaluades

com a desbordants dels recursos que disposa la persona (citat a Pedrero, Rojo i Puerta, 2008). Tal com esmenten Becoña i Cortés (2010) l'entrenament en habilitats d'afrontament es basa en el fet que la persona no té els recursos adequats per afrontar situacions socials o interpersonal, cosa que el pot portar a una situació d'estrès elevada que dificulti l'afrontament de les SAR. Lazarus (1999, citat a Pedrero, Rojo i Puerta, 2008) defineix l'afrontament orientat a la tasca referint-se a accions que volen canviar o controlar alguns aspectes d'una situació a partir de treballar l'augment de l'esforç, la planificació i l'anàlisi lògic. Per altra banda, l'afrontament orientat a l'emoció representa les accions que volen canviar el significat de la situació estressant per tal de millorar-ne el resultat, treballant aspectes com el distanciament, l'autocontrol, la cerca de suport social, acceptar la responsabilitat... Autors posteriors han proposat una tercera dimensió anomenada afrontament de distracció on s'ocupa de les accions relacionades amb la desvinculació de la tasca i redirecció de l'atenció a estímuls no rellevants. A l'estudi de Pedrero, Rojo i Puerta (2008) esmenten la importància de l'avaluació i el treball de les estratègies d'afrontament com a un dels components principals dels programes de rehabilitació. Més centrat en el camp de les addicions, Castilla (2016) parla de l'entrenament en habilitats com el procés en el qual els individus aprenen conductes o capacitats que els permeten afrontar d'una manera adaptativa les situacions d'alt risc.

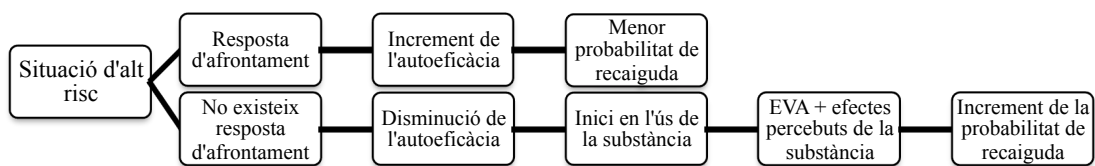


Figura 1. Model cognitiu-conductual de la recaiguda

Font: Witkiewitz, K., y Marlatt, G. A. (2004). Relapse prevention for alcohol and drug problems: that was Zen, this is Tao. *American Psychologist*, 59 (4), 225.

Traducció: elaboració pròpia

Un altre concepte de vital importància que Marlatt i Gordon (1985, citat a Witkiewitz i Marlatt, 2004) van definir són les decisions aparentment irrellevants, com a aquelles que la persona pren sense adonar-se de les implicacions de la decisió que condueix a una possibilitat de fracassar en seguir abstinent.

Witkiewitz i Marlatt (2004) fan una actualització al model anterior, introduint la perspectiva d'un model dinàmic i més complex, on van descriure els factors que poden influir en la recaiguda i en l'afrontament de les SAR. Pel que fa als determinants intrapersonals destaquen els següents:

- Autoeficàcia: grau en què la persona se sent segura i capaç de realitzar un determinat comportament en un context específic (Bandura, 1977). En general, l'autoeficàcia és un predictor dels resultats del tractament en addiccions (Sklar, Annis i Turner, 1999).
- Les expectatives de resultat: es descriuen com l'anticipació individual dels efectes d'una experiència futura. Poden estar influïdes per efectes físics, psicològics o conductuals. És de vital importància en la PR donat que influeix molt la consideració de la persona sobre si veu com a positiu o com a negatiu el retorn al consum. Estudis han demostrat que aquelles persones que tenen expectatives positives dels resultats s'associen amb uns pitjors resultats en el tractament (Connors, Tarbox i Faillace, 1993).
- *Craving*: Sánchez, Tomàs i Morales (2004) el defineixen com el desig molt intens cap a la substància. L'impuls seria la conseqüència instrumental donat que l'objectiu seria reduir l'estat que l'ha instigat, és a dir, el *craving*. Aquests impulsos tendeixen a ser automàtics i costa molt suprimir-los.
- Motivació: s'identifica en dos vessants, per arribar a aconseguir canvis positius i per continuar en la conducta de consum. Es parla de l'ambivalència que experimenten les persones que volen canviar la conducta addictiva, la qual acostuma a estar molt relacionada amb l'autoeficàcia i les expectatives de resultat (Millner i Rollnick, 2002) Bolles (1972) afirma que la motivació està relacionada amb si les conseqüències esperades de la conducta són positives o negatives. Hi té un paper molt important el Model Transteòric del Canvi per identificar en

l'etapa que es troba cada persona segons la seva preparació pel que fa a la motivació.

- Afrontament: Es defineix com la manera individual de respondre a una situació interna o externa. Inclouen estratègies cognitives i conductuals per reduir el dany o aconseguir superar una situació. Litt et al. (2003) van demostrar que les habilitats d'afrontament afavoreixen el manteniment de l'abstinència i la deshabitució.
- Estats emocionals: alguns autors han parlat d'un vincle estret entre estats emocionals negatius i la recaiguda en l'ús de substàncies. Cohen et al. (2002) van demostrar que l'afecte negatiu està influenciat per les expectatives de resultat. Alguns individus amb alteracions afectives lleus utilitzen les drogues com una estratègia d'afrontament, que pot ser efectiva en el moment, però desadaptativa a llarg termini.

Pel que fa als determinants interpersonalmentals que poden afectar a la recaiguda:

- Suport social: s'ha vist una relació entre el suport social funcional o el nivell de suport emocional pel que fa a les taxes d'abstinència a llarg termini. També s'ha relacionat negativament el suport social amb la possibilitat de recaiguda, és a dir, a més suport social menys probabilitat de recaiguda (Dobkin et al., 2002).

Per tant, el programa que Marlatt i els seus col·laboradors van plantejar tenia com a objectius ensenyar a les persones a: anticipar i afrontar la possibilitat d'una recaiguda, reconèixer i afrontar les SAR, modificar les seves cognicions i altres reaccions i a prevenir que un únic lapsus es converteixi en una recaiguda (Castilla, 2016). Per això, aquest tractament es basa en entrenament d'habilitats socials, teràpia cognitiva i reequilibri de l'estil de vida (Graña, Muñoz i Navas, s.d.). Pel que fa a l'entrenament en habilitats, es plantejaven com a habilitats a treballar l'assertivitat, el control de l'estrès, la comunicació, habilitats per la resolució de conflictes...

A partir d'aquest model menys lineal en el que es basen Witkiewitz i Marlatt (2004) es presenta la revisió del model com un sistema dinàmic on hi ha influències entre variables disposicionals, contextuals i experiències passades i

actuals de cada persona. Es planteja la importància d'uns factors desencadenants i segons aquests hi ha unes actuacions o unes altres davant les SAR, influint en el funcionament general de la persona. Descriuen que les SAR estan influenciades per dos tipus de factors entre els quals hi ha una interacció: els distals, entesos com a variables predisposants estables que augmenten la vulnerabilitat d'un individu a una recaiguda com pot ser la història familiar, la personalitat, el suport social, la història de consum... per altra banda, els proximals són els precipitants immediats de la probabilitat de recaiguda, com les estratègies d'afrontament, estats emocionals, freqüència i/o quantitat de consum... Tanmateix, s'engloben en processos tònic i fàsics. Els tònic indiquen la vulnerabilitat crònica d'una persona a la recaiguda, on s'engloben els riscos distals, els processos cognitius (autoeficàcia, expectatives de resultat, *craving*...) i l'abstinència física mentre que la resposta fàsica incorpora estats cognitius, afectius, físics i les habilitats d'afrontament i es considera que la resposta pot portar un canvi rellevant en el consum. És important que els professionals que es dediquen a l'àmbit de les drogodependències sàpiguen potenciar o prevenir tots els determinants amb l'objectiu de mantenir l'abstinència de l'individu (Castilla, 2016).

Un altre component que està relacionat amb l'autoeficàcia és l'autoestima, tal com López, Salazar, García i Martínez (2015) van demostrar en el seu estudi, conclouent que hi ha una correlació bilateral entre l'autoestima i l'autoeficàcia, és a dir, que quan una incrementa, l'altre també ho fa. Rojas (2008, citat a Zenteno, 2017) defineix l'autoestima com el sentiment d'estima o rebuig que acompanya la valoració global que fa una persona de si mateixa. Aquesta es basa en l'autopercepció de qualitats com l'habilitat de relacionar-se amb els altres, l'aparença física, trets del caràcter, les coses que s'assoleixen o coses materials.

