

## Los tratamientos psicológicos grupales: una herramienta terapéutica para el cambio en personas con adicción a sustancias

### Group psychological treatments: a therapeutic tool for change in people with substance addiction

Rosa Sierra Serrano<sup>1</sup>, Carmina Palau Muñoz<sup>2</sup>, Teresa Orengo Caus<sup>1</sup> y Amparo Sánchez Mañez<sup>3</sup>

<sup>1</sup>UCA Padre Porta. Departamento València Clínico-Malvarrosa. Generalitat Valenciana. España

<sup>2</sup>UCA La Coma-Paterna. Departamento València Arnau de Villanova-Llíria. Generalitat Valenciana. España

<sup>3</sup>Unidad de Alcoholología . Departamento Valencia La Fe. Generalitat Valenciana. España

ORCID Teresa Orengo Caus: <https://orcid.org/0009-0004-8403-9187>

ORCID Amparo Sánchez Mañez: <https://orcid.org/0000-0003-4708-1090>

Recibido: 04/09/2025 · Aceptado: 10/12/2025

Cómo citar este artículo/citation: Sierra Serrano, R., Palau Muñoz, C., Orengo Caus, T. y Sánchez Mañez, A. (2025). Los tratamientos psicológicos grupales: una herramienta terapéutica para el cambio en personas con adicción a sustancias. *Revista Española de Drogodependencias*, 50(4), 85-103. <https://doi.org/10.54108/10125>

#### Resumen

En este artículo, describiremos dos experiencias de tratamiento psicológico grupal (Matrix y Marlat y Gordon) llevadas a cabo en sendas Unidades de Conductas Adictivas de la red pública de adicciones de la Comunidad Valenciana. Ambas unidades comparten características comunes, como el personal que forma el equipo terapéutico, y ambas disponen de la infraestructura necesaria y adecuada para llevar a cabo este tipo de tratamientos.

En el contexto de las adicciones, las intervenciones psicológicas grupales son una herramienta terapéutica muy poderosa en los procesos de cambio. Se revisan en el texto los componentes psicológicos fundamentales de las terapias de grupo en general y de los modelos que se presentan en particular. Se considera el uso simultáneo de los grupos con las intervenciones individuales y los tratamientos farmacológicos como la opción óptima de tratamiento multicomponente. Nuestra revisión pretende refrendar y recomendar el desarrollo y aplicación de las terapias grupales en todas las Unidades de Conductas Adictivas.

#### Palabras clave

Terapia grupal, tratamiento psicológico, prevención de recaídas, procesos de cambio, deshabituación.

— Correspondencia:  
Rosa Sierra Serrano  
Email: [sierra\\_ros@gva.es](mailto:sierra_ros@gva.es)



## Abstract

In this article, we will describe two group psychological treatment experiences (Matrix and Marlatt and Gordon) carried out in Addictive Behavior Units within the public addiction network of the Valencian Community. Both units share common characteristics, such as the staff that makes up the therapeutic team, and both have the necessary and adequate infrastructure to carry out this type of treatment.

In the context of addictions, group psychological interventions are a very powerful therapeutic tool in change processes. The text reviews the fundamental psychological components of group therapies in general and the models presented in particular. The simultaneous use of groups with individual interventions and pharmacological treatments is considered the optimal multicomponent treatment option. Our review aims to endorse and recommend the development and application of group therapies in all Addictive Behavior Units.

## Keywords

Group therapy, psychological treatment, relapse prevention, change processes, withdrawal.

## INTRODUCCIÓN

Las intervenciones psicológicas grupales tienen una larga tradición en el tratamiento de las adicciones. Los grupos influyen en la conducta de sus miembros de varias maneras, que van desde el apoyo social en sus múltiples niveles de interacción, hasta el aprendizaje vicario, el cual es especialmente relevante en el proceso de rehabilitación de personas con adicción.

El entorno grupal para el tratamiento de las adicciones proporciona un contexto único que influye en la conducta de sus participantes. Como afirman Yalom y Leszcz (2020): *“La terapia de grupo es la única terapia que ofrece a los/las clientes la oportunidad de beneficiar a los demás. Además, fomenta la versatilidad del rol, solicitando a los clientes que cambien entre los papeles de receptores y proveedores de ayuda”*.

Las terapias grupales han demostrado ser muy eficaces en el tratamiento de las adicciones. La experiencia interactiva entre los miembros del grupo es el principal vehículo de aprendizaje (MacKenzie, 1994). Las tasas de abstinencia son más altas entre las personas que participan en terapias de grupo. Esto se debe a que el tratamiento grupal reduce la tendencia al abandono, mejora la percepción de autoeficacia en la identificación con la evolución de los demás (los que consideras tus iguales) y aumenta el insight mediante procesos de identificación con el otro (Pascual et al., 2014). Además, las terapias grupales son intervenciones muy eficientes que economizan tiempo y personal (Markus y King, 2003).

A lo largo de este artículo, describiremos los modelos empíricos en los que se basa la práctica clínica de dos Unidades de Conductas Adictivas (UCA) de la provincia de



Valencia. En ambas UCA, se pusieron en marcha las terapias grupales para personas con adicción a distintas sustancias, siguiendo los principios de tratamiento efectivo y de buenas prácticas propuestos por el NIDA. Este modelo de intervención grupal se ha convertido en un componente esencial de nuestra cartera de servicios.

La UCA de Padre Porta ha estado implementando el Programa de Prevención de Recaídas (PR) de Marlatt y Gordon desde su creación. Por otro lado, la UCA de Paterna-La Coma utiliza el Programa Intensivo para el abandono de psicoestimulantes y alcohol de Rawson y Obert (Matrix).

Los modelos psicológicos empleados en el tratamiento de las adicciones proporcionan un marco conceptual sólido para abordar las necesidades fundamentales de los tratamientos en adicciones. Estos modelos se centran en aumentar la motivación del usuario, reconocer la diversidad psicológica y reducir las recaídas. Es importante destacar que los tratamientos psicológicos forman parte de tratamientos integrales multidisciplinares que pueden incluir intervenciones farmacológicas y sociales. Esta combinación se considera actualmente la estrategia terapéutica más eficaz (Carroll, 2004; NIDA, 2001, 2009).

El Instituto Nacional sobre el Abuso del Alcohol y el Alcoholismo (NIDA) recomendó en 2001 y 2009 varios tratamientos psicológicos para el tratamiento de drogas estimulantes. Uno de estos es el modelo Matrix, que combina terapias psicológicas probadas para tratar eficazmente las adicciones. Desde su creación, la trayectoria empírica del modelo Matrix se ha evaluado y validado repetidamente (Rawson, 2009). El Modelo de

Marlatt y Gordon, desarrollado en 1985, sirve como marco teórico para la prevención de recaídas (PR). Se centra en identificar y gestionar los factores que pueden conducir a una recaída después de iniciar el tratamiento para la adicción. Marlatt y Gordon introducen la idea de que las recaídas no son el final del proceso ni un fracaso, sino parte del camino hacia la recuperación. La recuperación implica trabajar psicológicamente en factores situacionales, cognitivos y emocionales. Tanto el Modelo de Prevención de Recaídas de Marlatt y Gordon como el Modelo Matrix, cuando se aplican en un formato grupal, siguen las recomendaciones de tratamiento eficaz y las mejores prácticas propuestas por el NIDA. Estos modelos abordan todos los principios del NIDA (2001, 2009) (<https://archives.nida.nih.gov/sites/default/files/podat-3rdEd-508-esp.pdf>).

