

Intervención Cognitiva al Farmacodependiente

Guía Breve de Intervención para el CIAF

JULIETH LORENA OCAMPO GIRALDO

UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA SECCIONAL MEDELLÍN

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

PREGRADO EN PSICOLOGIA

MEDELLIN

2012

INTERVENCIÓN COGNITIVA AL FARMACODEPENDIENTE
GUÍA BREVE DE INTERVENCIÓN PARA EL CIAF

JULIETH OCAMPO GIRALDO

Trabajo de Grado presentado para optar al título de Psicóloga

Asesor

Victor Hugo Cano Bedoya

UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA SECCIONAL MEDELLÍN

PREGRADO EN PSICOLOGIA

MEDELLIN

2012

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a la Universidad San Buenaventura por su calidad profesional; docentes y asesores, a mi asesor Victor Hugo Cano por ser el mayor apoyo y guía en todo mi proceso de practica profesionalizante, al equipo CIAF por construir junto a mí, conocimiento de gran valor y a los usuarios de este CAD, quienes en su momento, motivaron en mí, el espíritu investigativo que necesito para hacerle frente a uno de los mas importantes problemas de salud mental mundial, la farmacodependencia. Este camino apenas comienza.

INTERVENCION COGNITIVA AL FARMACODEPENDIENTE

Centro de Investigación y Atención al Farmacodependiente, CIAF

Facultad de Psicología.

Universidad de San Buenaventura

PRESENTACIÓN

El Centro de Investigación y Atención al Farmacodependiente (CIAF), está creado desde la Facultad de psicología de la USB y es un Centro de Atención en Drogadicción (CAD), que presta atención a jóvenes y adultos con problemáticas relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas; los usuarios de este centro, son el 84.25 %, de sexo masculino que viven en la zona norte de la ciudad de Medellín (44.83%), el 75.4% provienen de estratos 2 y 3 y están en edades entre los 11 y los 20 años (58%), y por ende el 80.09% son solteros; como muchos de ellos son adolescentes y adultos jóvenes (72.2%), el 74.06% reportan que su nivel de formación académica es la secundaria incompleta y pertenecen la mayoría a una familia nuclear (61.70%).

El CIAF, promueve la prevención y mitigación del consumo de sustancias psicoactivas a nivel individual y grupal desde diferentes perspectivas, pues ofrece un modelo de intervención interdisciplinaria en el que, el trabajo social, la psiquiatría, la medicina general y la psicología, se complementan de manera positiva tratando de comprender, dentro del fenómeno social de consumo a cada caso en particular (usuario).

Desde la intervención psicológica individual, que es el pilar del tratamiento, se permiten todos los enfoques teóricos posibles, pues cada uno tiene una mirada distinta del tema de las adicciones y puede dar aportes valiosos para el proceso de cada uno de los usuarios. En esta ocasión, se expone la escuela cognitiva como una alternativa viable en la consecución de metas relacionadas con la mitigación del consumo de sustancias en jóvenes y adultos ya que el pensamiento, desde esta mirada, es un reconocido factor de mantenimiento de conductas nocivas o emociones mal elaboradas, y podríamos reconocer a través de su análisis cuidadoso, formas más sanas de interpretar y “vivir” las ideas y por ende reevaluar de manera más efectiva las acciones; esto es, prevención y educación.

ETIOLOGÍA

En el tema de las adicciones, los teóricos clásicos de la escuela cognitiva han dado sus aportes. Ellis, McInerney & Diguisepe (1992) por ejemplo, asumen, que las variables cognitivas, conductuales y psicológicas son similares en todas las adicciones y las creencias irracionales que llevan a la baja tolerancia a la frustración, están especialmente presentes en éstas, estos mismos autores, introducen el término “Ansiedad por el malestar” para referirse al estado afectivo negativo y perturbador que se presenta cuando se trata de dejar la sustancia.

El modelo cognitivo-conductual de Beck, Wright, Newman y Liese (1999) tiende a considerar que una utilización controlada de la sustancia puede ser una meta aceptable en algunos casos de acuerdo a las necesidades, problemas y respuestas del paciente. Desde esta perspectiva, el abuso se define como un patrón disfuncional de utilización de sustancias psicoactivas, si tal abuso, acaba generando consecuencias adversas ya sean sociales, profesionales, legales, médicas o interpersonales, se considera este patrón de consumo, como problemático y que requiere de intervención, independientemente de que el consumidor experimente, o no, tolerancia fisiológica o síndrome de abstinencia.

Desde este modelo teórico, la dependencia se plantea como la incapacidad para controlar el consumo y uno de los obstáculos principales para terminarlo, la dependencia, se presenta como la red de creencias disfuncionales, que se centran alrededor de la sustancia y que parecen ser más intensas cuando se decide, dejar de consumir.

El Craving es un término cognitivo que emplea Beck, et al (1999) y se considera fundamental en el mantenimiento de la abstinencia. También se demostrado la importancia de la medición de este fenómeno, pues parece que resulta de especial interés en la investigación y en la práctica clínica cognitiva diaria, al ayudar en el correcto tratamiento de las ideas adictivas y a la prevención de futuras recaídas. Aunque, no hay que olvidar que la gran diversidad de estímulos y de mecanismos existentes, resultan en una gran variabilidad de experiencias de craving. Por ello existen diferentes teorías cognitivas, que explican y tratan dicho fenómeno (Chesa, Abadías, Fernández, Izquierdo & Sitjas, 2004).

Beck, et al (1999) dice que se debe tener en cuenta, que algunos pacientes tienen más capacidad que otros para mantener un consumo controlado y un abuso moderado; según él, los adictos, suelen tener características comunes como: baja tolerancia a la frustración, poca asertividad y poco control del impulsos que los hace a la vez, más susceptibles, pero, también tienen

diferentes maneras de procesar sus experiencias. Entonces, es indiscutible que los humanos somos seres complejos, y que nuestras acciones y patologías son a lo largo de la vida, multicausales; por ello, no podemos tener en cuenta un enfoque meramente cognitivo, pues existen variables que en este caso lo complementan.

Para la teoría del aprendizaje social por ejemplo, “la conducta adictiva esta mediada por las cogniciones, compuestas de expectativas, que son creencias sobre los efectos de la conducta de consumo, éstas son acumuladas a través de la interacción social en el curso del desarrollo” (Becoña & Martín, 2004). Según este enfoque, las habilidades de afrontamiento, las relaciones familiares, el fracaso escolar, la presión social por parte de los integrantes de un grupo, las habilidades de competencia social, la disponibilidad de la droga, entre otros, inciden de manera importante al inicio del consumo, y las variables que lo mantienen, serían entre otras, la necesidad de incrementar el estado afectivo positivo o un control personal inadecuado. El apoyo social y la necesidad de hacer cambios en el estilo de vida (generalmente por afección en áreas importantes o un acontecimiento vital) facilitarían, según este enfoque, el mantenimiento de la abstinencia (Belloch, Sandín & Ramos 1995).

Arnett, (1992) explica que, en referencia a los adolescentes, que son la población mayoritaria en el CIAF, estos, tienden o se pueden entregar a diversos comportamientos imprudentes (consumo de drogas), que reconocen como peligrosos pero que subestiman deliberadamente. Los adolescentes, según este autor, tienden a subestimar la probabilidad de resultados negativos para sí mismos (fábula personal): “No me haré adicto, fumo solo por diversión”, además están en una “Búsqueda de sensaciones”, referida al deseo de correr riesgos por los efectos que producen, sin olvidar la indiscutible “Influencia de los pares”.

La teoría del “egocentrismo adolescente”, expone que estas y otras conductas podrían estar motivadas porque los demás lo observan con mucho interés: “Público Imaginario”.

El abordaje psicosocial de Erickson explica la etapa de “Identidad vs Confusión de roles” en la que no tener un sentido maduro de identidad al final de la adolescencia (Adulto joven) se caracteriza por: ser buscador de tiempo completo de diversiones, ser ansioso, con baja autoestima y falta de autoconfianza; además, según el autor, en el conflicto entre aceptar o elegir una identidad pueden presentarse “Identidades Negativas” (Consumo de Sustancia psicoactivas, SPA) o una “confusión de roles” que se caracteriza por la falta de compromisos, tener convicciones sociales ambiguas, además de carecer de aspiraciones vocacionales (Le François, 2001) ; características estas, comúnmente encontradas en los usuarios de CIAF.