Aquest programa de PR més que un tractament en si mateix, s'ha fet servir com un mètode d'afrontament de les recaigudes dins d'altres programes més amplis (Puerto i Barrena, 2014).

Una tècnica que pot ajudar en el manteniment de l'abstinència són les autoinstruccions i autoafirmacions, referint-se a les verbalitzacions realitzades pel mateix subjecte de paraules que l'inspirin per ajudar-lo decidir què han de fer o

sentir davant de situacions complicades. L'entrenament en autoinstrucció s'ha fet servir com una tècnica de modificació conductual, donat que s'entrena als individus per tal que facin suggeriments i comentaris específics que guiïn la seva pròpia conducta de manera semblant que fossin ajudats per algú més (Kazdin, 1996, p.307 citat a González, 2009).

3. OBJECTIUS

3.1. GENERALS

- Reduir la prevalença de recaigudes durant els primers permisos d'aquells interns classificats en segon grau per tal d'afavorir la reinserció
- Augmentar l'autoeficàcia dels interns

3.2. ESPECÍFICS

- Augmentar els coneixements en prevenció de recaigudes i distinció dels conceptes caiguda i recaiguda (sessió 1 i 2)
- Aprendre a identificar les situacions d'alt risc i els senyals d'alarma (sessió 3)
- Reforçar les habilitats d'afrontament (sessió 4)
- Treballar l'autoestima (sessió 5)
- Adquirir recursos per afrontar la resolució de problemes de la manera més assertiva possible (sessió 6)

4. DISSENY DE LA INTERVENCIÓ

4.1.Espai

L'espai on es realitzarà aquest programa serà una de les dues aules que hi ha habilitades al mòdul per tal de fer intervenció grupal. Encara que alguna sessió hagués estat enriquidor fer-la a l'aire lliure, la organització de les instal·lacions del centre penitenciari no sempre ho permeten i les aules són adequades per fer les activitats corresponents a aquest projecte.

4.2. Temporització

Aquest programa d'intervenció està preparat per tenir una duració de dues setmanes amb tres sessions setmanals, és a dir, una extensió de 6 sessions. Cada una d'aquestes tindrà una durada d'unes dues hores, iniciant-se sempre amb la introducció i repàs de què s'ha treballat en la sessió anterior i posteriorment, abordant el tema que correspon segons cada sessió. Sempre es tancarà la sessió amb un espai per resoldre possibles dubtes i fer comentaris. Se seguirà la metodologia i pauta de les intervencions establerta pel CEJFE i la Direcció General de Serveis Penitenciaris.

4.3. Destinataris

La població a la qual va adreçada aquesta intervenció són 11 interns que actualment estan realitzant el compliment de la seva condemna al mòdul 8 del CPQC, per tant, tractant-se en l'àmbit de les toxicomanies per problemàtiques amb el consum al llarg de la seva trajectòria vital i que en la majoria dels casos, ha influït de manera negativa en la seva trajectòria delictiva. Aquests tenen una tipologia delictiva heterogènia entre ells. Són interns classificats en segon grau que ja han complert la quarta part de la condemna i que per tant, quan acabi la intervenció, si no hi ha hagut incidències analítiques i l'equip multidisciplinari considera que és el més favorable per a la seva reinserció, podran iniciar el contacte amb l'exterior de manera progressiva a través de sortides programades i permisos. La participació per part dels interns a aquest programa serà obligatòria donat que formarà part del tractament específic que es realitza al mòdul per tal que tinguin eines quan s'hagin d'enfrontar al medi obert.

4.4. Material

Per tal de desenvolupar aquestes sessions serà necessari el quadern del participant (veure annex), elaborat amb tots els continguts que poden ser d'utilitat pels interns i amb les activitats que es realitzaran. Està escrit en castellà donat que és la llegua d'ús majoritari dins del centre i tenint en compte que en alguns d'ells no han estat escolaritzats i per tant, no parlen ni escriuen correctament en català.

4.5. Estructura de la intervenció

SESSIÓ 1: QUÈ ÉS LA PREVENCIÓ DE RECAIGUDES

Introducció: el professional dedica 10 minuts aproximadament a donar la benvinguda al programa, exposar els principals objectius d'aquest i com es treballarà al llarg de les properes sessions, així com el funcionament i organització. Així mateix, es farà esment a la duració de les sessions, continguts, compromís adquirit d'assistència... A més, es fa entrega del Quadern del Participant a cada un dels interns.

ACTIVITAT 1

| | |
|---|---|
| Títol de l'activitat | Em presento |
| Durada aproximada | 20' |
| Objectius | <ul style="list-style-type: none">- Crear un clima de confiança entre els participants- Fomentar la coneixença entre ells i amb el professional |
| Pautes de desenvolupament i metodologia | Cada persona ha d'escriure el seu nom a una targeta juntament amb la professió dels seus somnis. Un cop acabat, el professional els recull tots i els llegeix en veu alta de manera aleatòria. Seguidament, els participants i la professional es van passant una pilota i han de dir el nom i la professió de la persona que els hi ha passat la pilota i passar-la a algú altre perquè digui el nom i la professió de la persona que li ha passat la bola, i així successivament. |
| Recursos | <ul style="list-style-type: none">- Pilota- Targetes de paper o cartró |
| Observacions | Tot i que els participants ja es coneixen, és una oportunitat per trencar barreres amb el professional i saber més coses uns dels altres. |

ACTIVITAT 2

| | |
|---|--|
| Títol de l'activitat | Contracte de grup |
| Durada aproximada | 20' |
| Objectius | <ul style="list-style-type: none">- Dissenyar de manera conjunta les normes que determinaran el funcionament del grup per tal que siguin un acord entre tots i no quelcom imposat. |
| Pautes de desenvolupament i metodologia | Es demana als participants que diguin en veu alta quines creuen que són les normes que han de regir el funcionament de la intervenció. Es fa una pluja d'idees i s'escriuen a la pissarra. Es decideixen les 8-10 més importants i un cop decidides el dinamitzador les anota a un paper que tots els participants firmaran. Posteriorment, es penjaran a l'aula, d'aquesta manera serà un compromís a respectar-les i sempre hi seran presents i de fàcil accés en casos de problemàtiques. |
| Recursos | <ul style="list-style-type: none">- Pissarra- Full |
| Observacions | És important que un dels participants ocupi el rol de dinamitzador per tal que sigui un pacte entre tots. Caldria que entre les normes s'inclogui: assistència, puntualitat, tenir cura de l'espai i el material, participar de manera activa a les sessions, escoltar i respectar als companys, confidencialitat, sinceritat i no assistir sota els efectes de cap substància. |

Exposició teòrica: el professional dedica 45 minuts aproximadament a exposar els següents aspectes:

- Diferència entre caiguda i recaiguda
- El procés de recaiguda
- La prevenció de recaigudes

ACTIVITAT 3

| | |
|---|--|
| Títol de l'activitat | Saps diferenciar un lapsus d'una recaiguda? |
| Durada aproximada | 15' |
| Objectius | <ul style="list-style-type: none">- Aprendre a diferenciar entre una caiguda i una recaiguda- Saber com reconduir un lapsus |
| Pautes de desenvolupament i metodologia | <p>Els participants han d'obrir el seu quadern per l'activitat "caiguda o recaiguda?". Cal que cada un d'ells escriguin si els casos exposats són una caiguda o una recaiguda i subratllin allò que els ha fet decidir si és una cosa o una altra.</p> <p>Un cop cada un hagi acabat, debate entre tots els components del grup el perquè de la seva resposta.</p> <p>Seguidament, els participants exposaran en veu alta què farien davant de les situacions de caiguda exposades per tal que no es converteixi en recaiguda i el professional les pot anotar a la pissarra, d'aquesta manera s'iniciarà un debat que es recuperarà en la següent sessió.</p> |
| Recursos | <ul style="list-style-type: none">- Quadern del participant- Pissarra |
| Observacions | El professional ha d'ajudar als participants quan sigui convenient en la diferenciació de les situacions de recaiguda o caiguda. |

Tancament: El professional dedica 10 minuts aproximadament a resoldre possibles dubtes i repassar els conceptes claus de la sessió.

SESSIÓ 2: LA RECAIGUDA

Introducció: el professional dedica 10 minuts aproximadament a repassar tots els conceptes tractats fins al moment i resoldre possibles dubtes de la sessió anterior.