Ambos modelos consideran la adicción como una enfermedad mental crónica que requiere un tratamiento intensivo y multi-componente. Las recaídas se ven como parte del proceso de recuperación y una oportunidad para que los/las pacientes aprendan y se observen a sí mismos.

Los modelos citados incluyen planes de tratamientos individualizados con un enfoque multidisciplinar. Abordan la complejidad de las diversas áreas de la vida de los/las pacientes, como la salud, la familia, el estado emocional y cognitivo y la esfera laboral. No consideran que únicamente la desintoxicación, el primer paso del tratamiento, sea un tratamiento efectivo a largo plazo.

Una fortaleza de ambos modelos es que ofrecen un formato de tratamiento grupal abierto. Las personas pueden comenzar el proceso sin tener que esperar a que con-



cluyan o se inicien nuevos grupos. Esto facilita la disponibilidad y la accesibilidad al tratamiento.

Tanto el modelo de Marlatt y Gordon como el Modelo Matrix tienen una duración superior a 3 meses y un tratamiento de continuación posterior. También son intensivos o de alta frecuencia.

Ambos modelos tienen un carácter multidimensional y permiten la incorporación de tratamientos médico-farmacológicos. También tienen en cuenta, tanto en la evaluación como en la intervención, la coocurrencia y comorbilidad con otros trastornos mentales primarios y/o secundarios al consumo de sustancias.

Tanto el Modelo Matrix como el Modelo de Marlatt y Gordon son eficaces independientemente del origen de la motivación del/la paciente. A lo largo del proceso terapéutico, se realiza un seguimiento voluntario del consumo, ya sea de forma aleatoria o sistemática.

El Modelo Matrix fue desarrollado por Rawson y Obert a principios de la década de 1980 en el sur de California, coincidiendo con la primera oleada de consumidores de cocaína en los Estados Unidos. Inicialmente se le denominó modelo neurobiológico (Rawson, 1986; Rawson, 1989; Rawson, 1990), y su característica distintiva es la integración de la dimensión clínica con la empírica.

Antes de la implementación del Modelo Matrix en España, se llevó a cabo una formación en 2008, dirigida por Zarza y Obert, destinada a profesionales de adicciones que se encargarían de desarrollar y pilotar el modelo en el país. La formación incluía la observación de sesiones reales de terapia y un curso intensivo para supervisores/as clínicos.

El primer estudio piloto del Modelo Matrix en España se realizó en 2009, centrándose en personas con adicción a la cocaína y otras sustancias (Zarza, 2009). Los resultados indicaron que el modelo es fácilmente adaptable y eficaz, en línea con los hallazgos del grupo de investigación de Rawson (Rawson, 2009).

El modelo de prevención de recaídas de Marlatt y Gordon se empezó a aplicar en España en distintas instituciones y centros especializados a principios de los 90, tras la amplia difusión entre los/las profesionales de las estrategias cognitivo-conductuales que propone. En concreto en la UCA Grao Padre Porta, el modelo se utiliza en formato grupal desde que la UCA se abrió en 2001.

## I. MODELO MATRIX

El modelo Matrix se basa en teorías cognitivo-conductuales, técnicas de prevención de recaídas, terapia motivacional, apoyo social y educación paralela tanto para el/la paciente como para su familia. El modelo enfatiza la importancia de la continuidad del tratamiento de la adicción y el contacto frecuente e intensivo.

### A. Componentes psicológicos principales del modelo Matrix

1. **El modelo Matrix enfatiza la importancia de establecer una relación terapéutica positiva, colaboradora y motivadora con el/la paciente.** Se basan en técnicas motivacionales, como la Entrevista Motivacional (EM) desarrollada por Miller y Rollnick (2002), que han demostrado ser beneficiosas durante todo el tratamiento, especialmente en las primeras semanas. Los/as terapeutas deben tratar a los/as pacientes



con el máximo respeto, incluso cuando sus decisiones difieren de las del/la terapeuta, y evitar imponer juicios de valor. Si bien el modelo Matrix promueve un enfoque directivo, alineado con las terapias cognitivo-conductuales, los/as terapeutas también deben mantener un enfoque centrado en el paciente y sus objetivos, que pueden no implicar necesariamente la abstinencia completa. Los/as terapeutas son responsables de mantener una relación positiva y colaboradora tanto con el/la paciente como con su familia. Es crucial evitar confrontar al/la paciente, como señalar sus errores, regañar, destacar sus contradicciones conductuales-cognitivas o utilizar el sarcasmo. Además, los/as terapeutas no deben imponer sus propios objetivos de tratamiento. Un ambiente colaborativo y de aceptación fomenta la honestidad y la comodidad en terapia, mejorando la disposición de las personas a aprender y escuchar. Esto permite al/la paciente establecer sus propios objetivos terapéuticos y aumenta la probabilidad de que asista a las sesiones de seguimiento, lo cual es esencial para maximizar el éxito terapéutico. Dirigirse a los/las pacientes por su nombre propio es altamente recomendable y beneficioso. Los/as pacientes pueden expresar ambivalencia persistente, lo que puede resultar frustrante para los/as terapeutas. Las dificultades en la adherencia al tratamiento y el consumo continuado pueden indicar que se están imponiendo objetivos que el/la paciente no puede o no desea cumplir. En tales casos, es fundamental consensuar u obtener el acuerdo paciente-terapeuta para ajustar los objetivos a niveles más realistas. A medida que se vayan logrando estos objetivos, se pueden introducir gradualmente otros más ambiciosos, lo que se conoce como “ir con la ola” en el lenguaje motivacional.

## **2. Desarrollo de una organización explícita y expectativas realistas:**

la organización y estructura son elementos cruciales de cualquier programa de tratamiento ambulatorio eficaz. La implicación activa del/la paciente es fundamental para crear un horario, planificar y definir las actividades que se llevarán a cabo dentro y fuera del centro. Estas actividades incluyen la asistencia a las terapias (individuales, familiares y grupales), la participación en grupos de autoayuda y la implementación de estrategias para minimizar el contacto con situaciones de alto riesgo que pueden desencadenar recaídas (pensamiento-planificación, conductas de acercamiento y consumo). El objetivo es establecer una rutina que minimice el estrés y contraste con la falta de estructura y el caos que caracterizan la vida cotidiana de las personas con adicción. Este aspecto se desarrolla en las sesiones del grupo de habilidades de recuperación temprana. La planificación se lleva a cabo en agendas diseñadas específicamente para los/as pacientes. La estructura que se implementa durante los primeros cuatro meses de tratamiento intensivo ayuda a definir un “mapa del proceso de recuperación” con distintas fases por las que el/la paciente espera pasar. Esto les ayuda a desarrollar expectativas más claras y realistas sobre lo que pueden esperar y cómo se sentirán durante el proceso.