Otros autores también aportaron a la causalidad del consumo en jóvenes: Dingers y Oetting (1993): *“Tener amigos drogadictos es una condición necesaria para la evolución del consumo de drogas”*, Segal (1997): *“Es causa del consumo, la presión de compañeros de una cultura de drogas, ó no ser criado en un ambiente adecuado”*. En esta última es donde puede intervenir el área de “Trabajo Social”, disponible en el tratamiento ofrecido en el CIAF.

En conclusión, al proponer un abordaje cognitivo que cuenta con la influencia psicosocial se debe estar de acuerdo en que para ser abusador de drogas, existen variables genéticas, sociales y de personalidad. Sin embargo, el modelo social tiene una visión para explicar la conducta de consumo, mucho más próxima al planteamiento cognitivo y es cuando Peele (1985), expone que no es la sustancia o la conducta, la que produce la adicción, si no el modo como la persona interpreta esa experiencia, “el modo de enfrentarse al mundo y el modo que tiene de verse a sí mismo influye en la experiencia adictiva”. Esto ya lo habría manifestado Epícteto (55 -135, filósofo griego de la escuela estoica,) cuando dice “Las cosas no son lo que son, sino lo que se piensa de ellas”, en consonancia, la adicción sería un problema de la persona y no de la droga consumida. El adicto se caracterizaría por ser dependiente, no por las sustancias si no por el impulso de depender y/o por su pasividad; según esta visión las drogas se convertirían en “muletillas” que tiene la persona para afrontar mejor su vida ante situaciones adversas, mediado todo esto por su red de creencias.

EVALUACIÓN – DIAGNÓSTICO

El CIAF, cuenta con un proceso de atención estructurado, en el que primero se hace la inscripción, donde es ampliamente informado el usuario y su acompañante sobre el tipo de tratamiento ofrecido, los riesgos y beneficios del proceso de atención, las alternativas de otros tratamientos, la eficacia del proceso (en base a la encuesta de satisfacción) y las restricciones establecidas durante el proceso de atención. Luego, la firma del consentimiento informado y el registro de los datos de identificación. Así, se pasa a la EVALUACION DE INGRESO realizada por el psicólogo de planta, en esta, se trata de especificar los problemas y las áreas de conflicto en los jóvenes y adultos que abusan de las drogas para determinar si el tratamiento ambulatorio que ofrece el CIAF es el adecuado, además de identificar antecedentes y consecuencias del consumo para empezar a construir un diagnostico basado en los criterios del CIE 10. En esta evaluación el psicólogo tiene en cuenta:

El cuadro de drogas, que devela el estado actual del consumo, arrojando cantidad, frecuencia, unidad y forma de consumo, tiempo de inicio y duración de la conducta de consumo, y

finalmente ubica al paciente en una de las 4 fases del consumo trabajadas en el centro: Experimentador, consumidor social, uso o abuso de sustancias, o consumo compulsivo o dependencia.

Antecedentes y consecuencias de consumo. Se exploran los antecedentes y consecuencias, como una manera de escudriñar factores de riesgo y de protección relacionados con el consumo, pudiendo encontrar algunos aspectos que tienen que ver con el origen, el mantenimiento o incluso el control de la conducta adictiva.

Evaluación de áreas de desempeño: Es por supuesto necesario hacer junto a la evaluación de antecedentes una valoración de cada una de las áreas de desempeño del paciente pues esto develará no solo el estado actual, sino que podrá indicar de alguna manera, el nivel de consecuencias negativas o el verdadero impacto que puede estar teniendo el consumo en la vida del paciente familiar, laboral, académica, emocional, social, física o psicológicamente.

Luego de empezar el tratamiento psicoterapéutico con el psicólogo practicante asignado, se utilizan diferentes elementos de evaluación y diagnóstico, tales como:

La Entrevista Semiestructurada: Este tipo de entrevista se planea, o sea, está definido el lugar (consultorio CIAF) y momento en que se desarrollará (fecha de la cita), tiempo de duración (45 minutos), agendamiento y guía. No se desarrolla ni con un cuestionario cerrado ni simplemente con una charla informal pero esto no impide que en su transcurso se adicionen aspectos de acuerdo al hilo que está va tomando.

En la entrevista semiestructurada, el terapeuta entrevistador tiene una actitud abierta, de escucha y con el interés de entender los argumentos y criterios del paciente entrevistado (a) (entrevista sensitiva). Además, es necesario, compartir los objetivos de la entrevista con el paciente y dar respuesta a todas sus dudas, hablar del modelo de intervención que se propone (terapia cognitiva) indicar el procedimiento que se utilizará para mantener en reserva su identidad y el tratamiento que se dará a la información (encuadre).

Se tiene muy en cuenta el contexto de la entrevista: momento de la vida del entrevistado; el lenguaje no verbal, o sea la actividad que las personas desenvuelven al momento de la entrevista, evasión de preguntas, silencios, risas, nerviosismo etc., realizando preguntas abiertas.

En la entrevista Semiestructurada se intenta formular preguntas no directivas con el fin de permitir que el otro se exprese (escucha activa).

Psicometría y cuestionarios

En el CIAF, se sugiere la utilización de algunos cuestionarios para el apoyo de la evaluación, diagnóstico e incluso como una herramienta para establecer o modificar objetivos terapéuticos: El POSIT (Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers): la aplicación de este cuestionario se sugiere no solamente a aquellos adolescentes de quienes se sospecha que están utilizando drogas, sino a todos aquellos que puedan ser captados en diferentes contextos con el propósito de identificar posibles problemas en las diferentes áreas de la vida de los jóvenes. (Mariño., Gonzales, Andrade. & Medina, 1998).

Cuestionarios de Diagnóstico y Seguimiento de pacientes adictos: Cuestionario de perfil de consumo (CPC), Perfil de Severidad de consumo de cocaína (PSCC) y Cuestionario de perfil de Craving (Craving Test) confeccionados por Fernández -Labriola y Dorado (1997). Estos fueron diseñados para cualquier tipo de adicciones y pacientes poliadictos aunque su primer empleo clínico fue realizado en una población de adictos a la cocaína, todos estos son para el uso en entrevistas diagnósticas y de seguimiento.

El Inventario de Situaciones Precipitantes de Recaída, el Inventario de Conductas de Afrontamiento (adaptación: García, 1987) y el Cuestionario Breve de alcoholismo, CAGE (Mayfield, McLeod & Hall, 1974), son también empleados para el seguimiento y profundización de tales factores, además de la hoja de Autorregistro de consumo (Robertson & Heather, 1986), todos estos, recopilados en el Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud (Citados por Buela, Sierra & Caballo, 1996)

El uso y abuso de sustancias psicoactivas en la adolescencia están altamente relacionados con trastornos como la distimia, los trastornos adaptativos, el TDAH, los trastornos de conducta y el trastorno depresivo mayor. Este último comparte con los Trastornos Relacionados con sustancias (TRS), en la adolescencia, factores comunes como: la disfunción familiar, la baja autoestima y la psicopatología en familiares en primero y segundo grado. Su temprana identificación, es útil en seguimiento terapéutico para valorar la respuesta al tratamiento por uso y/o abuso de drogas, por ello se sugiere también la utilización de la Escala de Birleson (Depression Self Rating Scale. DSRS), diseñada para cuantificar la severidad de la

sintomatología depresiva en niños y adolescentes y para supervisar la respuesta al tratamiento (De la Peña, Lara, Cortes, Nicolini, Páez, & Almeida, 1996).

Por último, en el centro se ha utilizado también, la entrevista MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview, 2000) que es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM IV y el CIE10, en la que se incluyen los cuadros de Abuso y dependencia de alcohol y los Trastornos Asociados al Uso de Sustancias Psicoactivas No Alcohólicas.

También se cuenta con el uso del cuadro de ventajas y desventajas del consumo, el cuestionario de Auto esquemas, los manuales DSM IV y CIE 10 para consultar y la información interdisciplinaria que arroja la interconsulta con médico, psiquiatra y/o trabajadora social, para el apoyo diagnóstico de cada usuario.

Finalmente, se propone el levantamiento del Perfil Cognitivo, a través de una serie de instrumentos que evalúan lo siguiente: Creencias centrales de trastornos de personalidad, esquemas Maladaptativos tempranos, Pensamientos automáticos y Estrategias de afrontamiento (coping).

INTERVENCIÓN

La terapia cognitiva se fundamenta en una conceptualización cognitiva del paciente y sus problemas, trata de conocer el contenido de su pensamiento, la visión del mundo que tiene (esquemas de segundo orden) y su relación con todas sus áreas de desempeño, aunque no desconoce las variables genéticas, del desarrollo, y fisiológicas; esta terapia enfatiza en la colaboración estrecha con el paciente, ósea, que se necesita de una alianza terapéutica para superar los problemas manifiestos y no manifiestos que aquejan al usuario.