ACTIVITAT 1

| | |
|---|--|
| Títol de l'activitat | Ho saps tot sobre la recaiguda? |
| Durada aproximada | 20' |
| Objectius | <ul style="list-style-type: none">- Promoure un major coneixement dels participants cap a qüestions relacionades amb la recaiguda- Identificar mites i creences errònies |
| Pautes de desenvolupament i metodologia | Els participants han d'obrir el seu quadern per l'activitat "Cert o fals?" on hi ha algunes afirmacions sobre la recaiguda. En grups de 3 o 4 cal que debatin sobre la seva percepció de la realitat en relació a les frases exposades, determinant si consideren que són verdaderes o falses. Un cop tots els grups hagin acabat, posar-ho en comú. |
| Recursos | <ul style="list-style-type: none">- Quadern del participant |
| Observacions | El professional ha de passar pels diferents grups de treball ajudant als participants a eliminar falses creences sobre la recaiguda. |

Exposició teòrica: el professional dedica 45 minuts aproximadament a exposar els següents aspectes:

- Recursos pel tractament de drogodependències
- Reducció de danys
- Decisions aparentment irrellevants

ACTIVITAT 2

| | |
|----------------------|---|
| Títol de l'activitat | La meva recaiguda |
| Durada aproximada | 30' |
| Objectius | <ul style="list-style-type: none">- Aprendre a identificar l'anàlisi funcional de la conducta de consum- Comprendre la idea de la recaiguda com a procés- Clarificar els costos-beneficis de la recaiguda |

| | |
|--|--|
| <p>Pautes de desenvolupament i metodologia</p> | <p>El participant ha d'obrir el dossier per l'activitat "La meva recaiguda". Aquesta consisteix a fer un informe autobiogràfic de la recaiguda on cada un dels participants escriuran una experiència de recaiguda que han tingut en el passat per tal de començar amb la identificació de les situacions d'alt risc.</p> <p>En el cas d'aquells participants que mai han tingut cap recaiguda, poden substituir l'activitat per "fantasies de recaiguda" on s'han d'imaginar com creuen que podria ser el seu retorn al consum.</p> <p>Un cop explicitada la recaiguda, caldrà que tots els participants realitzin un balanç de costos i beneficis de la recaiguda.</p> <p>Quan hagin acabat, aquells que vulguin poden compartir-ho amb la resta de companys.</p> |
| <p>Recursos</p> | <p>- Quadern del participant</p> |
| <p>Observacions</p> | <p>Cal que el professional els hi expliqui breument en què consisteix el balanç i quina és la seva funció i com aquest pot afavorir en el seguiment de l'abstinència.</p> <p>Normalment, el relat engloba temps anterior al consum i d'aquesta manera es poden veure factors de risc tant interns com externs que seran d'ajuda en la propera sessió. També inclou substàncies de consum, durant quant de temps, amb qui, en quina situació entre altres factors.</p> <p>Cal que en aquells participants que comparteixin el seu relat de recaiguda el professional faci èmfasi en el fet que la recaiguda és un procés en el temps. També, en aquells que vulguin compartir-ho, es pot parlar de la reacció de l'entorn vers la recaiguda i de la pròpia persona.</p> |

Tancament: El professional dedica 10 minuts aproximadament a resoldre possibles dubtes i repassar els conceptes claus de la sessió.

SESSIÓ 3: FACTORS I SITUACIONS D'ALT RISC DE RECAIGUDA

Introducció: el professional dedica 10 minuts aproximadament a repassar tots els conceptes tractats fins al moment i resoldre possibles dubtes de la sessió anterior.

Exposició teòrica: el professional dedica 30 minuts aproximadament a exposar els següents aspectes:

- Senyals de recaiguda
- Situacions d'alt risc de recaiguda
- Relació de l'autoeficàcia amb la recaiguda

ACTIVITAT 1

| | |
|---|---|
| Títol de l'activitat | Reconec els meus senyals de recaiguda |
| Durada aproximada | 30' |
| Objectius | <ul style="list-style-type: none">- Aprendre a identificar els propis senyals de recaiguda |
| Pautes de desenvolupament i metodologia | Els participants han d'obrir el quadern per la fitxa "els meus senyals de recaiguda". En aquesta han d'assenyalar aquells 5 senyals amb els que es puguin identificar més. Un cop fet l'exercici, compartir-ho i fer debat amb grups de 3-4 participants. |
| Recursos | <ul style="list-style-type: none">- Quadern del participant |
| Observacions | <p>El professional ha d'ajudar als participants quan sigui necessari en la identificació dels senyals de recaiguda. Si alguns participants ho consideren, poden afegir-hi senyals de recaiguda amb les que se sentin més identificats.</p> <p>La professional pot d'incentivar el fet que de pensin amb l'exercici de la sessió anterior en la qual es descriu una recaiguda, per tal que recordin els senyals.</p> |

ACTIVITAT 2

| | |
|---|--|
| Títol de l'activitat | Perill a la vista! |
| Durada aproximada | 40' |
| Objectius | <ul style="list-style-type: none">- Comprendre què és una situació d'alt risc- Saber identificar i gestionar aquells esdeveniments, conductes, maneres de pensar i sentiments considerats d'alt risc i que per tant poden conduir-los a la recaiguda. |
| Pautes de desenvolupament i metodologia | Els participants han d'obrir el quadern per la fitxa "Les meves situacions d'alt risc de recaiguda" i han d'anotar 3 situacions d'alt risc, justificant el perquè les hi consideren en cadascuna d'elles i el nivell de risc que suposa per a ell, assignant-hi una puntuació del 0 al 10. |
| Recursos | <ul style="list-style-type: none">- Quadern del participant |
| Observacions | <p>El professional ha d'ajudar als participants quan ho necessitin en la identificació de les possibles situacions de risc que els poden portar a una caiguda i això a la recaiguda.</p> <p>En acabar la llista, caldrà que el professional fomenti que cada un dels participants comparteixi almenys una de les seves situacions d'alt risc, el perquè i el nivell de risc que suposa. D'aquesta manera, s'intentarà crear un debat sobre aquelles situacions que a tots els hi suposen un risc afegit.</p> |

Tancament: El professional dedica 10 minuts aproximadament a resoldre possibles dubtes i repassar els conceptes claus de la sessió.

SESSIÓ 4: AFRONTAMENT DE LES SITUACIONS D'ALT RISC

Introducció: el professional dedica 10 minuts aproximadament a repassar tots els conceptes tractats fins al moment i resoldre possibles dubtes de la sessió anterior.

Exposició teòrica: el professional dedica 15 minuts aproximadament a exposar els següents aspectes:

- Estratègies d'afrontament
- Les autoinstruccions i les distraccions

ACTIVITAT 1

| | |
|---|---|
| Títol de l'activitat | Com puc respondre davant d'una situació de risc? |
| Durada aproximada | 15' |
| Objectius | <ul style="list-style-type: none">- Mostrar diferents estratègies assertives d'afrontament davant situacions de risc. |
| Pautes de desenvolupament i metodologia | <p>Es demana a dos participants que vulguin ser voluntaris. Un d'ells surt de l'aula i se li dóna la consigna que el seu rol consisteix en insistir a l'altre perquè consumeixi. A l'altre participant se li dona la consigna de que utilitzi, en aquest cas, la tècnica del disc rallat, en la que persistirà en el seu objectiu i repetirà la mateixa frase independentment del que li digui l'altre persona, negant-se al consum de manera assertiva. A través d'un roleplaying davant de la resta de companys, faran una petita representació de les consignes que se'ls ha donat. Posteriorment, els companys faran un debat sobre el tipus d'estratègia que s'ha utilitzat i en quins contextos els pot ser útil. Es repetirà el mateix exercici amb altres tècniques com:</p> <ul style="list-style-type: none">- El banc de neu: consisteix a mantenir el punt de vista, concedint-li la raó a l'altra persona per tal que no senti que s'està atacant el seu criteri- Ironia assertiva: es tracta de respondre de manera positiva a una crítica hostil. |

| | |
|--------------|---|
| Recursos | |
| Observacions | El professional ha de fomentar la participació de tots els integrants del grup en debat per tal que puguin integrar les diferents maneres assertives d'afrontar les situacions. |