## **3. Enseñanza psicoeducativa a pacientes y familiares:**

un componente fundamental del modelo es la educación de los/as pacientes sobre la neurobiología de las adicciones y los procedimientos de condicionamiento relacionados con el consumo de sustancias (Obert, London y Rawson, 2002). La información precisa, actuali-



zada y simplificada ayuda a los/as pacientes y familiares a comprender la adicción como una enfermedad mental crónica. Esto les permite predecir cambios en sus procesos cognitivos y emocionales, así como en sus relaciones sociales a lo largo del proceso de recuperación. Este proceso educativo también ayuda a normalizar tanto los síntomas, como la abstinencia temprana y prolongada, y los problemas emocionales y cognitivos. Además, proporciona las técnicas necesarias para manejar estos síntomas. Si bien la educación en terapia es una práctica común, la característica distintiva de este modelo es el entrenamiento que ayuda a los/as pacientes a comprender sus sentimientos y comportamientos a medida que experimentan los cambios químicos y cerebrales que surgen a lo largo de las diferentes fases de la recuperación.

**4. El modelo se basa en teorías cognitivo-conductuales** y su aplicación práctica dentro y fuera de las sesiones. Trabajos como los de Marlatt y Gordon (1985), Carroll y colaboradores (1991, 1994a, 1994b) y otros han contribuido significativamente al contenido y las actividades de tratamiento grupal del modelo Matrix. La terapia cognitivo-conductual enseña a los/as pacientes a auto observarse y a utilizar técnicas para la prevención de recaídas. Cada sesión de Matrix tiene un tema específico diseñado en función de la fase de tratamiento del/la paciente (por ejemplo, disparadores externos e internos). Los/as pacientes reciben material de trabajo en cada sesión. Los temas se introducen con una breve explicación del/la terapeuta, lectura de los materiales, realización de los ejercicios propuestos y puesta en común grupal.

**5. Refuerzo positivo de conductas deseables:** las técnicas de Manejo de Contingencias (MC) han demostrado su eficacia en múltiples estudios científicos rigurosos (Petry, 2000; Roll, et al., 2006) para moldear y reforzar conductas de abstinencia y prácticas en pro de los objetivos de la terapia. El modelo Matrix incorpora estrategias de MC como parte esencial del tratamiento de estimulantes (Rawson et al., 2006; Roll et al., 2006). El refuerzo positivo también puede aplicarse a través de verbalizaciones positivas por acudir a terapia, obtener resultados negativos en pruebas de orina y alcoholímetro, utilizar las técnicas fuera de sesión, terminar las tareas y participar activamente en grupo.

**6. Educación familiar:** el modelo implica activamente a la familia en el programa de tratamiento. La familia incluye a allegados, pareja y amistades íntimas del/la paciente que forman parte significativa de su vida cotidiana. La implicación activa de la familia ha demostrado mejorar la retención al tratamiento y la estabilización del/la paciente. La educación familiar permite a los familiares comprender mejor el proceso de recuperación del paciente, las dificultades que puede encontrar y cómo pueden ayudarle durante el proceso.

**7. Participación en grupos de autoayuda:** en Estados Unidos, los grupos de los 12 pasos, como Alcohólicos Anónimos (AA), son bastante populares. Estudios recientes han demostrado la eficacia de estos grupos para mantener la abstinencia (Humphreys et al., 2004). Sin embargo, en países como España, estos programas no son tan aceptados, lo que puede generar resistencia. Los/as terapeutas no deben presionar demasiado a los pacientes para que asistan



a estos grupos, ya que la asistencia es voluntaria. En nuestro caso, enfrentamos desafíos para que los/as pacientes asistieran a AA. Sin embargo, después de establecer el Grupo de Asesoramiento Emocional (ASE) en Paterna, liderado por el Equipo Terapéutico de la UCA y formado por pacientes recuperados/as, logramos mejorar la asistencia y la adherencia.

### 8. Monitorización semanal del consumo de sustancias:

los análisis de orina y la alcoholimetría en aire espirado son los métodos más fiables para monitorear el consumo de sustancias. Estos no se utilizan como herramientas de control o vigilancia, sino como técnicas para ayudar a los/as pacientes a mantenerse abstinentes. Los resultados negativos refuerzan la abstinencia, mientras que los resultados positivos brindan una oportunidad para que el/la paciente y el/la terapeuta analicen los factores que llevaron a la recaída. Es importante explicar a los/as pacientes desde el principio que estas pruebas se realizan a todos los participantes como parte de un procedimiento estándar. El objetivo es recompensar los resultados negativos (abstinencia) y ayudar a los/as pacientes a comprender las recaídas si ocurren. Además, los resultados negativos pueden ser beneficiosos para las familias, ya que brindan evidencia tangible del progreso del tratamiento.

## B. Estructura de las sesiones

El modelo sigue las tendencias actuales en el tratamiento psicológico de las adicciones (Rawson et al., 1990; Rawson et al., 1991) y está estructurado en los siguientes componentes (Tabla 1):

Las sesiones individuales varían según la versión de Matrix. En la versión de Hazelden (tanto en inglés como en español), hay diez sesiones, siete individuales y tres familiares. Los temas incluyen el consumo de alcohol y/u otras drogas, los síntomas de abstinencia, las emociones y cogniciones, la conducta sexual y la recuperación. También se evalúa el progreso del/la paciente en la aplicación de técnicas cognitivo-conductuales y se realiza un repaso de su estado en varios ámbitos de su vida.