El terapeuta cognitivo, habla abiertamente de los objetivos e interviene de manera directa para desarrollar habilidades específicas; el paciente asume una participación activa y responsable frente a sus cambios; el terapeuta ayuda al paciente a identificar objetivos y avanzar gradualmente hacia ellos. La Terapia cognitiva es educativa, tiene por objetivo enseñar al paciente a ser su propio terapeuta y pone énfasis en la prevención y las recaídas. Este modelo, destaca tanto el presente como el pasado, “las experiencias pasadas están almacenadas en la memoria episódica/conceptual en el aquí y el ahora, y por lo tanto pueden afectar distintos

niveles de procesamiento de información” (Gottfried, Doherty & Dolan, 2003).

Las secciones de la terapia cognitiva, son estructuradas pero flexibles, quiere decir que existe una estructura básica de las sesiones que permanecen más o menos constantes en la terapia, dependiendo de la complejidad del caso, y con respecto a las técnicas de intervención, se dice que lo que define a un modelo psicológico no son las técnicas que emplea sino el objetivo terapéutico que persiguen), las técnicas, se adecuan a la terapia cognitiva, no viceversa.

De los principios básicos de este modelo de intervención, se concluye entonces, que la Terapia Cognitiva no solo pretende lidiar con el malestar psicológico, sino, ampliar los horizontes de la salud, éste, es un tema más que importante en la problemática de consumo, pues la mirada negativa con la que se plantea el pronóstico de esta dificultad, más de orden social, no permite generar propuestas que al menos generen mitigación del consumo y/o de los daños que lo proceden.

La terapia cognitiva, inmersa en el modelo de atención del CIAF, cree firmemente en la posibilidad de reeducación y el cambio, planteado inicialmente en términos de “Reducción del daño.

Cuando la consecución del estado de no consumo en un adicto se convierte en el objetivo primordial de la terapia, su mantenimiento se puede asemejar a una balanza entre la abstinencia y la recaída. En este equilibrio interviene el Craving. Para Beck et al (1999) los Craving o los impulsos irrefrenables por consumir son los factores más importantes de abandono terapéutico e incluso llegan a provocar la recaída luego de largos periodos de abstinencia. El terapeuta cognitivo, evalúa inicialmente la percepción idiosincrásica del paciente de sus craving. A lo largo del tratamiento, el terapeuta ayuda a los pacientes a comprender los distintos factores que contribuyen al craving, a reenfocar sus experiencias y a desarrollar formas más adecuadas para tratar estos problemas.

Otro aporte valioso es el de Ellis, McInerney y Raymond (1992), quienes además ponen de manifiesto la posibilidad de una patología dual, Ellis propone, que el terapeuta (racional emotivo) se centrará primero en las ideas irracionales que crean y mantienen el alcoholismo y la drogodependencia, y después abordará los demás problemas de conducta a medida que emerjan.

El terapeuta espera que una vez el individuo haya abandonado la adicción y sus irracionalidades correspondientes, esto se generalice en un pensamiento racional nuevo en otras áreas de la vida

de la persona. Si los pacientes tienen problemas de personalidad como resultado de haberse pasado años como una persona adicta, el terapeuta racional emotivo, según Ellis, trabajara con ambos problemas; la adicción y los problemas de personalidad resultantes.

Entre las dificultades en el tratamiento psicológico de las conductas adictivas están, la motivación al cambio, la conciencia de trastorno, las recaídas en el consumo y tal como lo ilustra Ellis, la patología dual. En cuanto a esto se ha sugerido que muchos individuos pueden intentar auto medicarse un trastorno psiquiátrico concomitante con el consumo de drogas o alcohol, pues muchos consumidores prefieren sólo determinadas sustancias.

Por otro lado, la motivación por consumir se halla en constante oposición con la motivación por vivir y recuperarse. La tarea del terapeuta esta en enganchar al paciente, inclinándolo positivamente el cambio, ayudándole a que adquiera conciencia de si mismo como sujeto dependiente y sometido. Finalmente, las recaídas en el consumo de drogas, no pueden entenderse sin el concepto de “craving por el consumo” que son los factores más importantes de abandono terapéutico y resultan ser los causantes de las recaídas en el consumo después de largos periodos de abstinencia, sobre todo porque surgen durante y después del tratamiento.

“Los aportes de la psicología cognitiva han sido cada vez más importantes en la investigación y tratamiento de la adicción a las drogas, enfatizando en la necesidad de comprensión, regulación e interpretación del craving como parte de una aproximación estructurada del tratamiento.”
(Tomás & Sánchez, 2006.)

En el tratamiento de las adicciones existen abordajes tanto individuales como grupales, el CIAF, tratando de responder a ello, ofrece tanto psicoterapia individual como grupos psicoeducativos. En el abordaje individual hay que diseñar un plan de tratamiento específico para cada paciente, lo que hace imprescindible una adecuada evaluación del problema que sustentará y guiará los objetivos a seguir, para los que son empleadas diferentes técnicas de tratamiento en diferentes momentos de la evolución.

Al inicio de los tratamientos, los pacientes utilizan más procesos de cambio de tipo cognitivo que conductual, y es aquí donde las estrategias motivacionales tienen mayor cabida, intentando ajustar la decisión del paciente hacia el cambio. Tomas y Sánchez (2006) proponen una técnica cognitiva para el trabajo con el paciente sobre conciencia del trastorno (TCT) y así, definir la capacidad del adicto para juzgar lo que le está sucediendo y las razones por las que ocurre; el conocimiento del trastorno sería la experiencia de sentirse adicto; *el insight* es la correcta

estimación del tipo de síntomas e intensidad de la adicción. Luego, junto al paciente se realiza una revisión de todos los síntomas en cada una de las áreas de reconocimiento (socio familiar, psicológico fisiológica y comportamental) , a esto se le llama Trabajo cognitivo sistemático (TCS), y cuando ya hay reconocimiento, se refuerza y se pasa al Trabajo Cognitivo Atribucional (TCA) cuya descripción es, el registro de síntomas obtenidos, establecer la relación causa (droga) efecto (síntoma) y finalmente atribuir los síntomas al consumo estableciendo el patrón de trastorno adictivo causa – efecto – consecuencia.

En este modelo, ya se habla de abarcar una completa evaluación de cada caso a nivel individual, familiar, social, toxicológico y motivacional que incluye el diagnóstico diferencial y en las últimas fases del tratamiento, la coordinación con otros recursos para problemas adicionales.

Vemos entonces, que la terapia cognitiva de las adicciones aunque tiene una estructura y unos objetivos definidos, que hacen énfasis en el “contenido cognitivo”, tiene en cuenta, durante el proceso un sin número de variables y factores que son propios de cada individuo, por ello, se necesita de un tiempo prudente para cada fase del tratamiento (evaluación , diagnóstico, psicoterapia, prevención de futuras recaídas) y un vínculo terapéutico fortalecido, que disminuya la posibilidad de deserción terapéutica y bien fundamentado, pues, la intención final es entrenar al paciente para que más adelante no dependa de su terapeuta, sino que sea el mismo quien tenga habilidades que le impidan, tener conductas nocivas para su salud física y psicológica, tales como el uso y abuso de SPA.

DISCUSION

Cada ser humano está sujeto a predisponentes biológicos, psicológicos y sociales, pero es la manera única y particular en que se relaciona con el entorno, a través de su pensar, sentir y actuar lo que lo diferencia e individualiza; en relación a ello, la psicología cognitiva reconoce la importancia de las diferencias individuales y del aprendizaje social, es decir, que no solo se tiene presente la dimensión personal del sujeto en cuanto a su emoción, acción y pensamiento, también la interacción que tiene la persona con su entorno en términos de una co - construcción de los sistemas de creencias.

Pasando al terreno de la intervención, el primer reto está en tener una escucha activa que ligada al conocimiento teórico, permita interpretar la realidad del otro con el menor sesgo posible, lo que incluye, que el (la) terapeuta haga reconocimiento de los mismos e incluso, en ciertas ocasiones esto puede llevar a tomar la decisión de continuar o no un proceso de atención.

Se ha de tener desde el momento inicial, una actitud positiva frente al cambio, construyendo las metas terapéuticas en equipo con el paciente y otorgando al establecimiento del vínculo empático todo el peso que tiene dentro del proceso, es necesario que el terapeuta **desee** emprender la búsqueda de posibles soluciones junto a su paciente y tenga objetivos realistas, que en el caso de la conducta adictiva deben ser además **optimistas**, pues los prejuicios en torno al consumo de sustancias psicoactivas, en este contexto, pueden no estar permitiendo que algunos tratamientos tengan éxito o que tanto profesionales como pacientes no tengan “fe” en ello.

Es detener en cuenta, que con respecto a la importancia del vínculo terapéutico desde la perspectiva cognitiva, Safran (1994) realiza una serie de aportes al respecto; según este autor la alianza terapéutica debe incluir el acuerdo entre las tareas que debe ejecutar el paciente, los objetivos o metas y el vínculo como tal, el cual tiene una connotación de “vínculo con calidad afectiva”, Safran (1994), propone incluso la posibilidad de que el terapeuta ponga aspectos de su propia vida al servicio del paciente; en su teoría, permite una negociación continua entre paciente y terapeuta, dice que si hay desacuerdos en tareas y/o objetivos, se debe hacer de nuevo un reencuadre para hablar y mejorar el plan de trabajo, si hay una ruptura en el vínculo terapéutico, se deben aclarar los malos entendidos, validando la posible desconfianza o desesperanza que el paciente pueda tener por diferentes factores en su proceso.

Desde el punto de vista de Keyes (2002) la gente más sana es aquella que procura darle un sentido a su vida, entonces, no solamente hay que hablar de un “trastorno por sustancias”, al momento de realizar la evaluación y diagnóstico de un paciente consumidor de sustancias psicoactivas, la autora, plantea que se debe de reconocer el potencial de salud que también posee.

La autora forma parte de una vertiente denominada “psicología positiva”, en la que se enfatiza en el sentimiento de “coherencia personal”, asunto que se evidencia en el contenido del pensamiento de un usuario consumidor y es una búsqueda que si se orienta asertivamente puede incluso, alentar al paciente a aceptar orientación psicológica profesional por su consumo. Tener en cuenta los aportes de la psicología positiva, evitaría de alguna manera, el riesgo de centrarnos en aspectos negativos o patológicos.

En el Centro de Investigación y Atención al Farmacodependiente (CIAF), se intenta atender a esta necesidad, teniendo como ejes del tratamiento ambulatorio, mitigar el daño causado por el consumo y favorecer una “reinserción social” basada en la potencialización de factores protectores y/o cualidades que puedan evitar de alguna manera las recaídas, pues como propone

Goleman (1996), pueden existir cinco aptitudes básicas emocionales y sociales: Conocimiento de uno mismo, Autorregulación, Motivación, Empatía y Habilidades sociales; cualidades que desde este modelo de atención, están plenamente relacionadas con el control del consumo de cualquier sustancia psicoactiva, pues sin tener en cuenta aspectos básicos personales y sociales como éstos, una de las preguntas que surge es: ¿cómo hacer una propuesta basada simplemente en la pretensión de la “Abstinencia Total” como objetivo único del tratamiento?

El modelo tradicional de abstinencia absoluta, opera sobre todo en grupos de autoayuda y en diferentes comunidades terapéuticas que aún tienen influencia del denominado “enfoque dominicano”, (utilizado en los años 70 y 80 para los consumidores que estaban en la cárceles, y debe su nombre al ser creado en República Dominicana), pero parece que al adoptarla se correría el riesgo de que tal intervención sea ajena a una historia de vida particular, tal vez, a algunas necesidades afectivas y/o biológicas de cada paciente e incluso podría no tener en cuenta el significado funcional que determinada sustancia tiene para su vida. En contraste a este modelo tradicional, el CIAF adopta la perspectiva de reducción del daño, según la cual, el objetivo del tratamiento es el aumento de conciencia que el sujeto tiene frente a su consumo o su conducta adictiva y los impactos que esto tiene en su vida cotidiana. No la abstinencia absoluta como principal objetivo.

El tratamiento, al igual que las técnicas debe adaptarse según necesidades específicas en el proceso de cada paciente, evitando caer en el excesivo tecnicismo, se hace énfasis en lo patológico y/o en el desarrollo de habilidades según el caso. Esto es, flexibilidad en los tratamientos, característica que de hecho es mencionada en la *Guía de intervención en farmacodependencia* elaborada por el Ministerio de protección social. Guía a la que se acoge este CAD.

Por ello, desde la modalidad de tratamiento del CIAF, se pretende que el paciente analice y comprenda el papel que juega el consumo en su vida, o lo que podríamos denominar como funcionalidad del consumo de sustancias, además, que identifique sus momentos de vulnerabilidad (situaciones precipitantes de recaída, craving), que se haga consciente de las ventajas y desventajas reales de estar o no bajo el efecto, que escudriñe su pensamiento, el cual le refuerza acciones, que reconozca cuales son los elementos sociales que están relacionados con su malestar e incluso con su placer.

La terapia cognitiva, promueve la educación del paciente en su trastorno y ayuda de alguna manera a reducir los niveles de ansiedad y frustración en pacientes y familiares pues resalta aspectos positivos de la personalidad y propone los objetivos, sin condicionantes imperativos,

teniendo en cuenta primero y siempre que no es lo que pensamos que se deba hacer, es lo que el paciente desde su manera particular de ser, y de manifestar su adicción, necesita.

Por otro lado, además de un fortalecido vínculo terapéutico y unas técnicas utilizadas asertiva y responsablemente, en la intervención de la farmacodependencia surge una necesidad interdisciplinaria, pues este es un fenómeno multicausal, que incluso afecta diferentes áreas del sujeto, por ello el CIAF, siendo un CAD de baja complejidad cuenta con médico, psiquiatra y trabajadora social, todos ellos con la posibilidad de intervenir según el caso y dar sus aportes profesionales en el análisis de casos en los staff clínicos.

También se requiere que las familias avancen junto al paciente, para ello, el área de Trabajo social, ofrece una intervención donde los familiares también puedan desarrollar habilidades apropiadas para el manejo de esta problemática, haciendo énfasis en el manejo de vínculos afectivos, normas y límites al interior de cada núcleo familiar en particular. De acuerdo a la experiencia de atención a usuarios en el CIAF, cuando los familiares de un usuario participan del proceso, se tiene que hay un mejor pronóstico en el tratamiento de la adicción pues hay inicialmente un mejor entendimiento entre usuario y familia, además de que se educan juntos en características y conceptos específicos de este fenómeno, como por ejemplo los factores de riesgo y protección implicados en la adicción de cada paciente.

CONCLUSIONES

- ✓ El establecimiento del vínculo terapéutico es esencial para la consecución de la empatía que favorezca el optimismo frente las metas.
- ✓ Para orientar asertivamente un proceso psicoterapéutico no es necesario centrarse en aspectos negativos o patológicos. Un paciente adicto tiene potencialidades que pueden incluso servir de factores protectores de las metas que se establezcan. Reforzar lo positivo en el paciente siempre puede ser además de un buen enganche al proceso, uno de los caminos para la recuperación.
- ✓ Se deben resaltar los logros obtenidos por el paciente y pedir retroalimentación de lo construido en terapia. La entrevista motivacional es una herramienta acertada en este tipo de intervención.
- ✓ Si bien es cierto que las investigaciones muestran eficacia de las técnicas cognitivas y conductuales, no se debe olvidar que cualquiera de ellas debe ajustarse a lo que el

paciente necesita; tanto las tareas como las técnicas tienen que ser un asunto que favorezca el vínculo y el trabajo colaborativo.

- ✓ No hay que “acumular” instrumentos psicométricos en el proceso de evaluación, el número y el tipo de estos deben depender del objetivo terapéutico para el que sean propuestos; psicometrizar en exceso puede alejar al terapeuta del objetivo establecido o del diagnóstico que inicialmente quería confirmar o descartar. La psicometría es solo una herramienta, no puede ser la base de la intervención psicoterapéutica.

- ✓ La intervención interdisciplinaria (psiquiatría, trabajo social, medicina, psicología) es un factor básico en el tratamiento integral de un paciente adicto, quien necesita buenas redes de apoyo y la intervención oportuna de cada profesional, dependiendo de las áreas en las que se encuentre afectado.

- ✓ En el tratamiento de las adicciones hay que “desencasillarse” del trabajo estrictamente individual, pues la utilización de grupos psicoeducativos por ejemplo es una experiencia donde compartir con otros pacientes y familias resulta útil y enriquecedor a varios niveles; el paciente reconoce la universalidad de sus dificultades, aprende sobre otros casos parecidos al suyo, recolecta información de su trastorno que posiblemente no tenía, además, vive el “desafío de estar sin drogas” junto a su familia o compañeros, en un espacio diferente a lo cotidiano.

GUIA COGNITIVA DE INTERVENCION

METAS TERAPEUTICAS

- 1. Reducir la frecuencia e intensidad del hábito de consumo.
- 2. Reducir los daños causados por el consumo.
- 3. Potencializar las habilidades y factores protectores propios del usuario.
- 4. Intentar situar el sistema de creencias más próximo a la realidad
- 5. Enseñar al usuario técnicas cognitivas y conductuales validas para avanzar en su proceso.
- 6. Incremento de habilidades de Autocontrol. Practicando el retraso de la gratificación y aprendiendo técnicas de afrontamiento como la anticipación y la resolución de problemas.
- 7. Conseguir que la “fuerza de Voluntad”, se valore. Convertir el compromiso de no consumir la sustancia en una meta importante y valorada.

MOMENTOS: (Es necesario aclarar que aunque en esta guía se propone un orden (momentos) , desde la terapia cognitiva se puede evaluar, identificar e intervenir de manera simultanea durante las sesiones, dependiendo del estilo del terapeuta)

1. EVALUACION

Técnicas predominantes

Dialogo Socrático

Escucha Activa

Auto registros

Aplicación de Cuestionarios de consumo.

Autobiografías.

A. ESTABLECIMIENTO DEL VÍNCULO Identificar los pensamientos automáticos. (presuposiciones) tanto del paciente como del propio terapeuta en cuanto al proceso que comienza, que puedan sesgar la consecución de la empatía y el optimismo frente las metas.

Para tener en cuenta

- Establecer el Rapport (*escuchar, reflexionar, demostrar autenticidad y una consideración positiva*).

Fomentar la confianza

Proteger la Confidencialidad

Mantener comunicación sincera, humilde y abierta.

Mantener un espíritu de colaboración pero no permitir confabulación con el paciente.

Permanecer centrado en las metas del tratamiento y en las habilidades favorables.

B. INSTRUIR A LOS PACIENTES EN LA TERAPIA COGNITIVA Explicar de manera grafica la relación Pensamiento – Emoción – Conducta. Recordando lo importancia de lo que pensamos sobre las acciones.

Advertir a los pacientes que se les enseñará a modificar sus creencias y conductas.

Esto permite que el paciente entienda porque asistir al centro la va a ayudar con su hábito de consumo, además da credibilidad al terapeuta.

C. DATOS PERTINENTES SOBRE LA INFANCIA: Además de los datos generales que son conocidos en el proceso de inscripción y la primera cita de evaluación con el psicólogo de planta, el terapeuta asignado debe recolectar datos pertinentes del pasado, como antecedentes familiares de consumo, maltrato intrafamiliar, no acceso a la educación, padres permisivos o autoritarios, vínculos afectivos importantes y relación con los pares o/y hermanos , pues, aunque desde el modelo cognitivo se trabaja en el aquí y el ahora, se hace necesario, tener en cuenta información relevante, que ayude a comprender el estado actual del paciente. Principalmente se recogen datos sobre dinámicas familiares inapropiadas que mantienen el consumo, influencias sociales y afectivas que han ejercido su poder en el usuario, algunas conductas y creencias aprendidas y pensamientos y situaciones que aporten al desarrollo inapropiado de sus autoesquemas, entre otros que el terapeuta considere según el caso.

En este momento, no es necesario hacer énfasis en la problemática de consumo, esto se hará mas adelante, pues aquí, se trata es de conocer mejor los rasgos, la historia de vida y las necesidades del paciente que consulta

D. PRECISAR EL MOTIVO DE CONSULTA: Siendo el motivo de consulta al Centro, expresado de diferentes maneras, las problemáticas que le generan al paciente el consumo de cualquiera de las sustancias psicoactivas, se debe conocer a fondo el papel que cumple tal sustancia en su historia antes y después de empezar a utilizarse, así, el terapeuta podrá precisar desde el principio el significado funcional del consumo, o sea la particular relación “*ese paciente - SPA*”.

¿Como actuaba o se sentía antes consumir la sustancia?

¿Cómo empezó a utilizar la sustancia?

¿Por qué piensa que no ha podido frenar el consumo por si mismo?

¿Cómo cree que se relaciona las situaciones sociales, familiares y personales con su consumo?

¿Cómo cree se pasa del consumo al abuso o dependencia?

¿Qué ventajas y desventajas encuentra en el consumo?

¿Está motivado en el proceso que comienza? ¿Desea en realidad disminuir su consumo?

Estas dos últimas se trabajarán de diferentes maneras en la fase de evaluación para crear conciencia de la necesidad de intervención.

E. INSTRUIR AL USUARIO EN SU PROBLEMÁTICA (PSICOEDUCACIÓN):

Enseñar al usuario las características de la sustancia (s), confrontarlo con los posibles daños ocasionados por el consumo. Instruirlo acerca de los términos relacionados con su conducta de consumo (dependencia, tolerancia, uso, abuso, policonsumo, recaída, entre otros que se consideren necesarios). Según el caso instruirlo acerca de su trastorno específico. (dependencia de sustancias, abstinencia de inhalantes, etc.)

Esto permite el enganche, pues el paciente comienza a ser consciente de que su consumo puede constituir en realidad un problema para si mismo, no solo para su familia o institución educativa.

F. PEDIR RETROALIMENTACIÓN AL PACIENTE: Escuchar las expectativas y necesidades específicas del usuario, con respecto a la terapia y a su consumo.

EN TODAS LAS SESIONES se debe motivar al paciente para que haga una retroalimentación final de lo trabajado. Así el terapeuta se asegura de que el paciente ha comprendido y si esta o no de acuerdo con su proceso psicoterapéutico.

Esto también permite identificar pensamientos automáticos.

G. IDENTIFICACION. Identificar las creencias Anticipadoras y Permisivas.

Reforzar creencias adaptativas.

- **Características Predisponentes** Identificar Características de personalidad que existían antes de iniciar el consumo y que predisponen a este. (Baja tolerancia a la Frustración, bajo control de impulsos, pocas habilidades sociales, tendencia depresiva, entre otras).

Algunas de estas características pudieron no estar antes sino acentuarse, tras muchos años de consumo, generalmente cuando el estilo de respuesta del paciente es evitativo.

Con estas características se podría en cierto modo, determinar si se utiliza la droga como escape de situaciones específicas.

- **Disponibilidad de la droga** Identificar los factores sociales y demográficos que permiten al paciente tener disponible la sustancia.
Esto permite acercarnos al contexto del sujeto, identificando factores de riesgo sociales y de estilo de vida.
- **Ideas Adictivas** Identificar ideas centradas en la búsqueda de placer, resolución de problemas, alivio o escape. *El objetivo de esta identificación es explorar el SIGNIFICADO FUNCIONAL que tienen para el paciente el uso de la droga.*
“Creencias que le permiten al paciente consumir drogas”
- **Situaciones Estimulo** Identificar situaciones específicas en las que se activan las creencias sobre la utilización de la sustancia.
Esto permite asociar personas significativas, estados emocionales y eventos al consumo.
“Los consumidores parecen estar dirigidos por estímulos, se debe advertir que cualquier ilustración de la sustancia será suficiente para excitarlos”. (Beck et al, 1999) (Ver tipos de Craving)
- **Ideas Conflictivas** Identificar las creencias opuestas acerca del uso o no de la droga. La fuerza de cada creencia en un momento determinado influirá en la decisión del paciente de utilizar o abstenerse. Generalmente generaran o aumentaran el malestar.
Esto permite explorar las habilidades del paciente en resolución de problemas.
- **Bloqueo Cognitivo.** Identificar los procesos atencionales que posiblemente se dirigirá a la utilización de la droga, cuando se experimenta el craving. ¿Incrementa la tendencia a centrarse en estrategias instrumentales?, ¿Se olvidan o se ignoran los efectos devastadores anteriormente reconocidos? ¿Tiene dificultad en reconocer las razones de porque no quería consumir?
Esto permite identificar cuando el usuario elude la información realista y que tan “consciente” esta de este bloqueo, se empieza a explorar el concepto de voluntad.

Nota: La fase de evaluación es básica para el conocimiento de la problemática, tanto para el paciente como para el terapeuta; así que, da a conocer al terapeuta, de forma más específica (asertiva), la relación que cada joven tiene desde la realidad (aquí y ahora) con la sustancia, para luego proponer un plan de intervención adecuado a las necesidades específicas.

Todo esto, recordando que el consumo de SPA tiene en sí mismo un conjunto de creencias sesgadas a nivel social que no tienen muy en cuenta el significado funcional que el

consumo tiene para cada individuo, en especial para los adolescentes, que por su momento de desarrollo tienen una escasa motivación para reducir el consumo.

B. DIAGNOSTICO

En el CIAF, se sugiere la utilización de algunos cuestionarios para el apoyo de la evaluación, diagnóstico e incluso como una herramienta para establecer o modificar objetivos terapéuticos:

- El POSIT (Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers): la aplicación de este cuestionario se sugiere no solamente a aquellos adolescentes de quienes se sospecha que están utilizando drogas, sino a todos aquellos que puedan ser captados en diferentes contextos con el propósito de identificar posibles problemas en las diferentes áreas de la vida de los jóvenes. (Mariño, M. Gonzales, C., Andrade, P. & Medina, M, 1998).
- Cuestionarios de Diagnóstico y Seguimiento de pacientes adictos: Cuestionario de perfil de consumo (CPC), Perfil de Severidad de consumo de cocaína (PSCC) y Cuestionario de perfil de Craving (Craving Test) recopilados por Eduardo Kalina (2000), y confeccionados por Fernández Labriola y Guillermo Dorado (1997). Estos fueron diseñados para cualquier tipo de adicciones y pacientes poliadictos aunque su primer empleo clínico fue realizado en una población de adictos a la cocaína, todos estos son para el uso en entrevistas diagnósticas y de seguimiento.
- El Inventario de Situaciones Precipitantes de Recaída, el Inventario de Conductas de Afrontamiento (Adaptación: García González, 1987) y el Cuestionario Breve de alcoholismo, CAGE (Mayfield, McLeod y Hall, 1974), son también empleados para el seguimiento y profundización de tales factores, además de la hoja de Autorregistro de consumo (Robertson y Heather, 1986), todos estos, recopiladas en el Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud (Citados por Buela, Sierra & Caballo 1996).
- El uso y abuso de sustancias psicoactivas en la adolescencia están altamente relacionados con trastornos como la distimia, los trastornos adaptativos, el TDAH, los trastornos de conducta y el trastorno depresivo mayor. Este último comparte con los Trastornos Relacionados con sustancias (TRS), en la adolescencia, factores comunes como: la disfunción familiar, la baja autoestima y la psicopatología en familiares en primero y segundo grado. Su temprana identificación, es útil en seguimiento terapéutico para valorar la respuesta al tratamiento por uso y/o abuso de drogas, por ello se sugiere también la utilización de la Escala de Birlson (Depression Self Rating Scale. DSRS), diseñada para cuantificar la severidad de la

sintomatología depresiva en niños y adolescentes y para supervisar la respuesta al tratamiento. (De la Peña Lara, Cortes, Nicolini, Páez, & Almeida, 1996)

- La entrevista MINI (MINI International Neuropsychiatric Interview. 2000) es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM IV y el CIE10, en la que se incluyen los cuadros de Abuso y dependencia de alcohol y los Trastornos Asociados al Uso de Sustancias Psicoactivas No Alcohólicas.
- Cuadro de ventajas y desventajas del consumo, el cuestionario de Auto esquemas, los manuales DSM IV y CIE 10 para consultar y la información interdisciplinaria que arroja la interconsulta con médico, psiquiatra y/o trabajadora social, para el apoyo diagnóstico de cada usuario.
- Levantamiento del Perfil Cognitivo, a través de una serie de instrumentos que evalúan lo siguiente: Creencias centrales de trastornos de personalidad, esquemas Maladaptativos tempranos, Pensamientos automáticos y Estrategias de afrontamiento (coping).

2. INTERVENCION

La intervención psicoterapéutica se desarrolla partiendo de unas metas específicas establecidas, pero estas con el paso del tiempo se pueden ajustar a medida en que el paciente responde. Es un trabajo activo directivo en el que los objetivos y las técnicas pueden variar según el caso. Hay muchos modelos de intervención en la T.C, las siguientes son un ejemplo de fases del tratamiento, señaladas por Freeman (1988):

- 1º Evaluar y conceptualizar los problemas del paciente.
- 2º Desarrollar las prioridades del plan de tratamiento.
- 3º Educación y socialización del paciente en el modelo de trabajo cognitivo (relación pensamiento-afecto-conducta, registro, etc.).
- 4º Colaboración con el paciente en el aprendizaje y uso de técnicas cognitivas y conductuales.

*Las dificultades en el tratamiento de la mayoría de los pacientes que acuden al CIAF, están relacionadas con que no consultan, generalmente, por demanda propia o no están interesados realmente en dejar su consumo. Por esta causa, **trabajar como objetivo el logro de la colaboración suele ser esencial**; cuando el consultante presenta algún problema asociado (p.e*

depresión, ansiedad, otros síntomas) de tipo "egodistónico" (molesto para él y con necesidad de ser cambiado) se debe de comenzar por este punto como "puente" para abordar luego los esquemas cognitivos que mantiene su adicción, y como vía para lograr una base motivacional. También suele ser necesario que el terapeuta tenga "insight" de sus propios esquemas cognitivos personales, y los haya trabajado si resultan disfuncionales.

El trabajo con los esquemas cognitivos consiste en:

A) Lograr una finalidad:

- a) Que el paciente identifique varias reglas que aplica a aspectos de su vida que le hacen vulnerable (insight).
- b) Que el paciente desarrolle alternativas cognitivas-conductuales a esas reglas.

B) Tener en cuenta varias opciones de trabajo con los esquemas:

- 1ª OPCIÓN: REESTRUCTURACIÓN DE ESQUEMAS. Implica sustituir las reglas por otras nuevas. Suele ser un objetivo muy difícil y con una larga duración.
- 2ª OPCIÓN: MODIFICACIÓN DE ESQUEMAS. Implica modificar algunos aspectos situacionales de la regla (p.e en el sujeto adicto su respuesta ante gente y situaciones específicas).
- 3ª OPCIÓN: REINTERPRETACIÓN DE ESQUEMAS. Implica la comprensión por el paciente (insight) de como ciertas reglas interfieren en determinados aspectos de su vida.

La identificación de ideas disfuncionales, hecha en el momento de evaluación, sería la materia prima para que el terapeuta empiece a comprender en términos cognitivos el funcionamiento de este paciente, para empezar a confrontarlo y desarrollar nuevas alternativas de pensamiento y respuestas conductuales.

*Para la Reinterpretación de esquemas que sería un objetivo más realista en el periodo de tiempo en el que los consultantes asisten al CIAF, ya el terapeuta organiza la información en términos de: **Pensamientos Automáticos, Reglas creencias o supuestos condicionales, Estrategias compensatorias, Esquemas y creencias nucleares***

Para esta intervención en particular y como ayuda para que se conceptualice el caso, hay que tener en cuenta además el estado emocional actual y el o los tipos de Craving que el paciente presenta.

Los tipos de Craving que Beck, et al (1999) proponen son:

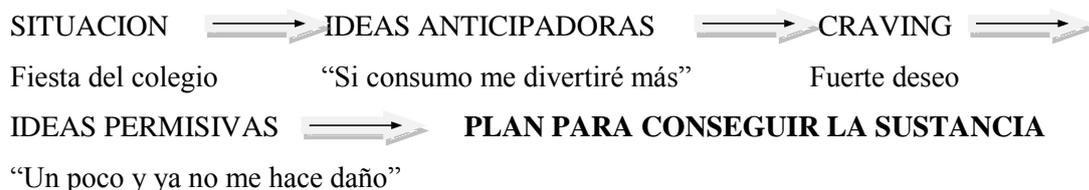
CRAVING COMO RESPUESTA A LOS SINTOMAS DE ABSTINENCIA: Necesidad de sentirse bien de nuevo. De estar bajo los efectos. *Recordarle al paciente que los síntomas de abstinencia no son eternos.*

CRAVING COMO RESPUESTA A LA FALTA DE PLACER: Intentos por mejorar el estado de ánimo de la forma mas rápida e intensa posible. Desmitificar *la idea de que las drogas te hacen feliz a partir de hechos reales.*

CRAVING COMO RESPUESTA CONDICIONADA A LAS SEÑALES ASOCIADAS CON DROGAS: Asociar estímulos neutros a la intensa recompensa obtenida de la droga. *Identificarlos junto al paciente para que este consciente de tales estímulos.*

CRAVING COMO RESPUESTA A LOS DESEOS HEDONICOS: Deseo de aumentar experiencias positivas.

Luego de conocerse el o los tipo de Craving, se tiene en cuenta el siguiente esquema en el que se describe como funciona la información del paciente en el momento en que su Craving (deseo irrefrenable de consumir) se activa, este esquema es entonces útil para el momento de intervenir las ideas que llevaran a cabo la acción de consumir. Si se recrea en el espacio terapéutico la situación y se enseñan a identificar las ideas anticipadoras y permisivas, es posible que el paciente se entrene para generar pensamientos alternativos a estas creencias. Si el paciente en la realidad, llega al plan para conseguir la sustancia, es muy poco probable que haya algo que lo detenga. Se necesita identificar y entrenar el pensamiento del paciente para el momento en el que su Craving se activa.



TECNICAS COGNITIVAS Y CONDUCTUALES ESPECÍFICAS. (Ruiz & Cano, 2000)

Técnicas cognitivas:

1. **COMPRESIÓN DE SIGNIFICADOS ASOCIADOS A LOS PENSAMIENTOS DEL PACIENTE:** p.e ¿Qué quiere decir con que no "no puedo disfrutar el baile sin la droga"? *Se utiliza para especificar pensamientos generales y vagos.*
2. **CUESTIONAMIENTO DE EVIDENCIA:** *Se usa para buscar evidencias para retar el mantenimiento de pensamientos y creencias (p.e ¿qué pruebas tiene usted para mantener la idea que nadie le quiere?).*
3. **RETRIBUCIÓN:** *Se utiliza para modificar las atribuciones- interpretaciones que el paciente utiliza (p.e ¿pueden haber otras causas que expliquen el la separación de sus padres, aparte de que usted piense que fue debido a usted?*
4. **EXAMEN DE OPCIONES ALTERNATIVAS:** *Se usa para que el paciente se dé cuenta que los acontecimientos pueden ser interpretados desde otras conductas de afrontamiento a ciertas situaciones (p.e su amigo se cruzó con usted y no le habló, usted pensó que debía de estar disgustado y no le saludó, ¿se pudo deber a otras causas, pudo usted comprobarlo?, ¿cómo?).*
5. **ESCALAS:** *Se utiliza como un modo de dar alternativas a una experiencia que se percibe como global y catastrófica (p.e usted dice que tiene mucho miedo de exponer su punto de vista ante los demás: hagamos una escala de situaciones de menos a más dificultad donde coloquemos gradualmente esta dificultad).*
6. **USO DEL CAMBIO DE IMÁGENES:** *Por ejemplo el paciente mantiene imágenes de contenido catastrófico relacionadas con su ansiedad por consumir. El terapeuta ayuda al paciente a manejar situaciones con el afrontamiento gradual con relajación y auto-instrucciones incompatibles a las cogniciones derrotistas.*
7. **ETIQUETADO DE DISTORSIONES COGNITIVAS:** *El paciente después de identificar su pensamiento relacionado con el malestar lo etiqueta como un modo de separación emocional del mismo (p.e ¿Y si no puedo vivir sin drogas? ¡Ya estoy otra vez catastrofizando las cosas!).*
8. **ASOCIACIÓN GUIADA:** *El terapeuta va explorando los significados asociados a un determinado pensamiento o creencia (p.e P: Puedo suspender matemáticas, T: ¿Y entonces que pasaría?, P: No pasaría de curso..., T: ¿Y entonces?, P: Soy un fracasado).*
9. **DISTRACCIÓN COGNITIVA:** *Es muy útil para los problemas de ansiedad. Se induce al paciente a utilizar pensamientos, imágenes, sensaciones y conductas incompatibles con las ansiosas (p.e relajación) rompiendo sus círculos viciosos.*

10. AUTOINSTRUCCIONES: *Se utiliza para reemplazar los auto-diálogos inadecuados o deficitarios de los pacientes* (p.e en un paciente impulsivo, "Bien lo primero que haré es...").
11. EXAMEN DE VENTAJAS Y DESVENTAJAS DEL MANTENIMIENTO DE UNA CREENCIA: (p.e usted piensa que la droga puede darle poder con las mujeres: bien, hagamos una lista de las ventajas e inconvenientes de mantener esta creencia).

• El cuadro de “**Ventajas y Desventajas de Consumir**” es muy útil en el tratamiento de la adicción ya que permite que: 1: el paciente se haga consciente de que existen muchos daños asociados al consumo y 2: El paciente se entera que Las Ventajas que refiere son en realidad NECESIDADES NO SATISFECHAS (Vacíos a nivel personal) y las Desventajas de consumir se convierten en RAZONES para reducir o dejar el consumo. *Se le enseña al paciente a dar valor y recordar día a día cuales son las razones que motivaran su cambio y cuales serían las acciones alternativas para satisfacer las necesidades vistas como ventajas de consumir, pero que en realidad pueden ser una forma de escape, es decir, el paciente entenderá que la utilización que le ha dado a la droga puede ser una forma de no afrontar lo que en verdad le hace falta.*

El adicto debe aprender a intercambiar el placer que le genera el consumo de droga por otros placeres menos dañinos.

Técnicas conductuales:

1. PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES; Se utiliza para que el paciente ejecute una serie de actividades alternativas en el tiempo (p.e actividades gimnásticas en la situación de soledad donde el paciente suele llorar).
2. ESCALA DE DOMINIO Y PLACER: El paciente lleva un registro de las actividades que realiza a lo largo de un día y va anotando hasta qué punto las domina y que grado de placer le proporciona. Esta información es utilizada tanto para la modificación de creencias erróneas como para la programación de conductas gratificantes.
3. ASIGNACIÓN DE TAREAS GRADUADAS: Cuando el paciente tiene ciertas dificultades para ejecutar una conducta dada, el terapeuta elabora con él conductas graduales de menor dificultad en acercamiento hacia esa conducta final (en secuencias de modo que la superación de un paso haga más accesible el siguiente).
4. ENTRENAMIENTO ASERTIVO: Se utiliza para que el paciente aprenda modos alternativos de resolución de conflictos interpersonales de modo que exprese sus deseos, derechos, opiniones, sentimientos, respetándose a sí mismo y a su interlocutor.

5. **ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN:** Se utiliza como técnica para que el paciente aprenda a controlar sus sensaciones de ansiedad. Puede incluir técnicas de meditación, yoga, etc.
6. **DISTRACCIÓN CONDUCTUAL:** Se utiliza para programar actividades incompatibles con las conductas problemas (p.e al paciente insomne se le indica que no permanezca más de 10 minutos en la cama sin dormir, que salga de la habitación y se ponga a leer en vez de quedarse en la cama dándole vueltas a los problemas del día).
7. **REPASO CONDUCTUAL/ROL PLAYING:** El paciente con el terapeuta recrean escenas que el paciente ha vivido recientemente con dificultades, adoptan papeles y van introduciendo modificaciones en ella hasta llegar a unas conductas más adecuadas.
8. **PSICO-DRAMATIZACION:** El paciente y el terapeuta pueden representar escenas pasadas significativas donde se han generado sus significados personales disfuncionales, de modo que se activen su secuencia interpersonal-cognitiva-emocional, y se generen alternativas también representadas.
9. **EXPOSICIÓN IN VIVO:** El paciente afronta las situaciones en que casi siempre consume y que este evita, hasta que en su presencia deja de hacerlo.

Otras opciones validas para potencializar las factores protectores son enseñar al paciente técnicas de resolución de problemas, de control de impulsos, y aplicar cuestionarios en los que se encuentren y especifiquen sus dificultades relacionadas con su consumo. Este material, es una buena herramienta para precisar metas terapéuticas y completar el diagnostico.

NOTA: Los pacientes consumidores de SPA, generalmente necesitan “tocar fondo” en algún aspecto de sus vidas para tener la voluntad de cambiar su conducta. Con quienes han sufrido daños serios a causa del consumo es mas fácil trabajar este modelo, los adolescentes que aun no tienen conciencia de daño necesitan un énfasis psicoeducativo y un tratamiento interdisciplinario con sus padres para que a partir de la potencialización de sus habilidades, el mejoramiento de las pautas de crianza y la relación con sus familiares se fortalezcan factores protectores que limitaran que el uso de cualquier sustancia se vuelva dependencia, en principio el dialogo socrático con confrontaciones acerca de los mitos que hay alrededor de las sustancias, el registro de las horas empleadas y desperdiciadas por el consumo (“Técnica del pastel”. Beck, J. 1995), que tiene directa relación con su proyecto de vida y la visualización de casos reales (video-foro) en los que se demuestren los daños causados por las drogas, suelen ser útiles para empezar a crear conciencia de cambio, pero si el paciente no esta dispuesto a hablar o cuestionar su consumo, es muy probable que haya deserción, por ello el establecimiento del vinculo

empático es básico y siempre se debe aclarar a este tipo de paciente que si no esta preparado o motivado ahora para reducir su consumo, el Centro tendrá siempre las puertas abiertas para el momento clave en que lo crea pertinente.

4. PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

En el momento en el que el paciente haya abandonado su consumo o lo haya reducido a un punto en el que él considere, que no le impide desempeñarse en las diferentes áreas o no le genera angustia, o si recibimos a un paciente que esta abstemio y tiene temor de recaer en su consumo; empieza el entrenamiento en prevención de recaídas, en este, se fortalecen diferentes habilidades como las que tienen que ver con resolución de problemas y toma de decisiones. El cuestionario antes presentado de “Situaciones Precipitantes de Recaída”, es útil en este momento pues muestra algunas alternativas ya conocidas como “peligrosas” para la mayoría de los pacientes y estimula al paciente para que proponga o reconozca en sí mismo otras situaciones en las que necesite ser mas asertivo, o sea en las que necesita entrenarse.

Los programas cognitivos-conductuales (fundamentalmente basados en el entrenamiento de habilidades) y, en particular, el modelo de Prevención de Recaídas (PR) de Marlatt y Gordon (1985), se pueden considerar hoy en día un método general de afrontamiento de las recaídas en el consumo de drogas.

La PR es un paquete de tratamiento que incluye diferentes técnicas cognitivo conductuales: identificación de situaciones de alto riesgo para la recaída, entrenamiento en habilidades de afrontamiento ante situaciones de riesgo, autorregistro y análisis funcional del uso de drogas, estrategias para afrontar el craving y los pensamientos asociados al uso de sustancias, afrontamiento de las recaídas o consumos aislados (lapses) y entrenamiento en solución de problemas; los diferentes estudios muestran que las diferencias entre las modalidades individuales y de grupo no alcanzan diferencias significativas (Irvin, Bowers, Dunn, & Morgan, 1999).

La terapia conductual familiar y de pareja se centra básicamente en el entrenamiento en habilidades de comunicación y en el incremento de la tasa de reforzamiento positivo en las relaciones familiares.

Para trabajar la “Prevención de recaídas”, cada sesión se enfoca a una situación específica de riesgo de recaída y se enseñan varias habilidades para manejar dicha situación. Este acercamiento, incluye típicamente ocho sesiones, cada una de las cuales se centra en un tipo

de situación que presenta una alta posibilidad de recaída. Estas situaciones se clasifican en cuatro grandes categorías

- 1 Frustración y enfado
- 2 Tentaciones interpersonales (ofrecimiento de una bebida)
- 3 Estados emocionales negativos y
- 4 Tentaciones intrapersonales.

Estas diversas situaciones así como las estrategias adecuadas para manejarlas se encuentran descritas en el modelo de Marlatt y Gordon (1985); según ellos, la prevención de recaídas se puede desarrollar en terapia individual o en terapia de grupo incluyendo en cada sesión los siguientes componentes:

Instrucciones directas de estrategias de afrontamiento para situaciones específicas.

Modelado de dichas situaciones por los terapeutas o por los miembros del grupo.

Ensayo de las conductas en juego de roles.

Retroalimentación acerca de las respuestas de los pacientes y de lo que los pacientes piensan durante estas situaciones ensayadas e

Instrucciones acerca del proceso cognitivo para generar las respuestas alternativas a las situaciones de riesgo.

La fantasía de recaída es una de las estrategias específicas para la evaluación de situaciones de alto riesgo propuestas por Marlatt y Gordon (1985). Consiste en que el sujeto debe imaginar cómo cree que podría ocurrir su vuelta al antiguo hábito de consumo de drogas. Es decir, el terapeuta evalúa las situaciones de riesgo potenciales a través de cómo el paciente percibe la posibilidad de una recaída y cómo cree que se sentiría y se comportaría en esa situación (Secade, 1997).

En la prevención de recaídas y seguimiento se detectan las posibles situaciones de riesgo y se ensayan alternativas de modo anticipado (prevención cognitiva) y se realiza un seguimiento con intervalos cada vez mayores entre las consultas para atribuir los logros al paciente.

Referencias:

- Arnett, J. (1992). Reckless behavior in adolescence: A developmental perspective. *Developmental Review, University of Missouri-Columbia U.S.A* (Vol.12) (339–373) <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/027322979290013R>.
- Beck, A., Wright, F., Newman, C y Liese, B. (1999). *Terapia Cognitiva de las Drogodependencias*. Buenos Aires: Paidós.
- Beck, J. (1995) *Terapia cognitiva. Conceptos Básicos y Profundización*. España: Gedisa.
- Becoña, E., y Martín E. (2004) *Manual de intervención en drogodependencia*. España: Síntesis.
- Belloch, A., Sandín, B., y Ramos, F. (1995). *Manual de psicopatología*. España: McGraw – Hill.
- Buela, G., Sierra, J., Caballo, V. (1996) *Manual de Evaluación en psicología clínica y de la salud Siglo XXI*. Madrid.
- Chesa, D., Abadías, M., Fernández, E., Izquierdo, E. y Sitjas, M. (2004). El craving, un componente esencial en la abstinencia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. (Nº 89). <http://www.revistaen.es/index.php/aen/article/view/15871>
- De la Peña., Lara, M., Cortes, J., Nicolini, H., y Almeida, L. (1996) Traducción al español y validez de la escala de Birleson (DSRS) para el trastorno Depresivo Mayor en la adolescencia. *Revista Salud Mental* (V.19)
- Dinges, M. y Oetting, E. (1993). Similarity in drug use patterns between adolescents and their friends. *Adolescence*, (28) (253-266).
- Ellis, A., Mcinerney, J. y Raymond, D. (1992). *Terapia Racional Emotiva con Alcohólicos y Toxicómanos. Manual para Profesionales de la Psicología*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Fernández-Labriola, R. y Dorado, G. (1997) *Adicciones. Aportes para la Clínica y terapéutica*. Buenos Aires: Paidós.
- Freeman, A. (1988) *Cognitive therapy of personality disorders. General treatment considerations*. Cognitive psychotherapy. Berlín: Springer-Verlag.

Goleman, D. (1996). *Emotional Intelligence*. Kairós.

Gottfried, Jay, A, John O'Doherty, J y Raymond J. (2003) Encoding Predictive Reward Value in Human Amygdala and Orbitofrontal Cortex. *Science*. (Vol. 301)
<http://www.sciencemag.org/content/301/5636/1104.full.pdf>

Irvin, J., Bowers, C., Dunn, M. y Wang, M. (1999) Efficacy of relapse prevention: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* (V 67) (4) (563-570).

Keyes, C (2002) the mental health continuum: from languishing to flourishing in life. *Journal of health and social research*. (V43) (207 – 222). <http://www.jstor.org/pss/3090197>.

Le François, G. (2001). *El Ciclo de la Vida*. México: Thomson.

Mariño, M., Gonzales, C., Andrade, P. y Medina, M. (1998). Validación de un cuestionario para detectar adolescentes con problemas por el uso de drogas". *Revista Salud Mental* (V21) (Nº1) (27- 36).

Marlatt, G. y Gordon, J. (1985). *Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guildford Press.

Peele, S. (1985) *Meaning of addiction: Compulsive experience and its interpretation*. England: Lexington Books/D. C. Heath and Com.

Ruiz, J. y Cano, J. *Manual de psicoterapia cognitiva*. (2000) *Aplicaciones clínicas: Elementos básicos*. <http://www.psicologiaonline.com/ESMUbada/Libros/Manual/manual18.htm>

Safran, J (1994) *El proceso interpersonal en la terapia cognitiva*. España: PAIDOS (377).

Secades, R., (1997). Evaluación conductual en prevención de recaídas en la adicción a las drogas: Estado actual y Aplicaciones clínicas. *Revista Psicothema*, Oviedo (V9) (nº 2) (259-270). <http://www.psicothema.com/pdf/96.pdf>

Segal, B. (1997). The inhalant dilemma: A theoretical perspective. *Drugs and Society* (10) (79-102)

Tomas, V. y Sánchez, (2006) *Tratamiento psicológico: abordaje individual y grupal*. España: Medica Panamericana.