ACTIVITAT 2

| | |
|---|---|
| Títol de l'activitat | Com afrontar les situacions? |
| Durada aproximada | 40' |
| Objectius | - Plantejar estratègies d'afrontament a situacions que els participants han considerat d'alt risc. |
| Pautes de desenvolupament i metodologia | <p>Es demana als participants que recuperin l'activitat de la sessió anterior on van determinar 3 situacions d'alt risc. Obrir el dossier per l'activitat "estratègies d'afrontament". S'han de plantejar 5 estratègies d'afrontament possibles i assertives. Un cop realitzada la llista d'estratègies, s'han de valorar del 0-10 segons si creuen que són viables i adaptatives per tal d'evitar la recaiguda i solucionar la situació d'alt risc. Un cop valorades, ordenar-les segons aquesta puntuació, de més a menys favorables per tal de seguir amb l'abstinència.</p> <p>Un cop tots els participants hagin plantejat les estratègies d'afrontament de les tres situacions d'alt risc i les hagin ordenat, fer debat grupal i reflexió.</p> |
| Recursos | - Quadern del participant |
| Observacions | El professional ha d'ajudar als participants quan ho necessitin en la decisió i valoració de les estratègies d'afrontament. |

ACTIVITAT 3

| | |
|---|---|
| Títol de l'activitat | Autoinstruccions i distraccions |
| Durada aproximada | 35' |
| Objectius | <ul style="list-style-type: none">- Determinar algunes frases per tal d'ajudar-se quan es trobin davant d'una SAR i que augmentin la seva percepció d'autoeficàcia.- Identificar distraccions motores i cognitives per tenir recursos davant d'una situació d'alt risc |
| Pautes de desenvolupament i metodologia | <p>El professional donarà a cada un dels participants un tros de cartolina de la mida d'una targeta. Allà, cadascú d'ells haurà d'escriure algunes frases que considerin que els ajudaria a llegir en situacions complicades. Cada un d'ells ha d'escollir si creu que l'ajudaria més que fossin negatives o positives, és a dir, frases de l'estil: "he lluitat molt per arribar on sóc, vull seguir així", "tota la meva família està molt orgullosa de mi", "em sento bé quan no consumeixo i tot em va millor" o bé enfocades a les conseqüències negatives com "si em torno a drogar, em sentiré molt culpable" "si torno a consumir, la meva dona em deixarà i tota la meva família es sentirà molt decebuda amb mi"... Cadascú ha d'anotar aquelles que considera que li poden servir més per frenar l'acció de consumir davant d'una situació d'alt risc.</p> <p>A la part de darrere de la targeta hi anotaran aquelles distraccions que creuen que els hi poden servir en casos d'altres ganes de consum. Poden ser tan cognitives (pensar un viatge que m'agradaria) com motores (quan tingui ganes de consumir faré flexions).</p> <p>Seguidament, aquells que ho vulguin, podran compartir algunes de les frases que han anotat.</p> |

| | |
|--------------|--|
| Recursos | - Cartolines |
| Observacions | El professional ha d'intentar incentivar que els participants portin sempre amb ells aquesta targeta a la cartera, exposant els hi pot ser d'ajuda en situacions complicades. Tanmateix, cal intentar que facin un treball introspectiu i escriguin allò que realment creuen que els serviria, sigui 1,2 o 5 frases, però que siguin rellevants. |

Tancament: El professional dedica 10 minuts aproximadament a resoldre possibles dubtes i repassar els conceptes claus de la sessió.

SESSIÓ 5: AUTOESTIMA

Introducció: el professional dedica 10 minuts aproximadament a repassar tots els conceptes tractats fins al moment i resoldre possibles dubtes de la sessió anterior.

ACTIVITAT 1

| | |
|---|--|
| Títol de l'activitat | Saps quan vals en realitat? |
| Durada aproximada | 20' |
| Objectius | - Ser conscients de la importància de l'autoestima i del valor que té cada persona |
| Pautes de desenvolupament i metodologia | Cada un dels participants llegirà el conte. Posteriorment, s'haurà de crear un debat entre tots sobre la moralitat de la història i la importància que té. |
| Recursos | - Quadern del participant |
| Observacions | |

Exposició teòrica: el professional dedica 15 minuts aproximadament a exposar els següents aspectes:

- Importància de l'autoestima
- Els factors protectors

ACTIVITAT 2

| | |
|---|---|
| Títol de l'activitat | El cercle |
| Durada aproximada | 30' |
| Objectius | <ul style="list-style-type: none">- Aprendre a valorar les qualitats positives dels altres- Aprendre a fer i rebre elogis |
| Pautes de desenvolupament i metodologia | <p>Cada un dels participants tindrà un foli en blanc on escriurà el seu nom a dalt de tot. Tots els folis van passant per cada un dels participants en rotllana, on hauran d'escriure algunes qualitats positives de la resta dels companys, de manera honesta, fomentant la reflexió sobre aquelles coses positives que tenen cadascun dels interns del grup.</p> <p>Quan el foli retorni al seu propietari, cadascú decidirà si vol compartir i no totes les qualitats que li han posat la resta de companys. Posteriorment, es farà un debat del què els hi ha implicat rebre elogis i fer-los als companys.</p> |
| Recursos | <ul style="list-style-type: none">- Fulls en blanc |
| Observacions | Si el professional ho considera oportú, pot participar també en la dinàmica per crear un vincle més estret amb els participants. |

ACTIVITAT 3

| | |
|----------------------|--|
| Títol de l'activitat | Els meus factors protectors |
| Durada aproximada | 30' |
| Objectius | <ul style="list-style-type: none">- Potenciar el pensament positiu- Analitzar i clarificar els factors de protecció que presenten els participants per tal de no recaure en el consum de substàncies. |

| | |
|---|--|
| Pautes de desenvolupament i metodologia | <p>Els participants han d'obrir el dossier a l'activitat "Els meus factors protectors" on han de fer una llista dels diferents factors de protecció que creuen que tenen i que els poden afavorir en el seguiment de l'abstinència i justificar-los.</p> <p>Aquells participants que ho vulguin, poden compartir els seus factors protectors i el professional escriurà a la pissarra els més comuns. Posteriorment, es farà un debat grupal sobre la importància d'aquests i com els poden ajudar en el seguiment de l'abstinència.</p> |
| Recursos | <ul style="list-style-type: none"> - Quadern del participant - Pissarra |
| Observacions | <p>El professional ha d'intentar conscienciar als participants de la importància que s'impliquin en l'activitat i que els factors de protectors siguin reals. Tanmateix, és important que el professional destaquï que no per tothom tenen importància els mateixos factors protectors. Tot i això, és molt útil que es recalquin aquells que tenen més a veure en la prevenció de recaigudes.</p> |

Tancament: El professional dedica 10 minuts aproximadament a resoldre possibles dubtes i repassar els conceptes claus de la sessió.

SESSIÓ 6: RESOLUCIÓ DE PROBLEMES

Introducció: el professional dedica 10 minuts aproximadament a repassar tots els conceptes tractats fins al moment i resoldre possibles dubtes de la sessió anterior.

ACTIVITAT 1

| | |
|----------------------|------------------|
| Títol de l'activitat | L'ordre del banc |
| Durada aproximada | 30' |

| | |
|---|---|
| Objectius | <ul style="list-style-type: none"> - Introduir la resolució de problemes - Adonar-se de les diferents estratègies de resolució de problemes que s'utilitzen dins del grup |
| Pautes de desenvolupament i metodologia | <p>Aquesta dinàmica consisteix a què tots els participants del grup es col·loquin en línia recta i ordenar-se segons diferents temàtiques, com l'edat, el cognom i/o l'estatura. Donats els recursos al Centre Penitenciari, serà una cinta adhesiva col·locada al terra el que delimitarà l'espai en comptes d'un banc. És important que els integrants del grup tinguin clar que no es pot sortir del límit.</p> <p>Un cop realitzada la dinàmica ordenant-se per les tres temàtiques, caldrà fer un debat grupal sobre com creuen que s'han organitzat, rols que s'han destacat, maneres de resoldre el problema entre altres temes que els hi interressi tractar.</p> |
| Recursos | <ul style="list-style-type: none"> - Cinta adhesiva |
| Observacions | Cal que el professional intenti controlar que segueixin les normes i els ajudi si ho necessiten. |

Exposició teòrica: el professional dedica 20 minuts aproximadament a exposar els següents aspectes:

- Com actuar davant d'un conflicte
- Fases de la resolució de problemes

ACTIVITAT 2

| | |
|----------------------|--|
| Títol de l'activitat | Resolem un problema! |
| Durada aproximada | 30' |
| Objectius | <ul style="list-style-type: none"> - Treballar les fases de la resolució de problemes - Aprendre a enfocar des d'una altra perspectiva els problemes |

| | |
|--|---|
| <p>Pautes de desenvolupament i metodologia</p> | <p>Aquest exercici consisteix a separar-se en dos grups d'uns 5-6 participants. A cada grup se li donarà un problema contextualitzat al Centre Penitenciari per tal que el resolguin, anotat a l'activitat del dossier "Resolem un problema". Cada subgrup haurà de llegir el problema que li ha tocat, i de manera conjunta, seguint els passos de l'entrenament en resolució de problemes, trobar-hi una possible solució. És important que prèviament es faci la llista d'alternatives, es valorin i se n'esculli una.</p> <p>Un cop cada grup hagi acabat, exposar el problema i la solució a la resta de companys i posteriorment, debat grupal.</p> |
| <p>Recursos</p> | <p>- Quadern del participant</p> |
| <p>Observacions</p> | <p>Cal que el professional ajudi a cada un dels equips a seguir els passos establerts per la resolució de problemes i que fomenti el treball en equip.</p> |

Avaluació: El professional dedica 15 minuts aproximadament a la valoració final. Per tal de concloure la intervenció, caldrà que els interns facin una petita avaluació del programa. Hauran d'anar a l'última pàgina del quadern del participant on es troba la taula d'avaluació i omplir-la segons la seva opinió. D'altra banda, també faran un feedback oral comentant com s'han sentit, si creuen que els ha servit entre d'altres coses que ells vulguin expressar, així com possibles aspectes a millorar. Això, a part de servir com a valoració, aportarà als integrants del grup una visió general de tota la intervenció.