1. **Las sesiones familiares-conjuntas** implican trabajar con el/la paciente, su familia, pareja y/o amistades íntimas en sesiones individuales. Estas se centran en discutir formas de apoyo, como la creación de un listado de ayudas. Estas tres sesiones se llevan a cabo a lo largo del tratamiento en tres fases, ya que las metas y objetivos evolucionan. Además, se proporcionan pautas de actuación a la familia.
2. **El grupo psicoeducativo ofrece** 12 sesiones a lo largo de 16 semanas de tratamiento. Pacientes y familiares participan en estas sesiones grupales de formación. La información se transmite a través de presentaciones orales, material gráfico y escrito. Los temas incluyen la neurobiología de las adicciones, el condicionamiento, los efectos médicos y psicológicos del consumo, la adicción y la familia, los disparadores y las ansias, y las etapas de la recuperación.
3. **Los grupos de habilidades de recuperación temprana constan** de ocho sesiones de una hora de duración, dos por semana, durante el primer mes de tratamiento. Estas enseñan habilidades de afrontamiento cognitivo, como la pa-



**Tabla 1.** Tipo y número de sesiones a lo largo del tratamiento intensivo (0-4 meses) y de continuación

Fase del tratamiento Matrix	Tipo de sesiones	Nº de sesiones mínimas	TOTAL
<b>Tratamiento intensivo</b> 0-4 meses	Sesiones individuales	7	58
	Sesiones paciente-familia	3	
	Sesiones grupales (fase de habilidades de recuperación temprana)	8	
	Sesiones grupales (fase de prevención de recaídas)	32	
	Sesiones educativas grupales familia y pacientes	12	
	Sesiones externas (grupos ASE, AVEX, AA)	2 x semana	32
	Sesiones de análisis de recaída (individuales)	abiertas	abiertas
	Análisis de orina Alcoholimetría	Semanal (aleatorio)	16
<b>Tratamiento de continuación</b> (tiempo indefinido) Mes 4 en adelante	Sesión grupal de apoyo social	1 x semana	
	Sesiones individuales Sesiones paciente y familia	abiertas	abiertas
	Sesiones externas (grupos AA, terapia ocupacional, etc.)	abiertas	
	Sesiones de análisis de recaída (individuales)	abiertas	abiertas
	Análisis de orina Alcoholimetría	Semanal (aleatorio)	abiertas

rada de pensamiento y la inoculación de estrés, y habilidades conductuales, como el control de estímulos y las actividades alternativas, para ayudar a los pacientes a mantener su sobriedad inicial. El formato estructurado incluye educación por parte del/la terapeuta y ejercicios para que los/as pacientes comprendan y reconozcan su adicción y patrones adictivos.

**4. Los grupos de Prevención de Recaídas constan** de 32 sesiones de una hora y media, basadas en la literatura sobre prevención de recaídas y adapta-

das al consumo de estimulantes y otras sustancias. Cada sesión se divide en tres partes: 1) evaluar los acontecimientos recientes, 2) revisar las planificaciones de los calendarios semanales para la mejora de estos y detectar posibles desencadenantes de un consumo, y 3) leer el tema correspondiente, complementado con ejercicios y debates. El análisis de recaídas es un ejercicio de reflexión y estudio de los factores (disparadores externos e internos, refuerzos...) que han llevado a la situación de recaída.



5. **Grupo de apoyo social.** Tras el tratamiento intensivo de cuatro meses, los/as pacientes pueden unirse a un grupo semanal de apoyo social. Este grupo ayuda a mantener conexiones que apoyan la recuperación continua. Este grupo, parte de la segunda fase del tratamiento, consta de 36 sesiones de una hora y media de duración, que pueden extenderse según sea necesario. La Tabla 1 muestra la distribución temporal y los componentes principales y sesiones del modelo.

### C. Aplicación del modelo en una unidad de conductas adictivas

El modelo se implementó por primera vez en la red de adicciones pública en la Unidad de Conductas Adictivas de Paterna, perteneciente al departamento de Salud Valencia Arnau de Vilanova Liria, en el año 2010.

El equipo que lideró la aplicabilidad inicial del modelo en España, específicamente en la Comunidad Valenciana (Zarza, Perelló, Palau, Cortell y Sánchez), identificó varios aspectos clave del modelo que consideraron importantes para su aplicación en su región, como la existencia de una estructura explícita, materiales de trabajo detallados (sesiones, videos, cuadernos para pacientes y terapeutas), y un estricto control de la formación de los terapeutas, que incluía supervisión y evaluación de la fidelidad al modelo.

El equipo mencionado anteriormente validó el modelo en un entorno de atención médica privada. Tras obtener resultados positivos, el equipo terapéutico de la UCA de Paterna-La Coma decidió adaptar el modelo Matrix para su uso en la red pública de adicciones. En 2010, lo incorporaron a su cartera de servicios.

En esta Unidad, los/as pacientes incluidos en Matrix recibieron información detallada y completa sobre las características del programa por parte de la psicóloga. Se enfatizaron las fortalezas del modelo y se motivó de forma positiva la participación en el mismo. Se recomienda dedicar el tiempo necesario a esta tarea de motivación previa al inicio del programa.

La estructura temporal y el número de sesiones se adaptaron a la realidad clínica, a las características socio-demográficas y al equipo terapéutico disponible, basándose en los resultados de la aplicabilidad y validación del modelo original de Rawson y Obert en población española (Zarza, 2009). Cabe destacar que el equipo terapéutico de la UCA de Paterna formó parte de las primeras sesiones piloto del modelo Matrix en España.

La estructura final del modelo se organizó de forma que las sesiones grupales se celebran un día a la semana, durante una tarde completa, con una duración de 6-7 horas. Durante esta jornada se desarrollan las siguientes sesiones de forma correlativa:

Cuatro sesiones de *Habilidades de Recuperación Temprana* que proporcionan a los/as pacientes una orientación detallada sobre los pasos necesarios para frenar el consumo y adquirir estrategias para iniciar el proceso de deshabitación. Estas sesiones grupales de una hora y media de duración están diseñadas exclusivamente para pacientes.

Doce sesiones de *Psicoeducación Familiar* involucran a paciente y familia o allegados en el aprendizaje sobre la enfermedad adictiva, sus características y el proceso de



recuperación. Estas sesiones fomentan un lenguaje común para comprender las fases de la adicción y las etapas de la recuperación. Los/as pacientes se empoderan al obtener conocimientos sobre los aspectos neurobiológicos de la enfermedad y de los cambios conductuales durante el consumo activo, la desintoxicación y la deshabitación. La participación de las familias en estas sesiones de una hora y media de duración les permite desculpabilizarse y convertirse en coterapeutas valiosos, facilitando la recuperación.

La última parte de la tarde se dedica a las sesiones de *Prevención de Recaídas*, donde se abordan varios aspectos relacionados con la identificación, anticipación y manejo de situaciones de alto riesgo para el consumo. Estas sesiones semanales, de dos horas, proporcionan un espacio seguro y sin prejuicios para conversaciones abiertas. A través de la identificación con los miembros del grupo, los/as pacientes participan en procesos de cambio. Si bien la abstinencia es un objetivo primordial, garantizar la asistencia a la siguiente sesión es crucial. Esto se logra brindando apoyo, motivación y retroalimentación honesta y realista. La gestión eficaz del tiempo garantiza la participación activa de todos los miembros del grupo.

Los grupos terapéuticos se desarrollan en modalidad abierta. Tras las cuatro sesiones de recuperación temprana y las doce de psicoeducación familiar, éstas se repiten hasta completar las treinta y dos sesiones de prevención de recaídas. Esto evita la lista de espera y permite la inclusión en la terapia grupal en cualquier momento del proceso terapéutico.

## 2. MODELO DE PREVENCIÓN DE RECAÍDAS DE MARLATTY GORDON

Las intervenciones psicológicas grupales cuentan con una larga tradición en el tratamiento de las adicciones. En el modelo terapéutico desde el que trabajamos en nuestras UCA, han constituido una herramienta fundamental desde la creación del servicio. El contexto grupal sirve de base para influir en la conducta de sus miembros a través de múltiples niveles de interacción, algo imposible en un tratamiento individual. En el grupo se pueden simular experiencias de la vida real en un entorno seguro, con retroalimentación de los propios miembros. De esta manera, el grupo siempre es más que la suma de sus partes.

Irvin D. Yalom se refería a los **Factores Terapéuticos Grupales** (Yalom, 1996) para describir aquellos elementos que ocurren en la terapia de grupo por la intervención del/la terapeuta, del/la paciente o de ambos, y que contribuyen a la mejoría de los/as pacientes. Entre estos factores, destacan, según este autor, la capacidad del grupo para influir en la esperanza, su universalidad y el aprendizaje vicario. Otros factores relevantes en el poder terapéutico del grupo son la explicitación (poder nombrar lo que ocurre), la validación (ser visto), la imagen positiva del cambio, el contraste de creencias, el apoyo mutuo y el grupo como fuente de compromiso.

El modelo de Prevención de Recaídas (PR), creado por G. Alan Marlatt y Judith Gordon en la década de 1980, y que se enmarca dentro de los enfoques cognitivo-conductuales en Psicología, supuso un cambio con-



ceptual respecto a las intervenciones que se venían llevando a cabo en el tratamiento de las adicciones y ha sido uno de los más ampliamente utilizados desde entonces (Larimer, Palmer y Marlatt, 1999). Los modelos tradicionales de tratamiento psicológico en adicciones que predominaban hasta la década de los 90 se basaban en intervenciones conductuales sobre todo mediante estímulos aversivos, el fomento de la culpa y la “fuerza de voluntad” como motor intrínseco de cambio; además se primaba la desintoxicación y la abstinencia como punto final del proceso. El cambio de paradigma significó centrarse en la prevención de recaídas mediante el autoconocimiento y el autocuidado, desculpabilizando al/la paciente, a la vez que se trabaja en su autoconcepto para mejorar su autoeficacia. Esta conceptualización facilitó que muchas personas que trabajaban en servicios de adicciones se formaran y empezaran a aplicar el modelo, dado lo atractivo y eficiente de su contenido y la alta tasa de abandonos que se producían en el modelo anterior.

El enfoque terapéutico fundamental del modelo de Marlatt y Gordon se centra en el aprendizaje de estrategias de afrontamiento, con el objetivo de ayudar a las personas a manejar situaciones que puedan desencadenar el riesgo de consumo. Esto incluye el aprendizaje en gestión emocional, partiendo de la premisa de que las emociones son uno de los principales detonantes del deseo de consumir. Dicho aprendizaje implica un cambio de estilo de vida, incluyendo el entorno, las relaciones interpersonales, las creencias sobre sí mismo, los demás y el mundo. Un afrontamiento adecuado mejora la probabilidad de éxito a largo plazo en el mantenimiento de la abstinencia. Los

cambios en el estilo de vida también contribuirán a reducir el riesgo de recaída. Se trata, por lo tanto, de aprender a identificar los detonantes, desarrollar estrategias de afrontamiento y favorecer la reconstrucción de una red de apoyo social, estableciendo siempre metas realistas.

El modelo de Prevención de Recaídas sostiene que la probabilidad de recaer aumenta si las personas tienen un repertorio deficitario de habilidades de afrontamiento o confían poco en su capacidad para hacerlo, es decir, poseen una baja percepción de autoeficacia (Marlatt y Gordon, 1985).

En palabras de Marlatt: *“El trabajo en prevención de recaídas exige la implicación del/la paciente como coterapeuta”*. En este sentido, será imprescindible que el/la paciente asuma las responsabilidades necesarias para llevar a cabo los cambios. La tarea del/la terapeuta será transmitir la necesidad de corresponsabilidad en el tratamiento mediante intervenciones motivacionales y el trabajo en autoconcepto. La recuperación de las adicciones se convierte así en una tarea de aprendizaje programado que implica la adquisición de nuevas habilidades y, en general, la mejora de la autoeficacia.

## A. Componentes psicológicos del modelo

El modelo de Marlatt y Gordon propone tres fases en el proceso de recuperación:

1. Adquisición de compromiso y motivación para el cambio (para ello será imprescindible tener presente las intervenciones motivacionales).
- 2.. Instauración del cambio, lo que implicará el aprendizaje de estrategias de auto-



control, tanto cognitivas como emocionales y conductuales.

3. Mantenimiento del cambio, que derivará de cambios en el estilo de vida, para lo que será necesario seguir el trabajo psicológico especialmente en autoconcepto, incidiendo sobre todo en lo referido a la percepción de autoeficacia y el autoconocimiento.

Conceptualmente, el modelo se puede resumir de la siguiente manera:

- Es una intervención cognitivo-conductual que tiene como objetivo fundamental que las personas sean conscientes de los pensamientos disfuncionales que intervienen en la adicción. Incluye reestructuración cognitiva y manejo de habilidades de afrontamiento como estrategias de recuperación.
- La recaída se conceptualiza como un proceso, no como un evento, y como parte del proceso de deshabituación. Puede considerarse una oportunidad de aprendizaje.
- La recaída ocurre cuando una persona se expone a una situación de riesgo y no puede utilizar habilidades de afrontamiento para mantener la abstinencia. Por el contrario, un afrontamiento adecuado genera expectativas positivas y aumenta la percepción de autoeficacia, lo que influye en el mantenimiento de la abstinencia (Marlatt, 1993; Marlatt y Gordon, 1985).
- Los factores de riesgo para la recaída pueden ser situacionales, emocionales o cognitivos, o una combinación de ellos. La recaída es más probable en situaciones de alto riesgo.
- Los autores identifican dos categorías de alto riesgo: factores intrapersonales (aliviar estados emocionales o fisiológicos negativos, potenciar estados emocionales positivos, sobrevalorar la capacidad de control) y factores interpersonales (conflictos interpersonales, presión social) (Marlatt, 1983). Los estados emocionales negativos, el conflicto interpersonal y la presión social se asocian con mayores porcentajes de recaídas (Cummings, Gordon y Marlatt, 1980).
- La importancia fundamental de la percepción de autoeficacia, que es la creencia de una persona en su capacidad para organizar y ejecutar las acciones necesarias para alcanzar los logros deseados en situaciones específicas (Bandura, 1977) y es crucial para afrontar situaciones, emociones y evitar las recaídas. Una baja percepción de autoeficacia es un factor de riesgo para la recaída (Marlatt y Gordon, 1985).
- El aprendizaje se centra en reconocer los indicios tempranos de recaída y tomar medidas. Esto implica identificar desencadenantes o disparadores externos e internos y desarrollar estrategias de prevención y manejo para ellos y para el craving (deseo de consumir) subsiguiente. La recaída puede evitarse manejando correctamente las situaciones de alto riesgo. La persona aprenderá a identificar y manejar sus disparadores personales.
- La intervención cognitiva fomenta la autoeficacia, explora las expectativas de los resultados del consumo y las atribuciones de causalidad.