Tancament: El professional dedica 10 minuts aproximadament a resoldre possibles dubtes i repassar els conceptes claus de la intervenció.

5. AVALUACIÓ

Per tal de fer l'avaluació de l'eficàcia d'aquest programa, es realitzarà de dues maneres, des del punt de vista dels participants i des del punt de vista de la professional que el supervisarà.

Pel que fa als participants, al final de l'última sessió se'ls convidarà a fer un feedback de la intervenció esmentant com s'han sentit, si creuen que els hi ha servit, entre altres aspectes que ells consideren convenient comentar, així com millores des d'un punt de vista constructiu. Se'ls hi ha d'exposar que les seves opinions són importants donat que es vol aconseguir ajustar el programa al màxim a les necessitats d'aquest col·lectiu.

D'altra banda, cadascú d'ells haurà de completar la taula "valoració de la utilitat percebuda pels participants" en la que hauran de valorar cada una de les sessions que han fet del 0 al 2, essent 0 l'equivalent a gens, 1 a bastant i 2 a molt. És important deixar clar als participants que aquesta valoració és per saber què consideren ells que els servirà i què no, però que en cap moment s'utilitzarà per cap altre fi que no sigui la millora de la intervenció. Aquesta taula que han de completar la podran trobar a la última pàgina del seu quadern del participant.

VALORACIÓ DE LA UTILITAT PERCEBUDA PELS PARTICIPANTS

| TEMÀTICA DE LA SESSIÓ | VALORACIÓ | | |
|---|-----------|---|---|
| 1. Què és la prevenció de recaigudes? | 0 | 1 | 2 |
| 2. La recaiguda | 0 | 1 | 2 |
| 3. Factors i situacions d'alt risc de recaiguda | 0 | 1 | 2 |
| 4. Afrontament de les situacions d'alt risc | 0 | 1 | 2 |
| 5. Autoestima | 0 | 1 | 2 |
| 6. Resolució de problemes | 0 | 1 | 2 |

D'altra banda, la idea és que la professional també faci una valoració del programa i de l'alumna que el realitza per tal de valorar si s'adequa a l'entorn del Centre Penitenciari i les necessitats dels interns i que d'aquesta manera s'ajusti al màxim a les necessitats concretes del col·lectiu. Aquesta valoració es farà després de cada sessió per tal que els aspectes a millorar es puguin anar introduint a les properes sessions.

VALORACIÓ DE LA SESSIÓ PER PART DE LA PROFESSIONAL SUPERVISORA

| | |
|---|------------------|
| SESSIÓ N°: | |
| ÍTEM | VALORACIÓ (0-10) |
| Preparació prèvia de la sessió | |
| Adequació del contingut a les necessitats dels participants | |
| Adequació del llenguatge | |
| Adequació de la manera de transmissió del contingut | |
| Motivació percebuda dels participants durant la sessió | |
| Resolució de dubtes i interacció amb els participants | |
| OBSERVACIONS: | |

6. CONCLUSIONS

Donats els obstacles que s'han presentat durant la realització d'aquesta intervenció, no s'ha pogut aplicar en la seva totalitat, únicament 4 sessions i no s'ha pogut fer el seguiment posterior dels interns plantejat inicialment. Això, significa que no hi ha resultats destacables i que per tant, no s'ha pogut comprovar l'efectivitat d'aquest programa.

Al només haver-se pogut dur a terme una part del projecte no s'ha arribat a la part de l'avaluació planificada per la última sessió i per tant, tampoc se sap la percepció de l'eficàcia i la utilitat del projecte dels interns. Tot i això, els feedbacks rebuts posteriors a algunes sessions, de manera informal, van ser molt positius. Alguns feien èmfasi en la determinació de les situacions de risc, donat que deien que no s'havien parat a pensar en quins eren aquells moments que realment els hi suposaven una temptació. Per altra banda, alguns afirmaven que aquest programa els ha fet adonar de que el fet d'enfrontar-se al medi extern és una realitat molt propera i que realment creuen que els hi és útil planejar-ho i parlar-ne. Finalment, també vaig rebre devolucions molt positives pel que fa el caràcter més aviat dinàmic d'algunes sessions i també pel quadern del participant, lloc on tenen informació i que ells diuen que el fet de tenir-la escrita els hi és molt útil perquè la poden consultar sempre que volen i durant les sessions no han d'estar prenent apunts i poden interactuar.

Destacar que la meua percepció tant de la motivació com de la implicació per part dels interns ha estat molt positiva, com en tots els grups, uns més que d'altres, però tal com deia un dels interns, el fet de parlar de la sortida com una cosa propera és molt motivant. En totes les sessions realitzades hi ha hagut una participació activa per part d'ells i s'han creat debats molt interessants relacionats amb diferents temàtiques tractades.

D'algunes de les sessions que es va poder rebre un feedback per part de la professional aquest va ser positiu, tot i que en la primera sessió va destacar com a possible aspecte a millorar el fet d'acotar millor el temps. També en una sessió posterior va esmentar el fet d'intentar tallar els debats que es creen entre els interns quan s'allarguin més del compte donat que si no acaba perjudicant la realització de l'activitat i en moltes ocasions no són productius tenint en compte la temàtica que s'està tractant.

Tal com ja s'ha esmentat, no s'ha pogut comprovar la utilitat d'aquest projecte i per tant no s'ha pogut comprovar si els objectius plantejats s'han assolit.

7. LIMITACIONS I ORIENTACIONS FUTURES

Com a principals limitacions, destacar sense cap mena de dubte la pandèmia del Covid-19. En els moments en els quals es va expulsar a tots els estudiants de pràctiques del sistema d'execució penal portava 4 sessions realitzades, i per tant, en restaven 2 i el seguiment posterior per tal de veure la utilitat del programa en aquells interns que s'havien pogut enfrontar als primers permisos. És una situació extrema i que ha afectat en molts i diversos aspectes, no només al meu projecte. Tanmateix, esmentar que les intervencions que vaig poder realitzar van ser molt enriquidores. També destacar que el context penitenciari en si és bastant limitador i limitat però haig de dir que en aquest cas, ho tenia tot a favor. Si que podria destacar el fet de que algunes activitats hagués estat molt profitós fer-les en espais exteriors per crear un clima diferent entre el grup i donada la organització dels espais del centre no va ser possible.

Pel que fa a les orientacions futures, m'agradaria incentivar a que aquest projecte s'implementés al mòdul 8 del CPQC, posterior a la intervenció específica en toxicomanies. Per tal de comprovar la seva eficàcia, amb l'ajuda del CEJFE, es podria fer un estudi comparatiu fent seguiment en les primeres sortides de permisos entre un grup control que no ha fet aquesta intervenció en prevenció de recaigudes i un que si i d'aquesta manera, comparar les recaigudes en els dos grups, per tal de veure si es troben diferències significatives en aquells que han fet una intervenció específica en prevenció de recaigudes. Posteriorment, si es demostrés l'impacte positiu en els interns, es podria implementar a totes les UTD dels centres penitenciaris catalans, per tal de fer un treball específic previ a les sortides en aquells interns amb problemàtica de consum.

8. REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

Becoña, E. i Cortés, M. (2008). Fundamentos psicológicos del tratamiento de los trastornos por abuso de sustancias. En E. Becoña i M. Cortés (Eds.). *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones* (13-21). Barcelona: Socidrogalcohol.

- Becoña, E. i Cortés, M. (2010). Programas de psicoterapia y procedimientos de intervención y tratamiento psicológicos. En E. Becoña i M. Cortés (Eds.), *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación* (p.143-167). Barcelona: Socidrogalcohol
- Castilla, P. (2016). La prevención de recaídas en drogodependencias des del modelo de Marlatt. Aportaciones des del trabajo social. *Trabajo Social Hoy*, 77, 109-133. doi: 10.12960/TSH.2016.0006.
- Constitución Española, de 29 de diciembre, BOE 311 §29313 a 29424 (1978)
- Decret 329/2006, de 5 de setembre, pel qual s'aprova el Reglament d'organització i funcionament dels serveis d'execució penal a Catalunya (2006).
- Esbec, E. i Echeburúa, E. (2014). La prueba pericial en la jurisdicción penal en los consumidores de drogas y drogodependientes: una valoración integral. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, (14), 189-215. Recuperat de <https://masterforense.com/pdf/2014/2014art9.pdf>
- Esbec, E. i Echeburúa, E. (2016). Abuso de drogas y delincuencia: consideraciones para una valoración forense integral. *Adicciones*, 28 (1), 48-56. Recuperat de <http://salud.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/790/757>
- Ferro, J. M. (2018). El comiso en el delito de tráfico de drogas. En J.M. Ferro (ed.), *Especialista en Toxicomanías* (1a ed., p.373).
- García G., García, O. i Secades, R. (2011). Neuropsicología y adicción a drogas. *Papeles del psicólogo*, 32 (2), 159-165. Recuperat de <https://www.redalyc.org/pdf/778/77818544005.pdf>
- Generalitat de Catalunya. Departament de Justícia. (s.d.). Model d'intervenció basat en les necessitats dels individus.

Generalitat de Catalunya. Departament de Justícia (Abril 2020). *Descriptors estadístics de serveis penitenciaris. evolució de la població a presons. Últim dia de cada mes.* Recuperat el 7 de maig de 2020 de http://www.gencat.cat/justicia/estadistiques_serveis_penitenciaris/1_pob.html

Generalitat de Catalunya. Departament de Justícia (2015). *Centre Penitenciari Quatre Camins.* Recuperat de http://justicia.gencat.cat/ca/departament/infraestructures/centres_penitenciaris/cp_quatre_camins/

Gobierno de España. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2016). ESDIP: encuesta sobre salud y consumo de drogas en internados en instituciones penitenciarias. Recuperat de <https://pnsd.sanidad.gob.es/en/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2016ESDIP.pdf>

González, I.D. (2009). Estrategias cognitivo-conductuales para el manejo del craving. *RET: Revista de Toxicomanías* (57), 12-17. Recuperat de <http://www.enlinea.cij.gob.mx/Cursos/consulexterna/dejadefumar/material/es/pdf/Estrategias.pdf>

Graña, J.L. Muñoz, J.J. i Navas, E. (s.d.). Evaluación y tratamiento en drogodependencias: El modelo transteórico de cambio. En J.L. Graña, J.J. Muñoz, i E. Navas, (Eds.), *Características psicopatológicas, motivacionales y de personalidad en drogodependientes en tratamiento de la Comunidad de Madrid* (p.64-104). Madrid.

Leganés, S. (2010). Drogas, delincuencia y enfermedad mental. *Revista Española de Drogodependencias*, 35 (4), 513-536. Recuperat de https://www.aesed.com/descargas/revistas/v35n4_9.pdf

Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria. BOE 239 (1979).

- López, F., Salazar, I., García, R. i Martínez, R. (2015). Autoeficacia de personas drogodependientes en tratamiento. *Psicología conductual*, 23 (2), 325-343. Recuperat de https://www.researchgate.net/profile/Francisca_Lopez-Torrecillas/publication/288222939_Selfefficacy_among_outpatient_drug_abusers_in_treatment/links/5901da8e4585156502a28b13/Self-efficacy-among-outpatient-drug-abusers-in-treatment.pdf
- Marlatt, G. A. (1993). La prevención de recaídas en las conductas adictivas: Un enfoque de tratamiento cognitivo-conductual. En M. Casas y M. Gossop (Eds.), *Recaída y prevención de recaídas: Tratamientos psicológicos en drogodependencias* (p.137-160). Sitges: Ediciones en Neurociencias.
- Marlatt, G. A. i George, W. (1984). Relapse prevention: introduction and overview of the model. *British Journal Of Addiction*, 79 (4), (261-273). doi: <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1984.tb03867.x>
- Pedrero, E.J., Rojo, G. i Puerta, C. (2008). Estilos de afrontamiento del estrés y adicción. *Revista Española de Drogodependencias*, 33 (4), 256-270. Recuperat de https://www.researchgate.net/profile/Eduardo_PedreroPerez/publication/279201654_Estilos_de_afrontamiento_del_estres_y_adiccion/links/558fc26008ae15962d8b1e17.pdf
- Puerto, F.J. i Barrena, J. (2014). La psicología de la salud y la terapia ocupacional, pilares de la intervención en personas con conductas adictivas. *Trances*, 6(6), 373-406. Recuperat de http://www.trances.es/papers/TCS%2006_6_3.pdf
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. i Norcross J.C. (1994). Cómo cambia la gente: aplicaciones en los comportamientos adictivos. *RET: Revista de Toxicomanías*, (1), 3-14. Recuperat de https://www.cat-barcelona.com/uploads/rets/RET01_1.pdf

- Real Decreto 190/1996, de 9 de Febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario. BOE 40 (1996).
- Rodríguez, F.J., Paíno, S.G., Herrero, F.J. i González L.M. (1977). Drogodependencia y delito. Una muestra penitenciaria. *Psicothema*, 9 (3), 587-598. Recuperat de <https://www.redalyc.org/pdf/727/72709312.pdf>
- Soria, M.A. i González, A.B. (2005). La psicología penitenciaria: evaluación de penados y tratamiento de delincuentes violentos. En Soria Verde, M.A. i Sáiz Roca, D. (Eds.), *Psicología criminal* (p. 221-244). Madrid: Pearson Prentice Hall.
- Tejero, A., Trujols, J. i Casas, M. (1993). Prevención de recaídas: Su aplicación en un contexto clínico. En M. Casas y M. Gossop (Eds.), *Recaída y prevención de recaídas: Tratamientos psicológicos en drogodependencias* (p.295-333). Sitges: Ediciones en Neurociencias.
- Valverdi, J. i Celeste, M. (s.d.) Estrategias para la prevención de recaídas en el tratamiento de las adicciones: el uso de los instrumentos de evaluación y la terapia Cognitiva-Conductual. Recuperat de http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Prevencion_recaidas_tratamiento_adicciones_cognitivo_conductual_terapia_ocupacional_Valverdi_mayo13.pdf
- Witkiewitz, K. i Marlatt, G. A. (2004). Relapse prevention for alcohol and drug problems: that was Zen, this is Tao. *American Psychologist*, 59(4), 224-235. doi:10.1037/0003-066X.59.4.224
- Zenteno, M.E. (2017). La autoestima y como mejorarla. *Ventana Científica*, 8, (13), 43-46. Recuperat de <http://www.uajms.edu.bo/revistas/wp-content/uploads/2017/09/ventana-cientifica-vol8-espacio-digital2.pdf#page=49>

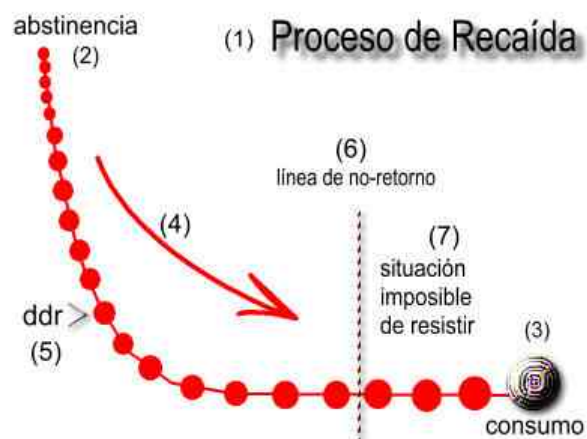
9. ANNEXOS

SESIÓN 1

La caída o desliz es un solo consumo una sola vez en el tiempo sin que se vuelva a repetir. Es un acontecimiento puntual, único y que no implica necesariamente la recaída. Si sabemos identificar que esto ha sucedido y ponemos en marcha todos los recursos para que no suceda mas y volvemos a estar abstinentes, solo hablaríamos de un desliz. Puede servir de aprendizaje para identificar las situaciones de riesgo, que habilidades de afrontamiento no funcionan, los factores de riesgo y señales de alerta... Es importante identificar las creencias irracionales relacionadas con la caída. Se debe tener claro que es normal estar enfadado o sentirse culpable pero se tiene que evitar volver al consumo y es importante entender que no es una tontería. Hay más posibilidades de volver a la abstinencia si se habla con alguien de confianza o se pide ayuda a los profesionales.