- El autoconocimiento, la retroalimentación positiva y el apoyo social son esenciales para el tratamiento y la prevención de recaídas.
- El concepto de efecto de Violación de la Abstinencia (Marlatt, 1985) introduce la idea de diferenciar una “caída” (un consumo puntual después de un periodo de abstinencia) y de una “recaída” (el retorno al consumo). El efecto EVA, que implica frustración, una percepción de autoeficacia deteriorada y culpa, puede impedir que la persona con adicción se sienta incapaz de retomar la abstinencia, lo que lleva a que una caída se convierta en recaída.

## B. Estructura de las sesiones

El aprendizaje en habilidades que se facilita en las sesiones grupales se organiza en tres categorías:

1. *Entrenamiento en habilidades de afrontamiento:* Intervenciones específicas encaminadas a mejorar la autoeficacia, el control de impulsos, la gestión emocional y el autoconocimiento. Estas intervenciones también incluyen el análisis funcional de disparadores de deseo de consumo y situaciones de riesgo.
2. *Reestructuración cognitiva:* tanto en la autopercepción como en lo referido a creencias distorsionadas sobre el consumo-adicción y los esquemas mentales.
3. *Cambios en el estilo de vida.* El objetivo es ayudar a las personas a desarrollar nuevas relaciones sociales, actividades de ocio y hábitos saludables que les alejen de la adicción.

Las sesiones grupales son llevadas a cabo por las/los psicólogas/os y tienen la siguiente estructura:

1. Una primera parte de aproximadamente 90 minutos centrada en el trabajo del contenido mencionado anteriormente, es decir aprendizaje en habilidades (autoeficacia, disparadores y análisis funcional, habilidades de regulación emocional, creencias distorsionadas, efecto EVA, etc.), en la que se fomenta además la interacción entre los miembros del grupo como elemento terapéutico fundamental.
2. Y una segunda parte, de aproximadamente 30 minutos, donde se revisan las tareas para casa y se adjudican nuevas, y los/as participantes relatan sus experiencias durante la semana.

Si los/as participantes han decidido incluir en su tratamiento la monitorización del consumo como medida de protección, ésta se realiza mediante análisis de muestra de orina antes de empezar el grupo.

## C. Aplicación del modelo en una Unidad de Conductas Adictivas

El modelo de Prevención de Recaídas (PR) en formato grupal, llevado a cabo por el Equipo Terapéutico de la UCA Grao-Padre Porta, en concreto por las psicólogas, constituye un componente esencial en el tratamiento global de la adicción.

Todas las intervenciones psicológicas realizadas con personas con adicción en la UCA parten de una filosofía de tratamiento derivada de los principios de la Entrevista Motivacional (Miller y Rollnick, 1991). Desde ahí, también en el modelo de prevención



de recaídas, estarán necesariamente presentes la colaboración (vs la imposición), la aceptación (vs la confrontación), la evocación-empoderamiento (vs educación) y la compasión (vs indiferencia). La perspectiva motivacional siempre ha de estar presente en cualquier intervención psicológica en personas con adicciones, tanto a nivel individual como grupal, así como el trabajo en regulación emocional, dada la gran relevancia de los estados emocionales en los procesos de recuperación relacionados con las adicciones.

El modelo de PR se ha implantado en nuestra UCA utilizando un modelo de grupo abierto (los/as pacientes pueden incorporarse en cualquier sesión de grupo) con el objetivo de optimizar la intervención y aliviar las listas de espera. Además, la incorporación de nuevos/as participantes favorece el aprendizaje vicario y sirve como reforzador social (Südmeier y Muschalla, 2024).

Los/as pacientes que inician el grupo han sido previamente evaluados/as por el equipo terapéutico e informados de su formato y contenido. La participación es siempre voluntaria, y puede compaginarse o no con tratamiento psicológico individual, dependiendo de la gravedad del caso y las necesidades de la persona en tratamiento. Los/as pacientes que inician el tratamiento psicológico grupal han sido previamente informados/as del funcionamiento y los objetivos terapéuticos. No es requisito para la inclusión en el grupo, en nuestra UCA, que el/la paciente esté abstinentes, pero sí que esté, como mínimo, en fase motivacional de contemplación avanzada o de preparación. El número de sesiones en las que participa el/la paciente

no está predeterminado, y dependerá de su evolución. No hay un número máximo de sesiones para cada paciente, siempre que exista beneficio en la intervención. Como se ha mencionado anteriormente, los tratamientos psicológicos en adicciones deben cumplir criterios de intensidad y mantenimiento en el tiempo para considerarse eficaces; es por ello que elegimos en nuestros servicios intervenciones psicológicas grupales en este formato (abierto, sin límite en el número de sesiones en las que las personas participan). Además este modelo favorece el vínculo intragrupo y con el equipo terapéutico y con ello la adherencia al tratamiento.

Se realizan dos grupos de PR cada semana, con pacientes distintos, por lo que el/la paciente acude una vez por semana al grupo, cada uno de ellos de dos horas de duración.

Aunque el modelo de Marlatt y Gordon no contempla, como tal, la intervención con familias, desde nuestras UCA se ha considerado imprescindible la inclusión de las familias en el proceso de deshabitación. En concreto, en la UCA Padre Porta las/os psicólogas/os llevan a cabo con frecuencia semanal un grupo de familias con fines psicoeducativos, así como de apoyo mutuo. Una vez al mes este grupo se convierte en un grupo multifamiliar, al que acuden tanto los/as pacientes como sus familiares. Esos grupos se han mostrado altamente eficaces en la mejora de las dinámicas familiares y la reparación de vínculos de apego (Sempere y Fuenzalida, 2017). Además, la terapia familiar conjunta entre pacientes y familia influye en mejorar la retención en el tratamiento (Lorenzo y González, 1985).



## CONCLUSIONES

A la vista de estas dos experiencias de tratamiento grupal desarrolladas en dos Unidades de Conductas Adictivas distintas, y de la experiencia profesional acumulada durante los últimos veinte años podemos afirmar que los/as pacientes que incorporan terapias grupales en su tratamiento y proceso de deshabituación tienen más probabilidades de lograr un mejor control de la enfermedad de la adicción.

El Modelo de Prevención de Recaídas de Marlatt y Gordon y el Modelo Matrix han demostrado un potencial terapéutico considerable a lo largo de los años (Magill y Ray, 2009) (Obert, London, y Rawson, 2002) y, además, son altamente rentables. Son intervenciones intensivas y de larga duración, pero muchas personas se benefician del tratamiento a la vez, en el mismo espacio de tiempo, y además muy vinculantes, con lo que se reduce la tasa de abandonos. Los/as pacientes en fases más avanzadas sirven de modelo a los/as que empiezan el proceso, y a la vez se benefician del refuerzo social positivo tan presente en el grupo. El ahorro que supone esta modalidad de tratamiento puede liberar recursos que podrían reinvertirse en facilitar el acceso al tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias a un mayor número de personas (Markus y King, 2003).

El enfoque motivacional y la psicoeducación sobre la adicción, proporcionados durante todo el proceso de tratamiento, facilitan la implicación tanto a los/as pacientes como a sus familias para aprender sobre la adicción y el proceso de recuperación. Como se dice a menudo, *“La adicción no tiene cura, pero la recuperación es posible”*.

Las familias deben ser incluidas en la terapia grupal junto al paciente. Ello les permite beneficiarse de la adquisición de nuevos conocimientos sobre la adicción y aprender nuevas habilidades de comunicación y afrontamiento, favoreciendo tanto en el/paciente como en la familia el avance en sus respectivos procesos de recuperación.

Aunque el grupo terapéutico es liderado por el profesional de Psicología, todos los miembros del equipo han de trabajar en conjunto y de manera coordinada para que las terapias psicológicas grupales se puedan llevar a cabo de forma eficiente.

Muy frecuentemente hemos observado como, a pesar de la demostrada eficacia de los tratamientos psicológicos grupales, especialmente en adicciones, muchos/as terapeutas se muestran reacios/as a llevarlos a cabo, dando prioridad a las intervenciones individuales. Varios factores pueden estar influyendo en esta situación, y quizá uno de los más relevantes sea la inseguridad de los/as terapeutas ante un tratamiento grupal, debido a la escasísima (o incluso nula) formación que se recibe en tratamientos de grupo en el itinerario formativo de la Psicología. Pueden además existir otros condicionantes que dificulten la puesta en marcha de grupos terapéuticos, como factores estructurales (no disponer de espacio y/o personal) o la falta de apoyo del equipo por cuestiones conceptuales (si la base teórica en la que se sustenta el trabajo terapéutico no parte de un modelo biopsicosocial).

Recomendamos la puesta en marcha sistemática de las terapias grupales en todas las Unidades de Conductas Adictivas como una herramienta terapéutica fundamental para personas con problemas de adicción y sus



familias. Para ello, es necesario que las instituciones promuevan y faciliten la formación necesaria de los/as profesionales, así como los espacios y el material que se requiera para llevar a cabo estas terapias,

### Conflicto de interés

Las autoras declaran la inexistencia de conflicto de interés.

## REFERENCIAS

- Bandura, A. (1977). Autoeficacia: Hacia una teoría unificadora del cambio de comportamiento. *Psychological Review*, 84(2), 191–215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Carroll, K. M., Rounsaville, B. J., & Gawin, F. H. (1991). A comparative trial of psychotherapies for ambulatory cocaine abusers: Relapse prevention and interpersonal psychotherapy. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 17, 229–247. <https://doi.org/10.3109/00952999109027549>
- Carroll, K. M., Rounsaville, B. J., Gordon, L. T., Nich, C., Jatlow, P. M., Bisighini, R. M., & Gawin, F. H. (1994a). Psychotherapy and pharmacotherapy for ambulatory cocaine abusers. *Archives of General Psychiatry*, 51, 177–197. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1994.03950030013002>
- Carroll, K. M., Rounsaville, B. J., Nich, C., Gordon, L. T., Wirtz, P. W., & Gawin, F. H. (1994b). One year follow-up of psychotherapy and pharmacotherapy for cocaine dependence: Delayed emergence of psychotherapy effects. *Archives of General Psychiatry*, 51, 989–997. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1994.03950120061010>
- Cumings, C., Gordon, J. R., & Marlatt, G. A. (1980). Relapse: Prevention and prediction. In W. R. Miller (Ed.), *The addictive behaviors: Treatment of alcoholism, drug abuse, smoking, and obesity* (pp. 291–321). Elmsford, NY: Pergamon Press.
- Humphreys, K., Wing, S., McCarty, D., Chappel, J., Gallant, L., Haberle, B., ... Weiss, R. (2004). Self-help organizations for alcohol and drug problems: Toward evidence-based practice and policy. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 26(3), 151–158. [https://doi.org/10.1016/S0740-5472\(03\)00212-5](https://doi.org/10.1016/S0740-5472(03)00212-5)
- Larimer, M. E., Palmer, R. S., & Marlatt, G. A. (1999). Relapse prevention: An overview of Marlatt's cognitive-behavioral model. *Alcohol Research & Health*, 23(2), 151–160.
- Lorenzo, A., & González, C. (1985). Análisis sociodemográfico, patología y abordaje terapéutico en una muestra de alcohólicos. *Drogalcohol*, 10(4), 152–158.
- Magill, M., & Ray, L. A. (2009). Cognitive-behavioral treatment with adult alcohol and illicit drug users: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 70(4), 516–527. <https://doi.org/10.15288/jsad.2009.70.516>
- Markus, H. E., & King, D. A. (2003). A survey of group psychotherapy training on predoctoral psychology internship. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34, 203–209. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.34.2.203>



- Marlatt, G. A. (1993). La prevención de recaídas en las conductas adictivas: Un enfoque de tratamiento cognitivo-conductual. En M. Casas & M. Gossop (Eds.), *Recaída y prevención de recaídas* (pp. 137–160). Sitges: Ediciones en Neurociencias.
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (Eds.). (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behaviour* (1ª ed.). New York: Guilford Press.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd ed.). New York: Guilford Press. <https://doi.org/10.1097/01445442-200305000-00013>
- National Institute on Drug Abuse (NIDA). (2001). *Principios de tratamientos efectivos*. NIH Publication No. 01-4180(s).
- National Institute on Drug Abuse (NIDA). (2009). *Principles of drug addiction treatment: A research-based guide* (2nd ed.).
- Obert, J. L., Brethen, P., & McCann, M. J. (2007). *The Matrix Model for Teens and Young Adults Family Curriculum* [DVDs]. Center City, MN: Hazelden.
- Obert, J. L., London, E. D., & Rawson, R. A. (2002). Incorporating brain research findings into standard treatment: An example using the Matrix Model. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 23(2), 107–113. [https://doi.org/10.1016/S0740-5472\(02\)00266-0](https://doi.org/10.1016/S0740-5472(02)00266-0)
- Obert, J. L., McCann, M. J., Marinelli-Casey, P., Weiner, A., Minsky, S., Brethen, P., & Rawson, R. (2000). The Matrix Model of outpatient stimulant abuse treatment: History and description. *Journal of Psychoactive Drugs*, 32(2), 157–164. <https://doi.org/10.1080/02791072.2000.10400224>
- Obert, J. L., Minsky, S., & Cummings, G. (2007). Treatment for methamphetamine abuse and dependence: The Matrix Model. *The IHS Primary Care Provider*, 32(4), 97–99. <https://doi.org/10.1037/e612882007-001>
- Obert, J. L., Rawson, R. A., McCann, M. J., Ling, W., & Minsky, S. (2006). *Matrix Model: Culturally designed client handouts for American Indians/Alaskan Natives*. Los Angeles, CA: Matrix Institute.
- Obert, J. L., Rawson, R. A., McCann, M. J., & Ling, W. (2005). *The Matrix Model intensive outpatient alcohol and drug treatment program: A 16-week individualized program*. Center City, MN: Hazelden.
- Pascual, F., Freixa, F., Rodríguez-Martos, A., & Torres, M. A. (2014). *Historia del tratamiento del alcoholismo*. Valencia: Sociodrogalcohol.
- Petry, N. M. (2000). A comprehensive guide to the application of contingency management procedures in clinical settings. *Drug and Alcohol Dependence*, 58, 9–25. [https://doi.org/10.1016/S0376-8716\(99\)00071-X](https://doi.org/10.1016/S0376-8716(99)00071-X)
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical approach: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19, 257–288. <https://doi.org/10.1037/h0088437>



- Rawson, R. A. (2009). Treatments for methamphetamine dependence: Contingency management and the Matrix Model. In R. Pates & D. Riley (Eds.), *Interventions for amphetamine misuse*. New York: Wiley-Blackwell.
- Rawson, R. A., Huber, A., Brethen, P. R., Obert, J. L., Gulati, V., Shoptaw, S. J., & Ling, W. (2002). Status of methamphetamine users 2–5 years after outpatient treatment. *Journal of Addictive Diseases*, 21(1), 107–119. [https://doi.org/10.1300/J069v21n01\\_09](https://doi.org/10.1300/J069v21n01_09)
- Rawson, R. A., McCann, M. J., Flammino, F., Shoptaw, S., Miotto, K., Reiber, C., & Ling, W. (2006). A comparison of contingency management and cognitive-behavioral approaches for stimulant-dependent individuals. *Addiction*, 101(2), 267–274. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2006.01312.x>
- Rawson, R. A., Obert, J. L., McCann, M. J., & Ling, W. (2005). *The Matrix Model intensive outpatient alcohol and drug treatment program: A 16-week individualized program*. Center City, MN: Hazelden.
- Rawson, R. A., Obert, J. L., McCann, M. J., & Ling, W. (1991). Psychological approaches to the treatment of cocaine dependency. *Journal of Addictive Diseases*, 11, 97–120. [https://doi.org/10.1300/J069v11n02\\_07](https://doi.org/10.1300/J069v11n02_07)
- Rawson, R. A., Obert, J. L., McCann, M. J., & Ling, W. (1992). *The Matrix Model for the treatment of opioid addiction with Naltrexone*. Los Angeles, CA: The Matrix Center.
- Rawson, R. A., Obert, J. L., McCann, M. J., & Mann, A. J. (1986). Cocaine treatment outcome: Cocaine use following inpatient, outpatient, and no treatment. In L. S. Harris (Ed.), *Problems of drug dependence: Proceedings of the 47th Annual Scientific Meeting, the Committee on Problems of Drug Dependence* (pp. 271–277). NIDA Research Monograph Series, 67. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse. <https://doi.org/10.1037/e471922004-001>
- Rawson, R. A., Obert, J. L., McCann, M. J., Smith, D. P., & Ling, W. (1990). Neurobehavioral treatment for cocaine dependency. *Journal of Psychoactive Drugs*, 22(2), 159–171. <https://doi.org/10.1080/02791072.1990.10472541>
- Rawson, R. A., Obert, J. L., McCann, M. J., Smith, D. P., & Scheffey, E. H. (1989). *The neurobehavioral treatment manual*. Beverly Hills, CA: The Matrix Center.
- Rawson, R. A., Shoptaw, S. J., Obert, J. L., McCann, M. J., Hasson, A. L., Marinelli-Casey, P. J., Brethen, P. R., & Ling, W. (1995). An intensive outpatient approach for cocaine abuse treatment: The Matrix Model. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 12, 117–127. [https://doi.org/10.1016/0740-5472\(94\)00080-B](https://doi.org/10.1016/0740-5472(94)00080-B)
- Roll, J. M., Petry, N. M., Stitzer, M. L., Brecht, M. L., Peirce, J. M., McCann, M. J., Blaine, J., MacDonald, M., DiMaria, J., Lucero, L., & Kellogg, S. (2006). Contingency management for the treatment of methamphetamine use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 163(11), 1993–1999. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.11.1993>



- Sempere, J., & Fuenzalida, C. (2017). *Terapias multifamiliares: El modelo interfamiliar: la terapia hecha entre todos*. Madrid: Psimática Editorial.
- Shoptaw, S., Rawson, R. A., McCann, M. J., & Obert, J. L. (1994). The Matrix Model of outpatient stimulant abuse treatment: Evidence of efficacy. *Journal of Addictive Diseases*, 13(4), 129–141. [https://doi.org/10.1300/J069v13n04\\_02](https://doi.org/10.1300/J069v13n04_02)
- Shoptaw, S., Reback, C. J., Peck, J. A., Larkins, S., Freese, T. E., & Rawson, R. A. (2005). *Getting Off: A behavioral treatment intervention for gay and bisexual male methamphetamine users*. Los Angeles, CA: Friends Research Institute.
- Südmeier, M., & Muschalla, B. (2024). Differential effectiveness of open versus closed psychotherapy groups: A systematic review. *American Journal of Psychotherapy*. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20230026>
- Zarza, M. J., Obert, J., Perelló, M., Palau, C., Cortell, C., Sánchez, A., & Simón, M. J. (2009, June 16–23). Piloting Matrix in Spain: International collaboration to transfer evidence-based models for drug addiction treatment. *National Institutes on Drug Abuse International Forum: Commonalities among the diseases of addiction: Implications for treatment and prevention*, Reno, NV.
- Zarza, M. J., & Sánchez, A. (2008). *Piloting Matrix in Spain*. II International Conference for Matrix Supervisors, Los Angeles, CA.
- Zarza, M. J., Rawson, R. A., Obert, J., Sánchez, A., Palau, C., & Cortell, C. (2009). Methods for the selection, piloting and cultural adaptation of evidence-based models: The Matrix Model in Spain, a case study. *ICAA 52nd International Conference on Dependence*, Estoril, Portugal.
- Yalom, I. D., & Vinogradov, S. (1996). *Guía breve de psicoterapia de grupo*. Barcelona: Paidós.
- Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2020). *The theory and practice of group psychotherapy* (6th ed.). New York, NY: Basic Books.