La recaída es una situación que puede ocurrir en el camino de la desaparición del problema y no implica un abandono o un fracaso en este proceso. El abandonar una adicción supone la desaparición de comportamientos profundamente arraigados por lo que algunas veces resulta fácil volver a ellos. Según algunos estudios, hay 3 situaciones fundamentales que explican casi la mayoría de las recaídas: estados emocionales negativos (frustración, ira, ansiedad, tristeza...), conflictos interpersonales y presión social (la persona da respuesta a la influencia de otra persona o grupo para que realice una conducta inadecuada). A eso, también se le añade el *craving*, estados físicos negativos... Antes de la recaída se tiene que producir una caída. Hay una frecuencia y recurrencia. Es un proceso, una cadena progresiva de conductas, actitudes y eventos, que se inicia mucho antes de que la persona comience a consumir droga de nuevo.

EL PROCESO DE RECAÍDA



Se define la prevención de recaídas como un programa de autocontrol diseñado para ayudar a los individuos a anticipar y a afrontar los problemas de recaída en el cambio de las conductas adictivas. A medida que la persona puede responder con una respuesta de afrontamiento adecuada y efectiva delante de una situación de riesgo, su periodo de abstinencia se alarga i su percepción de autoeficacia i confianza aumenta.

ACTIVIDAD: CAÍDA O RECAÍDA?

- Alguien que ha dejado de fumar y va a una boda y se fuma tres cigarros
- Un chico que va a una fiesta y vuelve a consumir cocaína. El siguiente fin de semana vuelve a consumirla en otra fiesta. A la siguiente semana la consume en dos ocasiones.
- Una persona que ha estado en tratamiento para alcoholismo y se va un fin de semana con sus amigos y bebe en distintas ocasiones pero cuando vuelve no retoma el consumo.

SESIÓN 2

ACTIVIDAD: VERDADERO O FALSO?

| | | |
|---|---|---|
| La recaída no se puede evitar, es un accidente | V | F |
| “Yo podría tener una recaída” | V | F |
| La recaída ocurre solamente en el momento en el que el paciente consume una droga | V | F |
| La recaída es un indicio de poca motivación | V | F |
| La recaída es un error reversible en el tratamiento | V | F |
| “Yo no tengo miedo a recaer, hace mucho que no consumo y se que no va a pasar, ya estoy curado” | V | F |
| La recaída elimina todo lo que la persona ha conseguido hasta el momento | V | F |
| “Recaí una vez y eso demuestra que no puedo vivir sin las drogas, nunca lo voy a conseguir” | V | F |

1.RECURSOS PARA EL TRATAMIENTO DE LAS DROGODEPENDENCIAS

Centros residenciales (se realiza la derivación des del CAS que es donde regresa el paciente tras el alta)

- Comunidad terapéutica → centros residenciales que buscan conseguir la deshabitación, rehabilitación y reinserción de personas con problemas de drogodependencias.
- Pisos terapéuticos → recursos residenciales y de convivencia que se caracterizan por un régimen abierto. Su objetivo, además del tratamiento de los problemas de drogodependencias, es facilitar la reinserción de la persona en la sociedad.
- Unidades de desintoxicación hospitalarias → Hospital de la Santa Creu y Sant Pau, Hospital Universitari Vall d’Hebron, Hospital de Bellvitge,

Hospital Clínic de Barcelona... Se hace un ingreso voluntario y programado para realizar un tratamiento de desintoxicación.

Centros ambulatorios CAS: son los centros de atención y seguimiento a las drogodependencias. Se establece un programa de tratamiento adaptado a las características del paciente. Acostumbra a ser el más cercano al domicilio habitual. Una vez la persona va al centro, se le da información de los servicios disponibles i se cita con los distintos profesionales. Normalmente, al salir del CP, cada interno esta vinculado a su CAS de referencia.

Unidad dependiente: son unidades situadas fuera del centro penitenciario que dan servicio formativo, laboral y de tratamiento. El objetivo es una reinserción progresiva y integración a la comunidad mediante el seguimiento laboral. La UD que depende del CPQC es Can Cònsol, situada en Mollet del Vallés.

2.REDUCCIÓN DE DAÑOS

Los programas orientados a la reducción de daños pretenden reducir el daño que pueden ocasionar las drogas a la salud de las personas consumidoras. Engloban programas de mantenimiento con metadona, intercambio de jeringuillas, talleres de sexo seguro... Inicialmente estaban más orientados a la prevención del VIH i SIDA pero actualmente incluyen actividades de prevención de accidentes de tráfico por consumo, actuaciones de disminución de riesgos... En la provincia de Barcelona hay algunos centros de intervención mínima que se encargan de tener espacios para consumir de manera segura, realizan talleres para hablar de las sobredosis, intentan fomentar el cambio de sustancia inyectada a inhalada... Esta tarea sería por ejemplo la que se realiza en el área de reducción de daños del CAS Lluís Companys. También hay la ASAUPAM (associació de suport a les persones amb problemas de drogues) donde se encargan de repartir materiales educativos sobre distintas sustancias en espacios donde se sabe que hay mucha población que consume y el grupo “energy control” que se dedican al análisis de las sustancias para analizar la calidad de estas y hacer unas orientaciones de consumo.

| COSTES | BENEFICIOS |
|--------|------------|
| | |

SESIÓN 3

1. SEÑALES DE RECAÍDA

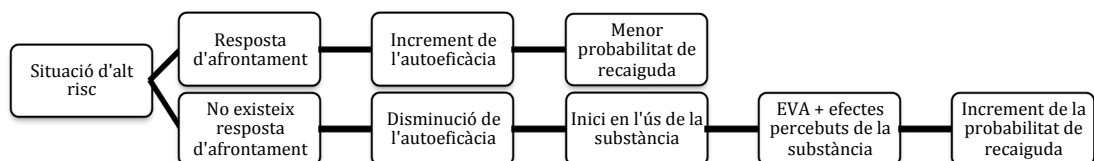
Las señales de aviso de recaída son aquellos indicadores que avisan de un estancamiento o inicio de una recaída en el consumo. Es importante tener claras las propias señales para reconocerlas uno mismo y comunicarlas a la gente del alrededor para poder abordarlas en cuanto surjan.

2. SITUACIONES DE ALTO RIESGO DE RECAÍDA

Estas situaciones son cualquier situación, incluyendo las reacciones emocionales de la situación, que representa una amenaza para la sensación de control de la persona y aumenta el riesgo de recaída. Hay 3 situaciones que se determinan de alto riesgo: estados emocionales negativos (la persona siente rabia, ansiedad, aburrimiento...), conflictos interpersonales (discusiones con cualquier persona de su alrededor como pareja, amigos...) y presión social (situación donde una persona actúa por la influencia de otra).

3. AUTOEFICACIA

La autoeficacia es el grado en que una persona se siente segura y capaz de realizar algo y normalmente es un buen predictor de los resultados del tratamiento en adicciones. Tal como se expone en el gráfico, si una persona supera de manera eficaz una situación que había considerado de alto riesgo, aumentará la percepción de autocontrol y reducirá la probabilidad de recaída porque la persona tendrá la creencia de que tiene capacidad de afrontar la siguiente situación de alto riesgo. A más tiempo de abstinencia i más situaciones de riesgo afrontadas, más autoeficacia sentirá la persona i más se reducirá el riesgo de recaída.



ACTIVIDAD: MIS SEÑALES DE RECAÍDA

Marca aquellas 5 señales de aviso de recaída con las que te puedas identificar más.

- Discutirte con los demás con más frecuencia
- Descuidar el plan de recuperación no asistiendo a reuniones, faltando a visitas...
- Pararte en un bar en busca de gente con quien divertirte o hablar después de haber estado abstinente
- Estar a la defensiva al hablar del tema de la recuperación
- Tener relaciones sociales con antiguos amigos consumidores
- Incremento de síntomas de estrés: fumar más cigarrillos, tomar más café, comer en exceso...
- Tener problemas para dormir
- Sentirte deprimido o desanimado no relacionado sin estar relacionado con nada que haya pasado
- Sentimientos de ansiedad que no están relacionados con ningún acontecimiento
- Sentirte excesivamente entusiasmado de cómo te están yendo las cosas
- Decirte a ti mismo que ya has estado mucho tiempo abstinente, que te mereces o que puedes tomar alguna droga y no pasa nada.
- Pensar que tu problema ya está “curado”
- Convencerte del hecho que tomar otra droga de la que consumías habitualmente no afectará a tu recuperación (ej. Dejar de usar cocaína para incrementar el consumo de cannabis)
- Volver al pensamiento obsesivo con respeto al uso de sustancias
- Aislamiento o pérdida de contacto con otras personas
- Incremento de irritabilidad
- Restar importancia a lo que pueda suceder
- Estar pesimista acerca de la vida y de cómo van las cosas

OTRAS:

ACTIVIDAD: MIS SITUACIONES DE ALTO RIESGO DE RECAÍDA

Piensa en tres situaciones de alto riesgo de recaída. Explica para cada situación de riesgo, de la forma más detallada posible, por qué la consideras una situación de riesgo y cuál es el nivel de riesgo que supone para ti.

SITUACIÓN 1

.....
.....
.....
.....
.....

Nivel de riesgo:

SITUACIÓN 2

.....
.....
.....
.....
.....

Nivel de riesgo:

SITUACIÓN 3

.....
.....
.....
.....
.....

Nivel de riesgo:

SESIÓN 4

1. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

El afrontamiento se define como la forma de respuesta individualizada a una situación externa o interna. El hecho de no tener habilidades de afrontamiento delante una situación de alto riesgo es algo que puede provocar la reaparición de la conducta adictiva. Por lo tanto, el saber como afrontar una situación es muy importante para seguir manteniendo la abstinencia.

2. AUTOINSTRUCCIONES Y DISTRACCIONES

Son las verbalizaciones de palabras que sugieren al paciente qué es lo que debe hacer o sentir, realizadas por él mismo, para así guiar su propia conducta. Estas, ayudan a la persona a cambiar su dialogo interno y así ayudar a afrontar una determinada tarea, acontecimiento o situación.

Las distracciones pueden ser útiles cuando la persona tiene una elevada necesidad de consumo, dado que así pone la atención en otras cosas que no son la sustancia. Pueden ser cognitivas, es decir, imaginarnos cualquier cosa que nos haga felices como un viaje, una cena con alguien especial... o motoras, dependiendo de las preferencias de la persona, irse del sitio dónde está y dar vueltas, hacer flexiones...

ACTIVIDAD: ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Recupera las tres situaciones de alto riesgo que analizaste en la sesión anterior. Plantea 5 posibles estrategias de afrontamiento adaptadas. Después, ordénalas jerárquicamente según las que creas que pueden ser más viables y adaptativas para resolver la situación de alto riesgo y evitar la recaída.

| Situación de alto riesgo: | |
|------------------------------------|------------------|
| Estrategia de afrontamiento | Jerarquía |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

| Situación de alto riesgo: | |
|------------------------------------|------------------|
| Estrategia de afrontamiento | Jerarquía |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

| Situación de alto riesgo: | |
|------------------------------------|------------------|
| Estrategia de afrontamiento | Jerarquía |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

SESIÓN 5

ACTIVIDAD: SABES CUANTO VALES EN REALIDAD?

Lee la siguiente historia y comenta con tus compañeros la moraleja de esta.

Alfredo, con el rostro abatido de pesar se reúne con su amiga Marisa en un bar a tomar un café.

Deprimido descargó en ella sus angustias...que el trabajo, que el dinero, que la relación con su pareja, que su vocación...todo parecía estar mal en su vida. Marisa introdujo la mano en su cartera, sacó un billete de 50 dólares y le dijo:

- ¿Alfredo, quieres este billete?

Alfredo, un poco confundido al principio, inmediatamente le dijo:

- Claro Marisa...son 50 dólares, ¿quién no los querría?

Entonces Marisa tomó el billete en uno de sus puños y lo arrugó hasta hacerlo un pequeño bollo. Mostrando la estrujada pelotita verde a Alfredo volvió a preguntarle:

- ¿Y ahora igual lo quieres?
- Marisa, no sé qué pretendes con esto, pero siguen siendo 50 dólares, claro que los tomaré si me lo entregas.

Entonces Marisa desdobló el arrugado billete, lo tiró al piso y lo restregó con su pie en el suelo, levantándolo luego sucio y marcado.

- ¿Lo sigues queriendo?
- Mira Marisa, sigo sin entender que pretendes, pero ese es un billete de 50 dólares y mientras no lo rompas conserva su valor...
- Entonces Alfredo, debes saber que aunque a veces algo no salga como quieres, aunque la vida te arrugue o pisotee, **SIGUES** siendo tan valioso como siempre lo hayas sido...lo que debes preguntarte es cuanto vales en realidad y no lo golpeado que puedas estar en un momento determinado.

Alfredo se quedó mirando a Marisa sin decir palabra alguna mientras el impacto del mensaje penetraba profundamente en su cerebro.

Marisa puso el arrugado billete de su lado en la mesa y con una sonrisa cómplice agregó:

- Toma, guárdalo para que te recuerdes de esto cuando te sientas mal...pero me debes un billete nuevo de 50 dólares para poder usar con el próximo amigo que lo necesite!

1.LA AUTOESTIMA

Es la autovaloración positiva de uno mismo, relacionada con el conjunto de percepciones sobre nosotros mismos. Se puede desarrollar y modificar al largo de la trayectoria vital de cada persona. En esta autoestima, hay distintas áreas como el autoconcepto personal, el familiar, el social... Esta, influye en como interactuamos con el mundo, como afrontamos una situación entre muchas otras cosas.

2.LOS FACTORES PROTECTORES

Se definen como los recursos personales y sociales que disminuyen o inhiben la probabilidad de consumo de sustancias. Según la etapa de la vida en la que está la persona, hay algunos factores protectores que pueden ser más poderosos que otros. Acostumbran a ser atributos individuales, condición situacional, ambiente o contexto lo que reduce la probabilidad de consumo.

ACTIVIDAD: MIS FACTORES PROTECTORES

Anota aquellos factores protectores que crees que te pueden ayudar a mantener la abstinencia y evitar la recaída:

- | | |
|---|---|
| - | - |
| - | - |
| - | - |
| - | - |
| - | - |
| - | - |
| - | - |
| - | - |

SESIÓN 6

1.¿CÓMO ACTUAR DELANTE DE UN CONFLICTO?

Es importante entender que un conflicto es un desencuentro, que no tiene por qué ser una confrontación y si es así, es porque nos equivocamos pensando en la respuesta agresiva que le damos. Tampoco es una situación que se debe inhibir. Es importante normalizar la aparición de conflictos con las personas del alrededor, lo que es relevante es como los tratamos estos problemas que surgen y cual es la solución que consideramos.

2.FASES DE LA RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Hubo dos autores que crearon una teoría con pasos bien definidos para dar solución a los problemas. Parte de la base de que las persona tendemos a evitar el afrontamiento de los problemas y se quiere conseguir integrar esos pasos para verlos como algo más de la vida diaria i de esa manera, cambiar como vivimos los problemas. Hay 5 etapas:

- Orientación al problema: se pretende que la persona vea que los problemas forman parte de la vida y es importante que los identifique, valore como los afronta, como los percibe...
- Definición y formulación del problema: se trata de que la persona haga una lista de problemas i escoja uno. De esa manera, aborde la importancia que tiene para él i sobretodo definirlo de manera clara.
- Generación de alternativas: la persona tiene que generar tantas soluciones y que sean tan variadas como sea posible. Es importante que no se juzgue esas ideas, simplemente escribir cuantas más mejor para luego valorarlas.
- Toma de decisión: la persona tiene que juzgar y valorar las consecuencias de cada una de las alternativas, valorando todas las posibilidades. Se les puede poner una nota para así finalmente elegir la que tiene la puntuación superior y así preparar el plan.
- Implantación y verificación de la situación: se pone en marcha el plan y se valora si funciona la solución, si se debe ajustar, cambiar...

EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

| TEMÁTICA DE LA SESIÓN | VALORACIÓN DE LA UTILIDAD | | |
|---|---------------------------|---|---|
| 1. Que es la prevención de recaídas? | 0 | 1 | 2 |
| 2. La recaída | 0 | 1 | 2 |
| 3. Factores y situaciones de alto riesgo de recaída | 0 | 1 | 2 |
| 4. Afrontamiento de las situaciones de alto riesgo | 0 | 1 | 2 |
| 5. Autoestima | 0 | 1 | 2 |
| 6. Resolución de problemas | 0 | 1 | 2 |

Observaciones: