

TRABAJO FIN DE MASTER

MEMORIA DE PRÁCTICAS

PSICOTERAPIA EN PERSONAS CON
TRASTORNOS ADICTIVOS

PARTE I

AUTOR: EMILIO MORENO BURGUILLO

DIRECTORA DEL MÁSTER: MARISOL NAVAS LUQUE

TUTORA: FRANCISCA LÓPEZ RÍOS

FECHA: JUNIO 2011



UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

ÍNDICE	PÁGINA
1. PRESENTACIÓN	2
2. RESUMEN	3
3. INTRODUCCIÓN	4
4. CLINICA DE PSICOLOGÍA OLIVENCIA	7
5. MARCO TEÓRICO DE INTERVENCIÓN	8
5.1. ¿QUÉ SON LAS TERAPIAS DE TERCERA GENERACIÓN?	9
5.2. PSICOTERAPIA ANALÍTICO FUNCIONAL (FAP)	12
5.3. TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (ACT)	14
5.4. TERAPIA DIALECTICO-CONDUCTUAL DE LINEHAN (TDC)	18
5.5. PREVENCIÓN DE RECAÍDAS	20
5.5.1. MODELO DE PROCHASKA Y DICLEMENTE	21
5.5.2. ENTREVISTA MOTIVACIONAL (EM)	26
6. ESTRUCTURA DEL TRATAMIENTO	29
7. CONTENIDO DE LAS TERAPIAS GRUPALES (PSICOEDUCACIÓN)	32
8. CONTENIDO DE LAS TERAPIAS DE APOYO/ RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS	39
9. PERFIL DE LOS CLIENTES	42
10. ANÁLISIS DE CAMBIO EN EL PROCESO TERAPÉUTICO (SUJETO I)	43
10.1. INTRODUCCIÓN	44
10.2. PARTICIPANTE	45
10.3. MÉTODO	46
10.4. RESULTADOS	47
10.5. DISCUSIÓN	51
11. BIBLIOGRAFÍA	53
12. ANEXOS	

1. PRESENTACIÓN

El siguiente Trabajo de Fin de Máster corresponde al Máster en Intervención Psicológica en Ambientes Clínicos y Sociales de la Universidad de Almería. Este TFM, toma la forma de una memoria de Prácticas, la cual tiene como objeto la exposición de conocimientos que he adquirido en las prácticas realizadas en la "Clínica de Psicología Olivencia" en el periodo comprendido entre el 18 de Noviembre y el 13 de Marzo de 2010, a razón de entre 15-20 h semanales, siendo el total de 200 horas a realizar para la conclusión de las mismas, y al amparo del convenio suscrito entre la Universidad de Almería y la propia "Clínica de Psicología Olivencia" situada en el municipio almeriense de Roquetas de Mar.

Durante este periodo he recibido abundante información, así como diversificada orientación profesional por parte de los profesionales de dicha clínica, especialmente de Juan José Olivencia (psicólogo especialista en psicología clínica) y Gregorio Gómez (Co-Terapeuta), referente al Tratamiento e Intervención psicológica (individual y grupal) en abuso y adicción a sustancias.

Asimismo he recibido un total apoyo de los profesionales del centro, en lo referente a solucionar mis dudas sobre las tareas a realizar, dinámica de trabajo, haciéndome participe de su trabajo personal con una apertura profesional digna de mencionar, por lo que hago constar aquí mi agradecimiento.

También quiero hacer constar mi agradecimiento a la Universidad de Almería, y a mi tutora Francisca López Rios por el apoyo recibido, en cuanto a orientación y revisión de este Trabajo de Fin De Máster. Por lo que insto a la Universidad de Almería a que estas prácticas se conviertan en algo habitual entre los alumnos de psicología de la Universidad de Almería (ya que he sido el primer alumno que asiste a esta clínica), por lo que de interesante tiene el poder realizar estas prácticas para todo aquel que opta a ser un buen profesional.

2. RESUMEN

Dicho trabajo Fin de Máster, se resume en la confección de una memoria, sobre el trabajo realizado y las observaciones hechas durante las sesiones de terapia grupal e individual registradas en la Clínica de Psicología Olivencia.

Durante el periodo de prácticas, he realizado una observación dinámica del funcionamiento cotidiano de esta clínica, en lo que se refiere al tratamiento e Intervención psicológica en abuso y adicción a sustancias:

- Observación y registro de cada una de las sesiones, tanto grupales como individuales, de los distintos clientes que asisten a terapia.
- Tareas de búsqueda de información existente sobre el Tratamiento e Intervención psicológica en abuso y adicción a sustancias.
- Análisis de las sesiones y posterior reunión con los miembros del .equipo de la clínica. Aprendizaje de un tratamiento efectivo psicológico que combinan todas las herramientas de la **psicología analítica** (basado en las terapias de tercera generación y en la terapia dialectico-conductual de Linehan).
- Seguimiento de casos personalizado de cada uno de los integrantes, de la terapia referente al abuso y adicción a sustancias (Cocaína, Heroína, Hachís y Alcohol). Y análisis/prevención de recaídas.

Esta memoria se acompaña de una descripción del centro y de los ámbitos de actuación de este. Asimismo se acompaña de una introducción conceptual sobre las adicciones. Seguida esta, de un detallado resumen del marco teórico de las terapias en las que se basa el tratamiento usado por los profesionales de esta clínica, así como del propio tratamiento del que se hace uso para tratar a los pacientes en abuso y adicción a sustancias (Cocaína, Heroína, Hachís y Alcohol y otras adicciones).

Seguidamente a esta introducción teórica se realiza un análisis de los distintos clientes pertenecientes al grupo que recibe tratamientos coordinados a nivel grupal e individual en la atención al abuso y adicción a sustancias.

Además he escogido uno de los pacientes para analizar el cambio en el proceso terapéutico que se dan en este, desde el inicio de las prácticas hasta el final de estas.

3. INTRODUCCIÓN

Desde el principio de la humanidad, el hombre ha sufrido trastornos adictivos. Beber alcohol, fumar, mascar hojas de coca etc. son algunos de los ejemplos de sustancias que los humanos hemos a través de nuestra historia. Actualmente además de estas, destacan las nuevas adicciones, algunas derivadas de sustancias, como la heroína, cocaína y drogas de diseño, LSD etc. y otras adicciones de naturaleza comportamental (sin sustancia), como resultado de nuestra sociedad tecnológica, como la adicción a Internet, al juego de azar, al teléfono móvil, a los teléfonos eróticos, al sexo, a las compras, y a un amplio etcétera de conductas que pueden llegar a ser adictivas (Becoña, 1998b).

Por ello, en los últimos años se incluyen distintas conductas bajo la denominación genérica de adicciones o conductas adictivas. Basadas inicialmente en el concepto de dependencia (física y psíquica), y evolucionando a partir del mismo, se aplicaban inicialmente a sustancias psicoactivas que ingeridas por un individuo tenían la potencialidad de producir dependencia. Con el transcurrir de los años se observó que también existían conductas, que sin haber sustancia de por medio, tenían la capacidad de producir dependencia y el resto de las características que tenían las dependencias a las sustancias psicoactivas.

Una característica central a las conductas adictivas, es la pérdida de control. La persona con una conducta adictiva no tiene control sobre esa conducta, aparte de que la misma le produce dependencia, tolerancia,

síndrome de abstinencia y una incidencia negativa muy importante en su vida, que va a ser en muchos casos la causa de que acuda en busca de tratamiento o le fueren a buscarlo. Gossop (1989) definió como elementos característicos de una adicción: 1) un fuerte deseo o un sentimiento de compulsión para llevar a cabo la conducta particular (especialmente cuando la oportunidad de llevar a cabo tal conducta no está disponible); 2) la capacidad deteriorada para controlar la conducta (especialmente, en términos de controlar su comienzo, mantenimiento o nivel en el que ocurre); 3) malestar y estado de ánimo alterado cuando la conducta es impedida o la deja de hacer; y 4) persistir en la conducta a pesar de la clara evidencia de que le está produciendo graves consecuencias al individuo. En la misma línea, Echeburúa (1999) considera como características principales de las conductas adictivas la pérdida de control, la fuerte dependencia psicológica, la pérdida de interés por otras actividades gratificantes y la interferencia grave en la vida cotidiana.

Hoy el primer elemento relevante en las adicciones es delimitar qué entendemos que es una adicción. A pesar de que hay criterios específicos para los distintos trastornos, como la dependencia de sustancias psicoactivas, el juego patológico, etc., todos parten de los criterios de dependencia de sustancias psicoactivas, dado que además en las adicciones, sean con o sin sustancia, se dan los fenómenos de pérdida de control, tolerancia, síndrome de abstinencia, etc. En esta línea, para el **DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 1994)** la dependencia de sustancias psicoactivas se caracteriza por un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres o más de los síntomas que indicamos a continuación, y durante un período continuado de 12 meses.

Estos síntomas son los siguientes:

- 1)** Tolerancia, definida por cualquier de los siguientes ítems: a) una necesidad de cantidades crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado; b) el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.

- 2)** Abstinencia, definida por cualquier de los siguientes ítems: a) el síndrome de abstinencia característico para la sustancia; b) se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- 3)** La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.
- 4)** Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
- 5)** Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (por ej., visitar a varios médicos), en el consumo de la sustancia (por ej., fumar un pitillo tras otro)
- 6)** Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (por ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (por ej., fumar un pitillo tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia.
- 7)** Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas, debido al consumo de la sustancia.
- 8)** Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo (por ej., consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera).

El DSM-IV-TR también considera el abuso de sustancias que es una condición menos grave que la dependencia. En el caso de la dependencia de sustancias, cuando nos referimos a conductas sin sustancia, el diagnóstico sería el mismo sustituyendo sencillamente la palabra sustancia por la "específica" conducta adictiva (ej., juego, sexo, etc.), con los matices para esa específica conducta (Echeburúa, 1999).

4. CLÍNICA DE PSICOLOGÍA OLIVENCIA

Desde hace aproximadamente 15 años, el Gabinete de Psicología abrió sus puertas en Roquetas de Mar y puso a disposición sus servicios de consulta psicológica e intervención terapéutica a clientes particulares en diferentes problemáticas que van desde la atención en problemas de pareja y familia, trastornos de la personalidad, hasta problemas adictivos, pasando por los trastornos del humor y de ansiedad en toda su amplia gama.

El Gabinete de Psicología Olivencia atiende a sus pacientes a las puertas de Roquetas de Mar. Concretamente se encuentra situado en la Avenida del Rey Juan Carlos I, Nº 9, 2º5.

El ámbito de actuación es prioritariamente de intervención en psicopatología general, problemas de familia/pareja y enfermedades adictivas (principalmente la adicción a la cocaína). Haciendo especial hincapié en los aspectos interpersonales y cognitivos-conductuales que están a la base de los trastornos psicológicos, tanto en adultos como en adolescentes. El marco teórico de intervención se enmarca dentro de las terapias psicológicas contextuales denominadas de tercera Generación (Pérez Álvarez, 1996).

El Gabinete de Psicología cuenta actualmente con un psicólogo con título de especialista en Psicología Clínica (Juan José Olivencia), con amplia experiencia en tratamiento de trastornos de ansiedad, personalidad, depresión, control de impulsos y adicciones. Y un Co-Terapeuta (Gregorio Gómez Del Pulgar) con amplia experiencia en la atención de personas con adicción a sustancias (Cocaína, Heroína, Hachís y Alcohol).

Dentro de la intervención en adicciones, la clínica de Psicología Olivencia propone para sus clientes:

- Programas de tratamiento personalizados centrados en la prevención de recaídas, que incluyen, asesoramiento individualizado, asistencia psicológica de trastornos asociados, terapia familiar, terapias de grupo y de apoyo psicológico.

5. MARCO TEÓRICO DE INTERVENCIÓN

El marco teórico de intervención se enmarca dentro de las terapias psicológicas contextuales denominadas de tercera Generación (Pérez Álvarez, 1996).

En la clínica de Psicología Olivencia, el tratamiento aúna diversos elementos de la terapia dialéctico-conductual de Linehan y las siguientes **Terapias de Tercera Generación:**

- ❖ ***Psicoterapia Analítico-Funcional FAP (En conjunción con las 2 siguientes).***
- ❖ ***Terapia de Aceptación Y Compromiso.***
- ❖ ***Otras variantes de la Terapia Cognitivo-Conductual.***

La base del tratamiento es la terapia Dialéctico-Conductual de Linehan, que es un modelo conductual según la autora, aunque cognitivo-conductual según otros. Donde se puede ver en mayor medida cómo actúa este modelo es en la combinación de las terapias de grupo con las terapias individuales.

A todo debemos añadir como parte del tratamiento, dentro de la prevención de recaídas, **el Modelo Transteórico de Cambio de Prochaska y Diclemente (1992)**, en el cual se integran los distintos enfoques antes comentados.

El tratamiento como se ha referido anteriormente, sigue el esquema del modelo transteórico de Prochaska y Diclemente (1992), donde el análisis funcional de la conducta problema (adicción) es prioritario.

Asimismo utiliza la **Entrevista motivacional** para intentar estimular la motivación y favorecer el posicionamiento hacia hábitos sanos enfatizando los puntos de vista del paciente y su libertad de escoger.

Además se usa la entrevista ***Semiestructurada Aceptación-Evaluación*** (Ampliada a partir de entrevista Severidad de la Adicción (***ASI***) (McLellan, Luborsky, Woody y O'Brien, 1980) para tener unos criterios base de consumo del cliente (en las primeras sesiones individuales)

Ya que el tratamiento del que se hace uso, combina elementos de de diversas terapias, empezaré con una introducción teórica sobre las terapias de tercera generación y la terapia dialectico-conductual de Linehan. Incidiré cada tipo de terapia usada en el tratamiento para posteriormente ir adentrándome en la explicación del mismo posteriormente, poniendo énfasis en el modelo de prevención de recaídas que tiene su base teórica en el modelo de Prochaska y Diclemente (1992), y realizando observaciones sobre el funcionamiento de cada tipo de sesión (tanto grupal como individual), las entrevistas de las que se hace uso etc.

5.1. ¿QUE SON LAS TERAPIAS DE TERCERA GENERACIÓN?

La tercera generación de la terapia de conducta se sitúa a partir de la década de 1990, aunque no sería dada de alta hasta 2004. La emergencia de esta nueva generación se debe tanto al desarrollo del análisis de la conducta y del conductismo radical, como a las limitaciones de la terapia cognitivo conductual.

Han sido definidas como:

«Fundamentada en una aproximación empírica y enfocada en los principios del aprendizaje, la tercera ola de terapias cognitivas y conductuales es particularmente sensible al contexto y a las funciones de los fenómenos psicológicos, y no sólo a la forma, enfatizando el uso de estrategias de cambio basadas en la experiencia y en el contexto además de otras más directas y didácticas. Estos tratamientos tienden a buscar la construcción de repertorios amplios, flexibles y efectivos en lugar de tender a la eliminación de los problemas claramente definidos, resaltando cuestiones que son relevantes tanto para el clínico como para el cliente. La

tercera ola reformula y sintetiza las generaciones previas de las terapia cognitivas y conductuales y las conduce hacia cuestiones, asuntos y dominios previa y principalmente dirigidos por otras tradiciones, a la espera de mejorar tanto la comprensión como los resultados». Hayes (2004a, b)

La tercera generación abarca una serie de terapias que empezaron a ser notables a principios de la década de 1990, aunque ya habían nacido en la anterior. Las primeras que tuvieron 'nombre propio' fueron la Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes, McCurry, Afari y Wilson, 1991), la Psicoterapia Analítica Funcional (Kohlenberg y Tsai, 1991) y la Terapia de Conducta Dialéctica (Linehan, 1993). Estas terapias ya fueron reconocidas en sus comienzos como psicoterapias conductistas radicales (Kohlenberg, Hayes y Tsai, 1993; Pérez Álvarez, 1996a). Asimismo, empezaron a establecer el punto de vista contextual de la terapia de conducta frente al punto de vista cognitivo (Hayes, Follette y Follette, 1995; Pérez Álvarez, 1996b). Se ha de recordar que estas terapias y en particular las dos primeras constituyen buena parte del ya citado 'Análisis de la Conducta Clínica' (Dougher, 2000).

Otras terapias que han crecido en esta generación son la Terapia Cognitiva con base en Mindfulness (Segal, Teasdale y Williams, 2004) y variantes de la terapia cognitivo-conductual que se han movido en la dirección de la aceptación y de los valores (Borkovec y Sharpless, 2004; McCullough, 2000; Marlatt, 2002; Roemer y Orsillo, 2002).

En resumen, Este tipo de terapias se basan en estos grandes principios:

- *Aceptación:* Se propone el aceptar los síntomas, que el paciente no intente, no tenga por objetivo el deshacerse de ellos, que abandone esa lucha persistente que tiene.
- *Activación:* Con ello nos referimos a que el paciente reoriente su vida según sus valores.
- Persecución de valores vitales.
- Evitación de la literalidad del lenguaje.

- Reforzamiento natural en el entorno clínico.
- Énfasis en el contexto y función del comportamiento. Importante el marco o campo en el que se da el evento psicológico (contexto). No se ve al sujeto como víctima de un "trastorno", sino como alguien que actúa en función de un contexto determinado.
- Recuperación del análisis funcional. El psicólogo debe tratar de comprender la función de la conducta y no quedarse únicamente en su forma. Es decir, aprehender para qué le sirve, en ese caso concreto, al sujeto su comportamiento, por qué necesita actuar así o qué gana (y qué pierde, quizás, a la larga).
- Consideran la clínica como un ámbito donde no se debe renunciar a la psicología científica y en donde se ha de incorporar la observación directa así como la práctica de los principios operantes.

Estas serían las terapias de conducta de tercera generación:

- **Terapia de Aceptación y Compromiso** (*Acceptance and Commitment Therapy* o ACT; Hayes et al., 1999; Hayes, Luoma, Bond, Masuda y Lillis, 2006; Hayes y Strosahl, 2004; Hayes y Wilson, 1994; Luciano, 1999; Luciano, 2001; Luciano y Valdivia, 2006; Wilson y Luciano, 2002).
- **Psicoterapia Analítica Funcional** (*Functional Analytic Psychotherapy* o FAP; Kohlenberg y Tsai, 1991; Kohlenberg et al., 2005; Luciano, 1999).
- **Terapia de Conducta Dialéctica** (*Dialectical Behavior Therapy* o DBT; Aramburu, 1996; Linehan, 1993a y b).
- **Terapia Conductual Integrada de Pareja** (*Integrative Behavioral Couples Therapy* o IBCT; Jacobson y Christensen, 1996; Jacobson, Christensen, Prince, Cordova y Eldridge, 2000).
- **Terapia de Activación Conductual.**
- **Otras, variantes de la Terapia Cognitivo-Conductual** (*Mindfulness-Based Cognitive Therapy* o MBCT; Scherer-Dickson, 2004; Segal, Teasdale y Williams, 2004; Segal, Williams, y Teasdale, 2002).

5.2. PSICOTERAPIA ANALITICO FUNCIONAL (FAP)

La **Psicoterapia analítico-funcional** o **FAP** fue desarrollada por los psicoterapeutas de la Universidad de Washington (Seattle) Robert J. Kohlenberg y Mavis Tsai. Basada en el conductismo radical de B.F. Skinner se propone como la primera metodología terapéutica basada en los resultados de la experimentación en dicha corriente.

Sus autores se centran en la importancia de la relación terapeuta-cliente dentro del contexto clínico en el cual, y como en cualquier otro contexto, las conductas están condicionadas por las reglas del refuerzo. Por lo tanto su psicoterapia se centra en manejar las variables que el terapeuta tiene a mano para modelar, aumentar o reducir ciertas conductas.

APLICACIÓN CLÍNICA

En la FAP se consideran tres tipos de conductas clínicamente relevantes o CBRs:

- 1.** Las conductas del paciente relacionadas con sus problemas. Llamadas CBR1 son las que deben ser reducidas en sesión, normalmente están condicionadas aversivamente y por ello suelen ser evitadas por el paciente.
- 2.** Las conductas del paciente que muestran un avance. Denominadas CBR2, es objetivo del terapeuta incrementar su probabilidad y generalización a otros contextos.
- 3.** Las interpretaciones del paciente sobre sus conductas. Estas conductas son las CBR3 y consideran que cuantas más CBR3s hagan alusión a la interpretación de la propia conducta y su relación con los reforzadores, discriminaciones y estímulos contextuales más avances se están produciendo en la terapia.

La PAF es una terapia en sí misma pero también un complemento para otras terapias conductuales y cognitivas (Fernández Parra y Ferro García, 2006). Sus principios pueden ser aplicados incluso por terapeutas de otras procedencias teóricas, lo que constituye una de sus mayores aportaciones a la integración de la psicoterapia.

Para guiar a los terapeutas los autores proponen varias reglas a seguir en la sesión:

- A. Observar las CBRs.** Esta regla es la regla principal, ya que detectar que se está produciendo una conducta relacionada con el problema puede ser una tarea complicada, además los autores comentan el típico error de ciertos terapeutas en considerar que una conducta pertenece al tipo CBR1 cuando en realidad está siendo un avance (CBR2). Un ejemplo sería cuando una paciente que presenta una falta de asertividad llama por largas horas de la noche al terapeuta para decirle que le es imposible acudir a la cita del día siguiente. Este hecho normalmente considerado como una evitación o conducta negativa es en verdad un avance ya que hasta el momento dicha paciente no había sido capaz de llamar para cancelar una cita por miedo a la desaprobación.

- B. Producir CBRs:** Lo ideal según los autores sería provocar las CBR1s y aumentar la frecuencia de las CBR2s. Aumentar las primeras ya que normalmente el paciente se encuentra sumergido en una evitación constante de aquello que le es aversivo, por ejemplo cuando un paciente con dificultad para establecer relaciones cercanas no quiere hablar de temas íntimos con el terapeuta. En estos casos se considera interesante el fomentar una comunicación más profunda y a su vez aversiva para el paciente, pero que dentro del marco clínico y con un terapeuta puede ser un buen entrenamiento de nuevas conductas que luego pueden ser generalizadas al ambiente extra-clínico.

- C. Reforzar las CBR2s.** En este caso los autores dan una explicación de cómo debe reforzarse de la forma más natural posible para fomentar la generalización de dichas conductas.

- D. Observar los efectos reforzantes** de las conductas del propio terapeuta sobre el paciente.
- E. Aportar interpretaciones de la conducta del cliente.** Los autores consideran que si el paciente conoce las variables que dirigen su conducta puede producir más reglas e incrementar su contacto con las variables controlables.

Kohlenberg y Tsai (2000) consideran que, independientemente de la orientación psicoterapéutica que se tenga, la FAP puede ayudar a:

- Aprender y enseñar formas de pensar más eficaces.
- Incrementar actividades que obtengan realización, logro y disfrute en la vida.
- Considerar otras causas de los sentimientos negativos y de las actividades afectivas.
- Centrarse en el aquí y el ahora.
- Centrarse en las relaciones terapéuticas como una forma de aprender nuevos patrones de relación con los demás.

5.3. TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (ACT)

La terapia de aceptación y compromiso (Hayes, Strosahl, y Wilson, 1999; Wilson y Luciano, 2002) parte del descubrimiento de nuevas formas de aprendizaje en los seres humanos; que, cuando adquirimos el lenguaje, somos capaces de aprender a derivar relaciones arbitrarias entre estímulos y a responder a ellas. Hayes, Barnes-Holmes, y Roche (2001) han desarrollado la teoría de los marcos relacionales que explica esos descubrimientos y propone que ese aprendizaje desarrolla el pensamiento humano.

Basándose en esta teoría se puede abordar la modificación de los eventos privados de la persona que había sido dejado de lado en la terapia conductual clásica. La diferencia entre la terapia de aceptación y compromiso y la terapia cognitiva reside en que ésta se dirige al contenido de los pensamientos, tratando de conseguir que sea racional, mientras que la terapia de aceptación y compromiso pretende cambiar la función del pensamiento, es decir, la conducta que la persona tiene cuando aparecen en su cabeza.

Desde este punto de vista, la terapia de aceptación y compromiso se encuadra dentro del conductismo radical, que considera los pensamientos, sentimientos, sensaciones y emociones como conductas y, como tales, sujetas a las mismas leyes de condicionamiento operante o clásico que cualquier otro comportamiento, añadiendo el condicionamiento propuesto por la teoría de los marcos relacionales.

Para la terapia de aceptación y compromiso la psicopatología, es decir, el sufrimiento adicional al inherente a la vida, aparece cuando falta flexibilidad psicológica, es decir, cuando no tenemos capacidad o no sabemos elegir libremente la conducta que queremos realizar en un contexto determinado.

Los procesos psicológicos que producen rigidez psicológica son (Hayes et al. 2004):

- La evitación experiencial, es decir, no querer experimentar los pensamientos, recuerdos, sentimientos, sensaciones y emociones que nos aparecen en un determinado contexto.
- No vivir el presente. El pensamiento nos lleva al futuro o al pasado y podemos estar viviendo en lo que nuestros pensamientos nos reproducen, en lugar de vivir en el presente que es donde realmente se produce nuestra vida.
- La falta de claridad y de compromiso con los propios valores. Nuestros pensamientos nos indican qué dirección queremos tomar en la vida, es decir, hacia donde queremos dirigir nuestra conducta. Las

consecuencias deseadas a largo plazo son los valores que marcan el rumbo que queremos seguir. Cuando no hemos definido esas direcciones por la causa que sea, se produce rigidez psicológica.

- La fusión con el contenido de nuestro YO en lugar de vivir nuestro YO como contexto. La defensa por encima de nuestros intereses de un concepto de nosotros mismos, es decir, de nuestro YO, en lugar de ser conscientes de que somos el contexto en el que se dan nuestras experiencias y que, desde este punto de vista, trascendemos nuestros pensamientos, sentimientos, sensaciones y emociones.
- La fusión con nuestro pensamiento. Cuando lo que marca nuestra conducta por encima de nuestros intereses y de lo que nos indica el contexto es lo que condiciona nuestro comportamiento, es cuando se produce una fusión con nuestro pensamiento que produce rigidez psicológica.
- Estos procesos están todos interconectados de forma que, por ejemplo, la fusión con el pensamiento está presente en la fusión con el YO como contenido, impide vivir el presente, nos aleja de nuestros valores, y es un componente de la evitación experiencial.
- El objetivo de la terapia de aceptación y compromiso es eliminar la rigidez psicológica para lo que propone la práctica de los procesos básicos que potencian la flexibilidad psicológica: la aceptación, vivir el presente, la definición y el compromiso con los valores elegidos libremente, vivir la experiencia del yo como contexto y la desactivación del pensamiento (cognitive defusion). Estos procesos, igual que los que producen la rigidez, están totalmente relacionados (Hayes et al, 2004).

Los procesos básicos que conducen a la flexibilidad psicológica son:

- 1.** Aceptación: abrirse a sentir las emociones desagradables para poder centrarse en la consecución de los objetivos y valores presentes en la situación. No es resignarse ni aguantarse; sino centrarse en lo que se puede controlar y dejar de intentar controlar lo que no se puede.

2. Desmantelamiento del pensamiento (Luoma y Hayes, 2003). Se trata de tomar distancia y no seguirlos sin tomarse el tiempo necesario para reflexionar y actuar de forma acorde con los objetivos que se persiguen en ese momento.
3. Vivir el presente. Llevando la atención a lo que está ocurriendo y sintiendo en ese momento, lo que nos permite actuar de forma más eficiente.
4. Definir nuestros valores. Eligiendo las consecuencias deseadas a largo plazo en cuya consecución vamos a invertir la mayor parte de nuestros esfuerzos.
5. Compromiso con nuestros valores.
6. Vivir el YO como contexto.

Aunque la terapia de aceptación y compromiso se realiza de forma flexible, propone una serie de pasos que no se dan de forma secuencial, sino que se realizan todos a lo largo del tratamiento:

- Análisis funcional. Que incluye la evaluación de cómo el paciente está llevando a cabo los procesos básicos que conducen a su rigidez psicológica.
- Fijación de los objetivos terapéuticos. El paciente va con la idea de que se le enseñe a controlar los pensamientos, sentimientos, sensaciones y emociones que le hacen sufrir; pero, realmente, su sufrimiento más importante está en que ha abandonado las cosas que son más importantes para él en la vida o las ha aplazado para cuando solucione su problema psicológico. El objetivo terapéutico que propone al paciente la terapia de aceptación y compromiso consiste en centrarse en paliar el sufrimiento que supone el abandono de la lucha por los propios valores.
- El pacto sobre el objetivo terapéutico se potencia por medio del proceso de desesperanza creativa, que consiste en mostrar al paciente que los intentos de control de los eventos privados (pensamientos, sentimientos, sensaciones y emociones) no le ha llevado más que a aumentar de

manera muy importante su sufrimiento. Se trata de hacerle comprender que los intentos de control del sufrimiento no son la solución, sino que potencian de forma tremenda el problema. Se le propone que abandone lo que no le ha funcionado y busque otra alternativa diferente que es la que propone esta terapia y que le llevará a reducir de forma fundamental su sufrimiento psicológico. Desde este punto de vista la terapia de aceptación y compromiso no considera que el paciente esté enfermo, sino atrapado por una serie de conductas que le producen un gran sufrimiento psicológico.

- Se aplican los procesos psicológicos que llevan a la flexibilidad psicológica. Se hace de forma experiencial, es decir, se le proponen ejercicios para que experimente qué ocurre cuando abandona la lucha contra la vivencia del sufrimiento. También se emplean metáforas que permiten al paciente transformar su visión de los problemas basándose en experiencias ya vividas.

5.4. TERAPIA DIALECTICO-CONDUCTUAL DE LINEHAN

Marsha Linehan (5 de Mayo de 1943), es una psicóloga y autora estadounidense, la cual es responsable del desarrollo de la Terapia Dialectico-Conductual o TDC.

Esta Terapia (TDC) fue desarrollada en inicio, para el Trastorno Límite de la Personalidad, pero se vio que era útil para el tratamiento de otros trastornos. De hecho este enfoque ha sido adoptado y adaptado, para ayudar al tratamiento de la ira, impulsividad, conducta suicida, depresión, ansiedad, así como en periodos de disfunción cognitiva y en áreas de control de los impulsos como toxicomanías, trastornos de conducta alimentaria, ludopatía y compulsión en compras.

Sostiene que algunas personas, debido a ambientes familiares de invalidación durante su formación y a factores biológicos aún desconocidos, reaccionan anormalmente al estímulo emocional. Su nivel de excitabilidad se eleva mucho más rápidamente, llega a un nivel más alto, y les toma más

tiempo volver al punto de partida. Esto explica por qué las líneas límite se conocen por vidas consteladas de crisis e inestabilidad emocional extrema (emociones que cambian rápidamente). A causa de su invalidación pasada, no tienen ningún método para enfrentarse a estas oleadas repentinas e intensas de emoción. La Terapia dialéctica conductual es un método que sirve para enseñarles habilidades que serán útiles para esta tarea.

Basada fundamentalmente en la teoría conductista y en elementos de terapias cognitivo-conductuales, así como de prácticas orientales (ZEN). Linehan descubre así la dialéctica, un enfoque por el cual confronta la tesis a la antítesis. Los trabajos de Linehan actúan ayudando a la gente a superar la tendencia a rebotar entre los extremos, que normalmente se dan en tres ejes:

1. De la vulnerabilidad emocional a la auto-invalidación.
2. De la pasividad a la competencia aparente.
3. De la crisis implacable al bloqueo del duelo.

¿Cómo funciona?

La Terapia dialéctica conductual consta de dos partes:

1. Sesiones de psicoterapia una vez por semana en las que se explore detalladamente una conducta problemática en particular o un evento de la semana anterior, comenzando con la cadena de eventos que conducen a ello, pasando por soluciones alternativas que pudieron haberse usado, y examinando aquello que le impidió al paciente usar soluciones más adaptables al problema.
2. Sesiones de terapia de grupo en las cuales se enseñe efectividad interpersonal, habilidades de tolerancia a la frustración, regulación de las emociones, y habilidades conscientes (Habilidades a desarrollar).

5.5. PREVENCIÓN DE RECAIDAS

El primer consumo de la sustancia o tener un episodio de juego después de dejarlo no tiene qué representar una recaída, puede ser sólo una caída o un desliz puntual. Para Marlatt y Gordon (1985) la recaída se define como cualquier retorno al comportamiento adictivo o problemático o al estilo de vida anterior, después de un período inicial de abstinencia y de cambio en el estilo de vida. Una caída es un retorno breve a la conducta adictiva en un momento concreto del tiempo, es decir, una pérdida de control puntual sobre la conducta, que puede llevar al sujeto a realizar algún consumo esporádico. La recaída en las adicciones se puede manifestar de distintas formas: volver al estilo de vida anterior, consumir drogas sustitutivas, realizar actividades de azar y de riesgo o sexualidad compulsiva, etc. En el caso del juego la forma más común de manifestarse es volver a jugar de forma regular. Lo mismo ocurre en el caso de las sustancias psicoactivas.

Un concepto fundamental para comprender el proceso de recaída es el llamado efecto de violación de la abstinencia. Este efecto se compone de dos elementos cognitivos clave: la disonancia cognitiva (conflicto y culpa) y un efecto de atribución personal (culpase a uno mismo como causa de la recaída), así como algunas veces la anticipación de los efectos positivos en relación a la droga o al juego. La combinación de estos tres componentes predispone al paciente a una recaída total.

El programa de prevención de recaídas se enseña a los pacientes a anticipar y a afrontar eficazmente los problemas que aparezcan después del tratamiento o en el seguimiento. Por ello, la prevención de la recaída se puede aplicar como estrategia de mantenimiento, para prevenir la recaída, o con un enfoque más general para cambiar el estilo de vida.

Las causas principales de la recaída en las adicciones son los estados emocionales negativos, conflicto interpersonal y presión social (ej., Marlatt y Gordon, 1985). Los estados emocionales negativos son situaciones en las que los sujetos experimentan un estado emocional, estado de ánimo o sentimientos negativos, como frustración, ira, ansiedad, depresión o

aburrimento, antes o al mismo tiempo que la ocurrencia de la primera caída. Los conflictos interpersonales son situaciones que incluyen un conflicto actual o relativamente reciente, asociado con cualquier relación interpersonal, como el matrimonio, los miembros de la familia, relaciones en el trabajo, etc. La presión social se refiere a situaciones en las que el paciente responde a la influencia de otra u otras personas que ejercen presión para involucrarlo de nuevo en el consumo de sustancias.

Las técnicas cognitivo-conductuales para la prevención de la recaída son las más eficaces. Se orientan a aumentar la autoeficacia, mejorar el control de impulsos, favorecer la reestructuración cognitiva y mejorar las estrategias de toma de decisiones.

5.5.1. EL MODELO TRANSTEÓRICO DE PROCHASKA Y DICLEMENTE

El modelo de Prochaska y DiClemente es de tipo tridimensional, y proporciona una concepción global y al mismo tiempo diferenciada del cambio en el campo de las conductas adictivas, integrando lo que sus autores denominan *estadios, procesos y niveles de cambio*. **Los cinco estadios de cambio** (más recaída) representan la estructura o dimensión temporal o evolutiva del modelo transteórico:

ESTADIOS DE CAMBIO

1. Precontemplación: Se sitúan en este estadio aquellas personas que no manifiestan deseo de cambiar de conducta a corto plazo. Además, no creen tener un problema de adicción igual al de otros adictos. Es común en este estadio que las personas que rodean al adicto observen con más claridad el comportamiento adictivo que los propios interesados, lo que les lleva muchas veces a tratar de convencerles para que abandonen su conducta adictiva.

Por tanto, las tareas psicológicas fundamentales que corresponden a esta fase son: "propiciar la duda e incrementar la percepción que tiene el sujeto de los riesgos y problemas de su conducta actual".

- 2. Contemplación:** En este estadio a la persona le gustaría hacer un cambio en su conducta o lo ve necesario, sin embargo no piensa hacerlo de momento, lo ve muy difícil o poco urgente. En este caso puede ser útil plantearse razones a favor y en contra de fumar o informarse para hacer decantar la balanza hacia el cambio, pero tampoco tendría sentido por ejemplo apuntarse a un gimnasio.
- 3. Preparación:** Descrito en pocas palabras, es el momento en que el adicto se dispone o prepara para actuar.

En términos motivacionales, los sujetos que se preparan para actuar manifiestan ser más contrarios que favorables al consumo, inclinándose la balanza y aumentando su disposición al cambio. El terapeuta ha de considerar este estadio como un momento de transición en el cual el adicto comienza a conseguir la abstinencia, por ejemplo baja la dosis de heroína o de cigarrillos diarios, deja de ir a ciertos lugares que le puedan incitar al consumo, se distancia de ciertas personas relacionadas con el mundo anterior, etc.

Esto, sin embargo, no significa que el sujeto haya tomado una decisión firme sobre un cambio de comportamiento, simplemente ha empezado a dar pequeños pasos que puedan ayudarle al cambio estable de su conducta en estadios posteriores. El hecho de que un individuo se esté preparando para actuar, no tiene como consecuencia inmediata la actuación para el cambio, pero es más probable que pase a modificar directamente su conducta, que quien ni siquiera se la plantea como problema.

La tarea fundamental en esta fase es determinar el mejor curso de acción para buscar el cambio, en función de la preparación que demuestre el sujeto.

- 1. Acción:** la etapa en la que el sujeto realiza los cambios más visibles para modificar su comportamiento, sus experiencias o su entorno con el fin de superar sus problemas. Estos cambios suponen un claro reconocimiento por parte de las personas de su alrededor y requieren una gran cantidad de esfuerzos.

Se considera que los individuos que están en este estadio llevan hasta 6 meses sin manifestar su conducta adictiva, por ejemplo, un adicto a la heroína que llevara cinco meses sin consumir una sola dosis se encontraría en esta etapa.

A menudo se confunde acción con cambio, lo que hace que no se tengan en cuenta los estadios anteriores, ni los esfuerzos por mantener esta acción.

- 2. Mantenimiento:** Para situarlas en este estadio, las personas han de ser capaces de mantenerse alejadas del comportamiento adictivo y de comprometerse consistentemente en su nuevo estilo de vida durante más de seis meses. Esta fase no tiene una duración determinada, aunque se sugiere que después de ella habría otro estadio de finalización, caracterizado por la ausencia total de tentaciones.

No conocemos datos que revelen que después de un tiempo determinado sin desarrollar la conducta adictiva, los adictos dejan de verse tentados por ella, por lo tanto, consideramos la fase de mantenimiento como una fase abierta, ilimitada en el tiempo.

Los adictos realizan continuamente esfuerzos para evitar volver a su comportamiento adictivo y, en este sentido, el cambio no ha de darse por concluido en la fase de mantenimiento, sino al contrario: este momento conlleva una utilización continuada de estrategias para mantener el patrón de comportamiento alcanzado.

La identificación de situaciones de riesgo y la prevención de recaídas son las tareas que van a ayudar al adicto a mantenerse en esta fase.

3. Recaída: En un primer momento el modelo consideraba la fase de recaída como un estadio deferente, en consonancia con la primera definición. En las versiones más recientes, la recaída es una parte más del proceso que el terapeuta y el paciente deben saber manejar para prevenir futuras recaídas, dotando al adicto de estrategias e información que le ayuden a no desmoralizarse y a retomar el proceso en el punto que lo dejó.

La recaída se produce en los estadios de actuación y de mantenimiento (recordemos que en los estadios anteriores aún había consumos) y supone el retroceso a algún estadio anterior. Lo ideal sería que los recaídos se resituaran en el estadio de contemplación o de preparación, ya que podrían volver a retomar el proceso. Esto no siempre ocurre, pero la mayoría de adictos que sufren una recaída no abandonan el tratamiento sino que se mantienen en él y vuelven al estadio de contemplación.

PROCESOS DE CAMBIO BÁSICOS

(Comunes a los principales procedimientos terapéuticos)

Los procesos de cambio consisten en actividades encubiertas o manifiestas iniciadas o experimentadas por un individuo para modificar su hábito adictivo

- 1. Concienciación:** Se trata de obtener más información sobre uno mismo y su problema (observaciones, confrontaciones...).
- 2. Autoreevaluación:** Evaluación afectiva y cognitiva por parte del adicto de los costes y beneficios, que le supone mantener sus valores y cambiarlos por otros.
- 3. Reevaluación ambiental:** Análisis cognitivo y afectivo del impacto que su conducta tiene en su entorno y relaciones interpersonales, así como de las consecuencias, tanto positivas como negativas, que supondría el cambio.

- 4. Relieve dramático:** Consiste en practicar y expresar sentimientos ante los problemas asociados a su conducta adictiva (psicodrama, representación de roles...).

- 5. Auto-liberación:** Este proceso se caracteriza por el compromiso del adicto en actuar o creer en la propia capacidad de cambio. Se fundamenta en la sensación de autoeficacia y la creencia de que los propios esfuerzos representan un papel crítico en la superación del problema aún en momentos difíciles.

- 6. Liberación social:** Consiste en el incremento de alternativas para desarrollar conductas no problemáticas y acordes con la sociedad en que vive.

- 7. Manejo de contingencias:** Estrategia conductual que consiste en aumentar la probabilidad de ocurrencia de determinada conducta a través del refuerzo de los demás o del auto-refuerzo; también se hace residir en la vigilancia de los cambios por uno mismo o los demás.

- 8. Relaciones de ayuda:** Se trata fundamentalmente de confiar en personas que puedan ayudar al cambio.

- 9. Contracondicionamiento:** Es un cambio esencialmente conductual que consiste en generar respuestas alternativas ante los estímulos condicionados a la conducta adictiva.

- 10. Control de estímulos:** Se trata de evitar la exposición a los estímulos que recuerden la conducta adictiva.

NIVELES DE CAMBIO

Por último, los niveles de cambio se presentan como una organización jerárquica en la que se interrelacionan los procesos

psicológicos susceptibles de ser tratados. Es decir, se refieren a *qué* es necesario cambiar para abandonar la conducta adictiva. Estos niveles son:

1. Síntoma/situación. (Desde este modelo se suele trabajar en este nivel)
2. Cogniciones desadaptativas.
3. Conflictos interpersonales actuales.
4. Conflictos de familia/sistemas.
5. Conflictos intrapersonales.

En el proceso de cambio, terapeuta y cliente han de ponerse de acuerdo acerca de los motivos a los que atribuyen los problemas y el nivel o niveles en los que van a trabajar.

Desde este modelo, generalmente se trata de actuar primero en el nivel síntoma/situación, ya que en él se puede observar cambios más rápidamente y dar solución a los problemas inmediatos que, además, suelen ser los que han hecho que el adicto acuda al tratamiento.

5.5.2. LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

¿QUÉ ES LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL (EM)?

La entrevista motivacional (EM) es un tipo de entrevista clínica centrada en el paciente que, fundamentalmente, le ayuda a explorar y resolver ambivalencias acerca de una conducta o hábito insano para promover cambios hacia estilos de vida más saludables. Facilita que el paciente se posicione hacia el deseo de cambio, tratando de ayudarlo a reconocer y ocuparse de sus problemas presentes y futuros y potenciando su percepción de eficacia. No pretende cambiar el estilo de trabajo de cada profesional sino aportar herramientas que permitan afrontar situaciones que no han podido ser resueltas por las estrategias habituales empleadas en promover cambios de conducta en los pacientes.

Es de fundamental importancia efectuar una evaluación inicial del sujeto que acude a tratamiento, en la cual debe lograrse el "enganche" o motivación del paciente, de forma tal que el paciente vuelva a las siguientes sesiones.

Durante esta etapa inicial se produce la mayor proporción de las deserciones y por ello es importante reconocer los aspectos motivacionales que trajeron al individuo a la primera entrevista.

PRINCIPIOS GENERALES DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL (EM)

"El terapeuta centrado en el paciente necesita ofrecer tres características decisivas para facilitar el cambio: empatía, calidez emocional y autenticidad". Carl Rogers

La EM consta de una serie de elementos teóricos y prácticos que tratan de mejorar las habilidades de comunicación de los profesionales de atención primaria.

Se basa en cinco principios:

- 1. EXPRESAR EMPATÍA:** Significa aceptar y respetar al paciente pero no, necesariamente, aprobarlo. Implica un cierto grado de solidaridad emocional intentando comprender sus pensamientos y emociones preguntándonos *¿cómo me sentiría yo en sus circunstancias?, ¿coincide la emoción que yo tendría con la que él me expresa?, ¿cómo le transmito que le comprendo?* La respuesta empática es una habilidad bien definida que se adquiere con entrenamiento y permite comprender y aceptar lo que el otro expresa. Permite expresar, sinceramente, la solidaridad con gestos (tocar ligeramente al paciente) y con palabras ("entiendo que te sientas mal por lo que ha ocurrido"). La empatía es la espina dorsal de la EM porque, ante el dolor que prevé el paciente por el cambio, sentir que tiene un apoyo emocional resulta muy útil.
- 2. DESARROLLAR LA DISCREPANCIA:** lograr que el paciente reconozca dónde se encuentra y dónde querría estar respecto al hábito o conducta a modificar. Interesa aumentar su nivel de conflicto, especialmente entre la

conducta actual y los valores importantes de su vida¹⁰. Trabajar la emoción que genera la incomodidad de la duda y/o conflicto es el mayor motor para el cambio. Para aumentar la eficacia de la entrevista es importante conseguir que el paciente verbalice sus discrepancias.

3. EVITAR ARGUMENTAR Y DISCUTIR CON EL PACIENTE SOBRE LA CONVENIENCIA O UTILIDAD DE UN CAMBIO PORQUE ESTO LE PUEDE CREA RESISTENCIA.

Los argumentos directos y los intentos de convencerle tienden a producir oposición ante las indicaciones, sugerencias u órdenes para el cambio. Esta oposición se llama reactancia psicológica (cuanto más se empeña el terapeuta más se cierra el paciente), y surge con frecuencia cuando la persona tiene la percepción de que su capacidad de elección está limitada y, en general, cuando la sensación de libertad se coarta¹¹. Antes de informar es conveniente preguntar al paciente si tiene o quiere información al respecto con frases como ¿quieres que te explique algo sobre...? También es importante no precipitarse con un cúmulo de información siendo más útil informar poco a poco e ir preguntando ¿qué te parece esto que te he dicho?, centrándonos en los conflictos del paciente.

4. TRABAJAR LAS RESISTENCIAS DEL PACIENTE EVITANDO LAS ACTITUDES DEL TERAPEUTA QUE PUEDEN FACILITARLAS:

Como por ejemplo. tratar de imponer un cambio por "su bien", plantear implícita o explícitamente que la relación asistencial conlleva la obligatoriedad de un cambio, reñir al paciente ante el no cambio, etc.

5. APOYAR Y FOMENTAR EL SENTIDO DE AUTOEFICACIA.

Crear en la posibilidad de cambiar es un factor motivacional importante, ya que tiene una gran influencia en la capacidad de iniciar una nueva conducta y en mantenerla. Los resultados previos satisfactorios refuerzan la creencia del paciente en su capacidad para conseguirlo y nuestra ayuda aquí puede estar en analizar con él esos resultados potenciando su positividad ("Es difícil dejar el alcohol del todo y tú lo conseguiste"). No podemos olvidar que el paciente es responsable de escoger y realizar el cambio y nosotros le prestamos ayuda si lo desea.

6. ESTRUCTURA DEL TRATAMIENTO

★ Extensión Temporal del Tratamiento

A. 5 SESIONES INICIALES (Individual-Familiar-Grupal):

En la primera sesión: El Terapeuta usa la Entrevista Semiestructurada Aceptación-Evaluación (Ampliada a partir de la entrevista Severidad de la Adicción (ASI) (McLellan, Luborsky, Woody y O'Brien, 1980). Con esta pretende recabar información importante sobre el cliente (Ver Anexo 15).

En las siguientes sesiones (2ª a 5ª): Se busca una evaluación de tipo individual. Grupal y familiar, en busca de la concienciación del cliente y como paso introductorio a la inclusión en las terapias de grupo. De hecho en este momento es cuando se produce el primer contacto grupal del cliente, mediante la llamada sesión de acogida, en la que el cliente es presentado al resto del grupo, se le informa sobre las reglas de grupo (Ver Anexo 16) y se demanda por parte de familiares, grupo y terapeutas un compromiso con el tratamiento.

B. DEL 1º AL 12º MES (El cliente acude a 2 Sesiones semanales Individuales/Familiares y alternan semanalmente una sesión de Psicoeducación o Apoyo/Resolución de problemas) :

Tras las terapias iniciales en las que se recoge información del cliente mediante entrevistas individuales con él y su entorno familiar, y gracias a la inclusión del éste en el grupo (mediante terapia de acogida), comienza a asistir 2 veces por semana a sesión individual/familiar y a alternar cada semana una sesión de Psicoeducación con una de apoyo/resolución de problemas con el objetivo de:

- Resolución de problemas asociados
- Revisión de habilidades explicadas en terapias grupales de Psicoeducación (Se imparten los 12 módulos psicoeducativos para la práctica de habilidades con el fin último de conseguir el mantenimiento de la abstinencia y la prevención de recaídas), cada semana se trabajan 2 módulos hasta un total de 12 cada 3 meses, tras haber explicado y trabajado todos los módulos se vuelven a trabajar en otro periodo de 3 meses y así hasta completar un año de tratamiento (tiempo estimado para la adquisición de habilidades y estrategias que conforman el tratamiento)
- Adaptación de cambio de vida (del 1º al 3º mes de tratamiento).
- Prevención de recaídas.
- Coordinación con familiar de referencia.
- Resolución de problemas y consejo (Terapia Apoyo y Resolución de Problemas).

*** Dinámica del Tratamiento (Modelo Prochaska y DiClemente 1992).**

El tratamiento como se ha comentado anteriormente tiene su aporte principal en el Modelo de Prochaska y Diclemente (1992).

1º. PRECONTEMPLACIÓN.

Análisis de circunstancias y consecuencias del consumo de drogas en relación a l pasado, presente y futuro.

Información sobre los efectos negativos de las drogas (videos y documentales informativos).

(HABITUALMENTE NO ENTRA EN TRATAMIENTO GRUPAL).

2º. CONTEMPLACIÓN.

Comprensión de ambivalencia, anticipación de recaída, análisis de la ilusión del control, interacción con adictos en procesos de cambio activo.

Establecimiento de Alianza Terapéutica con Familiar de referencia.
(Asesoramiento para la familia y la persona adicta.)

(SE ATIENDEN INDIVIDUALMENTE EN SESIONES SEMANALES HASTA NIVEL OPTIMO DE PREPARACIÓN).

3º. PREPARACIÓN (Sesión Grupal Intensiva) para:

- A. Elementos esenciales de cambio. (Amistades tox., lugares, alcohol, libertad, acompañamiento, etc.)
- B. Videos efectos de las drogas.
- C. Compromiso público de cambio frente a compañeros y a familia.

(CONCIENCIA PARA LA FASE DE "PREPARACIÓN").

4º. ACCIÓN (INGRESO EN PROGRAMA ESTRUCTURADO CON APOYO GRUPAL)

- Establecimiento de **vínculo terapéutico**.
- Resolución de dudas para **adaptación al cambio** de estilo de vida.

(HABITUALMENTE LAS 6 PRIMERAS SEMANAS).

5º. MANTENIMIENTO

- **Resolución de problemas** para el mantenimiento del cambio.
- Entrenamiento exhaustivo para alcanzar el **dominio de los 12 puntos** hasta alta terapéutica.

7. CONTENIDO DE LAS TERAPIAS DE PSICOEDUCACIÓN

Se trabajan los distintos módulos (12) en sesiones grupales de Psicoeducación. Éstos 12 módulos se trabajan en 4 periodos de 3 meses (Hasta completar un año de tratamiento), de tal forma que en éstos 3 meses se trabajan todos los módulos (12) y al siguiente trimestre se comienzan a trabajar de nuevo, y así sucesivamente hasta completar el año de tratamiento (Tras este hay un periodo de seguimiento del cliente).

Estas terapias se basan en el modelo de la Terapia Dialectico Conductual de M.Linehan, en la cual aparecen 5 módulos que se trabajan durante varias semanas, el modelo usado en la Clínica de Psicología Olivencia, aporta 7 módulos más, para tratar las adicciones a las drogas (la de Linehan se aconseja para el tratamiento del trastorno Límite de la Personalidad). Asimismo no se "profundiza" en dinámicas inconscientes ni se va más allá de lo meramente conductual e interpersonal, tal y como aconseja la terapia mencionada.

Los Módulos que se tratan a lo largo del tratamiento, son estos:

1º SINCERIDAD

2º CONTROL DEL AMBIENTE

3º COMUNICACIÓN (Asertividad, habilidades sociales)

4º VALORES y METAS (motivación)

5º MENTE REALISTA (reestructuración cognitiva)

6º REGULACIÓN DE LAS EMOCIONES

7º PACIENCIA (habilidades de tolerancia a la frustración)

8º CONVIVENCIA (hhss, resolución de conflictos)

9º AMISTAD

10º ADAPTACIÓN SOCIAL (hhss, etc.)

11º OCIO.

12º TRABAJO.

1º. SINCERIDAD

Dentro de este Módulo se pretenden una serie de **OBJETIVOS**:

- o Toma de conciencia de las autojustificaciones que derivan en recaídas (autoengaño)
- o Incremento de la sensibilidad a las consecuencias que se derivan de su conducta pasada y presente.
- o Inculcar el principio de la sinceridad como valor supremo para su rehabilitación.

Nota: Para ver los materiales con los que se trabaja este módulo **ver anexo 11.**

2º. CONTROL DEL AMBIENTE (INTERNO/EXTERNO)

Dentro de este Módulo se pretenden una serie de **OBJETIVOS**:

- o Control de ambiente.
- o Generar un ambiente nuevo.
- o Acompañamiento.

Dentro de este Módulo se tratan una serie de **CONTENIDOS**:

- o Análisis de situaciones de riesgo.
- o Evitar relación con toxicómanos.
- o Evitar lugares de consumo.
- o Evitar consumo de alcohol.

Nota: Para ver los materiales con los que se trabaja este módulo **ver anexo 7.**

3º. COMUNICACIÓN

(Asertividad, Habilidades Sociales)

Dentro de este Módulo se pretenden una serie de **OBJETIVOS**:

- Que la persona exprese emociones.
- Desarrollar un canal de comunicación con las personas de su entorno.
- Fomentar la comprensión mutua entre el paciente y las personas de apego.

Dentro de este Módulo se imparten una serie de **CONTENIDOS**:

- Definición de Comunicación
- ¿Es necesaria la comunicación para el mantenimiento de la abstinencia?
- Consecuencias del déficit en la comunicación para un adicto a la cocaína.

Nota: Para ver los materiales con los que se trabaja este módulo **ver anexo 6.**

4º. VALORES y METAS (motivación)

Dentro de este Módulo se pretenden una serie de **OBJETIVOS**:

- Desarrollo personal de unos valores-metas valiosos para el individuo.
- Desarrollo de valores que estén en concordancia con las metas que se quiere vivir.

Dentro de este Módulo se pretenden una serie de **CONTENIDOS**:

- Análisis de valores y metas asociadas al consumo de drogas
- Formulación de preguntas y dinámicas de grupo la definición de valores y metas personales.

Nota: Para ver los materiales con los que se trabaja este módulo **ver anexo 5.**

5º. COMUNICACIÓN

(Asertividad, habilidades sociales)

IDEAS CLARAS	¿SOY O NO SOY ADICTO? ¿QUÉ QUIERO HACER CON ESTO?
Reconocimiento de Ideas Disfuncionales	¿Tengo el problema o no lo tengo? El problema no está y desaparece (como por arte de magia)
Consecuencias de mi propia conducta	¿Estoy donde quiero con la forma en la que hago las cosas y pienso sobre estas?
Conocimiento de mi propias limitaciones	En el momento en que me encuentro. ¿Cuál es la dirección que debo tomar?
Anticipación de los Problemas futuros	¿Hacia donde voy en esta dirección?

Nota: Para ver los materiales con los que se trabaja este módulo **ver anexo 7.**

6º. REGULACIÓN (AUTOCONOCIMIENTO) DE LAS EMOCIONES

Dentro de este Módulo se pretenden una serie de **OBJETIVOS:**

- Identificar (observar y describir) las emociones.
- Entender qué utilidad tienen las emociones.
- Aprendizaje de habilidades para el entrenamiento en regulación de las propias emociones.

Dentro de este Módulo se imparten una serie de **CONTENIDOS:**

EL "PELIGRO" DE LAS EMOCIONES

- Las emociones pueden no conocerlas la propia persona.
- Las emociones se producen de modo automático,
- Las emociones van y vienen.
- Las emociones se pueden **autoperpetuar** y pueden aparecer "**emociones secundarias**".

LA UTILIDAD EN LAS EMOCIONES Y SU PAPEL EN LAS RECAIDAS

Nota: Para ver los materiales con los que se trabaja este módulo **ver anexo 2,3 y 9.**

7º. PACIENCIA

(Habilidades de tolerancia a la frustración)

Dentro de este Módulo se pretenden una serie de **OBJETIVOS:**

- o Desarrollo de la paciencia.
- o Aprendizaje de habilidades alternativas para situaciones de „vacio“, „agobio“ o „impaciencia“.

Nota: Para ver los materiales con los que se trabaja este módulo, **ver anexo 3,8 y 9.**

8º. CONVIVENCIA

(Hhss, resolución de conflictos)

Dentro de este Módulo se pretenden una serie de **OBJETIVOS:**

- o Aprender a convivir con los demás.

Dentro de este Módulo se imparten una serie de **CONTENIDOS:**

- o Definición: La **convivencia** es una forma de vivir que debemos escoger desde muy jóvenes. Para la convivencia positiva es necesario el respeto, el amor, entre otros, debemos tolerar costumbres de otras personas.
- o Repercusiones de una “MALA” y una “BUENA” convivencia.
- o Habilidades necesarias para una buena convivencia.

Nota: Para ver los materiales con los que se trabaja este módulo, **ver anexo 12.**

9º. AMISTAD

Dentro de este Módulo se pretenden una serie de **OBJETIVOS:**

- Entender el concepto de amistad.
- Alcanzar amistades verdaderas y sinceras.
- Mantener las existentes (cuando las hay).

Dentro de este Módulo se imparten una serie de **CONTENIDOS:**

- ¿Por qué es necesario tener amigos?
- ¿Cómo puedo hacer amigos en las circunstancias en las que me encuentro?
- ¿Cuáles son las barreras (pensamientos automáticos) que pueden impedir que haga amistades verdaderas?
- ¿Cómo se que tengo un amigo?

Nota: Para ver los materiales con los que se trabaja este módulo, **ver anexo 10.**

10º. ADAPTACIÓN SOCIAL (hhss, etc.)

Dentro de este Módulo se pretenden una serie de **OBJETIVOS:**

- Integración con personas y ambientes sociales
- Cambio de prejuicios hacia personas no consumidoras
- Generar círculos alternativos e incompatibles con el consumo de drogas.

Nota: Para ver los materiales con los que se trabaja este módulo, **ver anexo 4.**

11º. OCIO

Dentro de este Módulo se pretenden una serie de **OBJETIVOS:**

- Un lugar y actividad de expansión
- Actividades incompatibles con la adicción (senderismo, deporte, maquetas...)

Dentro de este Módulo se imparten una serie de **CONTENIDOS:**

- Definición: Cualquier entretenimiento personal que me evade, desconecta, divierte, relaje, disminuya el cansancio del trabajo, disminuya el estrés, etc.
- Búsqueda activa en grupo e individual de actividades motivantes.
- Lista de actividades (cuanto más larga mejor) para comentarlas en grupo.
- Visualización y realización de dichas actividades.
- Fomentar la realización de actividades placenteras. (emocionantes para la persona).

Nota: Para ver los materiales con los que se trabaja este módulo, **ver anexo 13 y 14.**

12º. TRABAJO

Dentro de este Módulo se pretenden una serie de **OBJETIVOS**

- Sentirse realizado con el trabajo.
- Un trabajo gratificante y con sentido para la persona en cuestión
- Un trabajo que deje tiempo para el ocio.

Dentro de este Módulo se imparten una serie de **CONTENIDOS:**

- Análisis de las circunstancias que rodean al trabajo
- Identificación de las consecuencias de un trabajo inadecuado.
- Búsqueda de alternativas en ese trabajo y si no las hay búsqueda de alternativas para el cambio.
- Análisis de la necesidad (si existe) del cambio.
- Plan estratégico de cambio con objetivos.

Nota: Para ver los materiales con los que se trabaja este módulo, **ver anexo 1.**

8. CONTENIDO DE LAS TERAPIAS DE APOYO/RESOLUCIÓN PROBLEMAS

La sesión suelen comenzar, por un breve "briefing" entre los terapeutas en los que se prepara la sesión, esta consistirá, en una sesión de apoyo y resolución de problemas. En este "briefing" se concreta, el esquema a seguir durante la sesión:

- ***Al principio los terapeutas explicaran a los pacientes en qué consiste la sesión.***
- ***Cada paciente tendrá un turno libre , pero este se encuadrará en un tiempo máximo de 20-25 min***
- ***Los terapeutas dejaran hablar a los pacientes, se permitirá que otros pacientes intervengan, en relación a lo que sus compañeros estén exponiendo.***
- ***Los terapeutas harán el papel de moderador, e intervendrán solo en situaciones específicas.***

Es interesante observar como la sesión se encuadra bajo la perspectiva de la evolución de los pacientes en la sesión anterior. A partir

de ahí se anima a un diálogo entre los pacientes, en el que discuten y reflexionan acerca de su evolución y estado actuales.

Antes de que empiecen a hablar, sea interesante apuntar, que los terapeutas dejan claro algunas normas:

- Debe haber, una puntualidad (10 min como máximo de demora)
- La falta de puntualidad se discute en terapia individual.
- Hay un turno libre, con tiempo máximo de entre 20-30 min
- Y no hay sesión didáctica, por lo que esta sesión es más una reflexión entre pacientes, por la cual pueden ayudarse y crear un vínculo entre ellos.
- No hay descanso.

Tras valorar el estado de cada uno de los pacientes, se procede a enseñarles a cómo resolver un problema mediante unas pautas, en forma de esquema.

Este esquema de referencia tiene 7 puntos:

- Identificación del problema
- Descripción del mismo.
- Recogida de información sobre el problema.
- Alternativas a este
- Consecuencias del problema.
- Elegir una opción de actuación
- Poner en práctica y analizar resultados.

Aquí vemos que los terapeutas integran componentes de la terapia de solución de problemas, técnica de intervención clínica (inserta en una estrategia cognitivo-conductual), en la que como vemos el paciente sigue un método estructurado en una serie de pasos.

Concretamente se integra dentro de La **terapia de solución de problemas**, también llamada *entrenamiento en resolución de problemas*, creada por D'Zurilla y Goldfried en 1971 y revisada en 2007 por D'Zurilla y Nezu (además de fundamentarse a su vez en aportaciones de la de la Terapia Dialectico-Conductual). El supuesto en el que se basa la Terapia de Solución de Problemas es que los problemas psicológicos son consecuencia de conductas de afrontamiento inefectivas.

Los pasos propuestos inicialmente por D'Zurilla y Goldfried son:

- Definir el problema, de forma precisa y en términos concretos, observables e idealmente medibles.
- Desarrollar soluciones alternativas ("tormenta de ideas"). Se trata de llegar a la mayor variedad de posibles soluciones. En esta etapa, ninguna idea es mala, pues cualquiera de ellas podría ser la solución.
- Tomar una decisión y ejecutar. Se decide proceder, después de evaluar la idea más factible y más probable de tener éxito.
- Evaluar los resultados.
- Reiniciar el proceso, de encontrarse necesario (gracias a la etapa anterior donde se evalúa el éxito de la implementación).

Los pasos propuestos por D'Zurilla y Nezu son:

- Orientación hacia el problema
- Definición y formulación del problema
- Generación de soluciones alternativas
- Toma de decisiones
- Puesta en práctica y verificación de la solución.

9. PERFIL DE LOS CLIENTES

PACIENTES	VARIABLES										
	EDAD	SEXO	ESTADO CIVIL	SITUACIÓN LABORAL	ALTA *	SUSTANCIA PRINCIPAL	CONSUMO CONCOMITANTE DE OTRAS SUSTANCIAS	TRATAMIENTOS PREVIOS	TIEMPO EN TRATAMIENTO *	RECAIDA	COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA
J.F.	31	HOMBRE	SOLTERO	ACTIVO	NO	COCAINA	ALCOHOL	0	11 MESES	NO	
J.S.	30	HOMBRE	SOLTERO	ACTIVO	SI	COCAINA	ALCOHOL	1	11 MESES	NO	
K.	28	HOMBRE	CASADO	ACTIVO	NO	COCAINA	ALCOHOL	1	10 MESES	NO	
R.	38	HOMBRE	CASADO	ACTIVO	NO	COCAINA	ALCOHOL HEROÍNA	3	18 MESES	NO	TRASTORNO LÍMITE
P.A.	46	HOMBRE	DIVORCIADO	ACTIVO	NO	COCAINA	ALCOHOL CANNABIS	4	18 MESES	SI	TRASTORNO INESPECÍFICO.
P.B.	24	HOMBRE	SOLTERO	ACTIVO	NO	COCAINA	ALCOHOL	4	2 MESES	SI*	
P.C.	29	HOMBRE	CASADO	ACTIVO	NO	ALCOHOL	COCAINA	0	1 MES	NO	
I.	24	HOMBRE	SOLTERO	PARADO	NO	HACHÍS	ALCOHOL	0	3 MESES	NO	
J.C.	40	HOMBRE	DIVORCIADO	ACTIVO	NO	ALCOHOL	COCAINA	2	3 MESES	SI	ESQUIZOFRENIA
E.	38	HOMBRE	CASADO	ACTIVO	SI	COCAINA	ALCOHOL	3	15 MESES	NO	

*** NOTAS:**

- Las altas fueron dadas en el intervalo de duración de mis prácticas.
- El Tiempo en Tratamiento es un dato indicativo, la duración de las practicas fueron de 5 meses.
- El miembro del grupo P.B. acudió a la clínica debió a una recaída en el consumo de cocaína. Anteriormente había estado en este centro, hasta que se consideró su alta.

- **Al iniciar la terapia todos los clientes se encuentran en el estadio de Acción (Modelo Transteórico de Prochaska y Diclemente).**

10. ANÁLISIS DE CAMBIO EN EL PROCESO TERAPÉUTICO DE UNO DE LOS CLIENTES (SUJETO I)

RESUMEN

Dentro de este análisis presento, el caso de uno de los clientes ("I."), tratados durante mi estancia de prácticas en el centro de Psicología Olivencia y que acude a la misma en busca de una solución a su adicción al cannabis, desde el enfoque integral (terapias de tercera generación), usado por los profesionales de este centro.

La base sobre la que se sustenta este análisis es un artículo sobre indicadores de cambio genéricos (Krause, et al., 2006)

El tratamiento a este paciente sigue el esquema, del enfoque integral usado en la Clínica de Psicología Olivencia, basado en las terapias de tercera generación (ACT, FAP etc.) y siendo su base la Terapia Dialectico-Conductual de Linehan, considerando los enfoques en prevención de recaídas (Modelo transteórico de Prochaska y Diclemente y entrevista motivacional).

El objetivo concreto del análisis es observar la evolución de uno de los clientes de la Clínica de Psicología Olivencia (Sujeto "I."), durante el periodo de tiempo entre que se acoge a este sujeto para que comience su tratamiento, hasta la finalización de mis prácticas (3 meses). Para ello se hace uso de la observación del paciente durante las distintas sesiones (individuales y grupales) en ese lapso de tiempo de 3 meses, y se recogen datos de las entrevistas iniciales (entrevista semiestructurada para recoger información del cliente). El tratamiento a este paciente sigue el esquema, del enfoque integral usado en la Clínica de Psicología Olivencia, basado en

las terapias de tercera generación (ACT, FAP etc.) y siendo su base la Terapia Dialectico-Conductual de Linehan, siendo importantes los enfoques en prevención de recaídas (Modelo transteórico de Prochaska y Diclemente y entrevista motivacional).

10.1. INTRODUCCIÓN

A modo de introducción hay que considerar que, el *cannabis* es una droga derivada de la planta del cáñamo que suele consumirse fumada (en forma de polen, aceite, pasta de resina u hojas secas). Estas sustancias reciben en el mercado nombres variados, algunos de los más habituales son María, Marihuana y Hachís. También pueden consumirse por vía oral, aunque es menos frecuente. Independientemente de la forma, todas contienen las mismas sustancias psicoactivas, siendo la principal el tetrahidrocannabinol (también llamado como THC). El consumo de esta sustancia puede producir varios problemas:

- 1. Adicción:** Estudios serios, en animales y humanos, destacan el alto potencial adictivo de esta sustancia. Modifica el circuito de recompensa y aumenta la dopamina en el núcleo accumbens, efectos que comparte con otras sustancias adictivas como la cocaína o el alcohol. La adicción del cannabis hace que el abandono del consumo sea difícil, especialmente sin ayuda de especialistas. Por otra parte esta adicción junto a la visión positiva que desde la sociedad se tiene del consumo de esta sustancia lleva a que muchos pacientes queden en la fase de "precontemplación", negando el que les resulte un problema el abandono.
- 2. Efecto sobre la motivación:** Desde los años 60 está descrito que el cannabis produce el llamado "síndrome amotivacional". Consiste en que el consumidor muestra una disminución de la apetencia por otras actividades de la vida que antes le apetecía realizar. Para paliar este efecto del cannabis suelen aumentar la dosis de la droga, con lo que el problema en realidad aumenta.
- 3. Trastornos de ansiedad:** a pesar de su efecto tranquilizante, en personas predispuestas el consumo de cannabis puede llevar a la

aparición de diversos trastornos de ansiedad como crisis de pánico, agorafobia o ansiedad flotante.

4. **Trastornos psicóticos:** También desde hace años se ha visto que el consumo incluso de pequeñas cantidades de cannabis puede desencadenar trastornos psicóticos que en la práctica tienen síntomas idénticos a los que produce la esquizofrenia. Estos síntomas pueden desaparecer con la desaparición del consumo o permanecer, requiriendo entonces un tratamiento psiquiátrico prolongado.
5. Debido a la función de los receptores cannabinoides, es muy frecuente la pérdida de **memoria**, la capacidad de **atención** y de concentración. Estos efectos suelen mejorar o desaparecer cuando se interrumpe el consumo permanentemente, aunque suelen tardar de semanas a meses en desaparecer completamente.
6. **Tratamiento específico:** En cuanto a la adicción, lo más indicado suele ser un programa de deshabituación, grupal o individual, siendo mejores los programas que combinan ambas técnicas. Si la adicción es muy severa o, sobre todo, si está asociada a otras adicciones, puede ser necesario un tratamiento residencial.

10.2. PARTICIPANTE

Para este análisis se observo a un varón de 24 años, a quien llamaremos "Sujeto I", este acude al Centro de Psicología Olivencia, para tratar su adicción al Hachís. Asimismo manifiesta consumo de alcohol y consumo esporádico de cocaína.

El cliente acude a la clínica de Psicología Olivencia, llevado por sus padres, donde se le explica el enfoque de la terapia y como se va a tratar su caso.

Antecedentes personales:

El Sujeto refiere inicio de consumo de cannabis a la edad de 16 años en relación con la presión de su grupo de amigos y su dificultad para las relaciones sociales.

Consume cannabis "porros", lleva un periodo de 2 semanas sin consumir, la dosis actual está entre 7-10 porros/día, a su vez menciona consumo de alcohol (fines de semana), y refiere consumo de cocaína por primera vez a los 19 años (aunque este es muy esporádico y admite que no le gusta esta droga).

Antecedentes Familiares:

No se encuentran antecedentes familiares de consumo de droga, ni entre padres ni hermana.

Datos biográficos de interés:

Relación familiar mala, sobre todo con su padre al cual describe como egoísta y controlador y muy exigente con él. Relación buena con su hermana menor. Tiene una pareja menor que él (19 años), con la que lleva unos años, la cual mantiene una relación fría con la familia y con él.

Dejó los estudios en instituto, y se puso a trabajar en la empresa del padre. Actualmente sin empleo, reside en casa de los padres.

10.3. MÉTODO

En este análisis se aplica una metodología cualitativa basada en la observación y análisis de sesiones de psicoterapia y de la transcripción de estas en papel.

Los datos proceden de la observación directa de las sesiones psicoterapéuticas y registro posterior de los momentos de cambio.

El análisis de los datos de las observaciones registradas mediante observación directa fue de tipo cualitativo, intersubjetivo y confirmatorio (se registraron y analizaron los momentos de cambio en función de los indicadores genéricos de cambio).

El proceso de análisis se realiza mediante las transcripciones de las sesiones, en las cuales encontramos los momentos de cambio, a fin de

determinar el contenido del cambio, y asignar, en función de éste un determinado indicador a cada uno. Para analizar esos momentos de cambio, usamos la lista de indicadores de cambios genéricos propuestos por Krause et al. (2006).

10.4. RESULTADOS

A continuación se muestra, la secuencia completa de indicadores, en el proceso terapéutico. Esta secuencia va acompañada de las verbalizaciones (indicativas del momento de cambio) correspondientes a los diferentes indicadores obtenidos. Posteriormente se añade una tabla para reflejar la evolución del paciente.

Los ejemplos de momentos de cambio que se presentan, pertenecen a los observados durante las sesiones:

- Individuales
- De acogida.
- Psicoeducación
- Apoyo y Resolución de Problemas

Cada momento se asocia a un indicador de cambio específico. Hay que señalar que los diferentes momentos de cambio identificados en terapia excluyen los componentes no verbales, debido al método observacional usado.

- * ***Indicador 1: Aceptación de la existencia de un problema.*** Cambio observado en sesión individual del 20-12-2010, cuando el cliente expresa lo siguiente:

Sujeto I: "Llevo dos semanas sin consumir, pero estoy empezando a sentir que necesito fumar para calmarme".

- * ***Indicador 2: Aceptación de los propios límites y reconocimiento de la necesidad de ayuda.*** Cambio observado en la sesión individual del 21-12-2010, cuando el paciente responde lo siguiente a la pregunta del terapeuta:

Terapeuta: "¿Cómo te sientes con respecto a seguir el tratamiento que se te ha explicado?".

Sujeto I: "Sé que va a ser muy difícil de sobrellevar, porque no sé si podré soportarlo".

- * **Indicador 3: Aceptación del terapeuta como profesional competente.** Cambio observado en la sesión de acogida del 22-11-2010, cuando el paciente responde lo siguiente a la pregunta del terapeuta:

Terapeuta: "¿Estás dispuesto a seguir el tratamiento?"

Sujeto I: "Va a ser duro, pero con vuestra ayuda y consejos creo que podré superarlo".

- * **Indicador 4: Expresión de esperanza (remoralización).** Cambio observado en la sesión individual del 17-01-2010, cuando el cliente responde lo siguiente a la pregunta del terapeuta:

Terapeuta: "¿Cómo te encuentras?"

Sujeto I: "Estoy bastante irritable, especialmente con mi madre, pero espero que de aquí a un tiempo no vuelva a pensar en consumir y creo que el tratamiento lo hará posible".

- * **Indicador 5: Descongelamiento (o cuestionamiento) de formas de entendimiento, comportamientos y emociones habituales ("fisura").** Cambio observado en la sesión de psicoeducación del 21-01-2010, cuando el cliente responde lo siguiente a la pregunta de un miembro del grupo (sujeto K):

Sujeto K: "¿Cómo va tu rutina, horarios, ocios etc.?"

Sujeto I: "Estoy adaptándome a la rutina del tratamiento, el gimnasio me aporta algo que antes no tenía. Además sigo una dieta de comidas y me encuentro mejor físicamente que antes"

- * **Indicador 6: Expresión de la necesidad de cambio.** Cambio registrado durante la sesión de psicoeducación del 18-02-2011, cuando el cliente responde a una pregunta de un componente del grupo (sujeto P.A):

Sujeto P.A: "¿Cómo te encuentras con el tema de tu novia?"

Sujeto I: "Algo descentrado, pero bastante mejor que antes gracias al tratamiento. Tengo ganas de avanzar en el tratamiento para estar mejor aún".

- * **Indicador 7: Reconocimiento de la propia participación en los problemas.** Cambio registrado durante la sesión individual del 22-02-2011. Cuando el cliente expresa lo siguiente:

Sujeto I: "Admito que debería haber seguido los consejos respecto a los reflejos de los que me hablasteis al principio, hice mal en llevar dinero e ir con gente que consume alcohol".

- * **Indicador 8: Descubrimientos de nuevos aspectos de sí mismo. Cambio registrado durante la sesión de apoyo y resolución de problemas del 25-02-2011.** Cuando el cliente expresa lo siguiente:

Sujeto I: Me he dado cuenta (con respecto a la relación con su pareja) que me presiona para hacer cosas que van en contra del tratamiento, pero debo seguir el tratamiento, ser constante y ella tiene que aceptarlo.

- * **INDICADOR 9: Manifestación de un comportamiento o emoción nuevos.** No se ha registrado este cambio.

- * **INDICADOR 10: Aparición de sentimientos de competencia.** Cambio registrado durante la sesión de psicoeducación del 4-03-2011, cuando el cliente responde lo siguiente a la pregunta del terapeuta:

Terapeuta: "¿Cómo te sientes?"

Sujeto I: Estoy preocupado por el trabajo, pero me planteo la posibilidad de retomar los estudios. Sé que pronto comenzaré a trabajar y volveré a ser el que era (se refiere a como era antes de consumir).

* **INDICADOR 11: Establecimiento de nuevas conexiones.** No se ha registrado este cambio.

* **INDICADOR 12: Reconceptualización de los propios problemas y/o síntomas.** Cambio registrado durante la sesión de psicoeducación del 4-03-2011. Cuando el paciente expresa lo siguiente:

Sujeto I: "Consumir solo me ha traído problemas y tener que acudir a esta clínica, pero estoy en camino de salir de esto".

* **INDICADOR 13: Transformación de los valores y emociones en relación a sí mismo u otros.** No se ha registrado este cambio.

* **INDICADOR 14: Formación de constructos subjetivos respecto de sí mismo.** No se ha registrado este cambio.

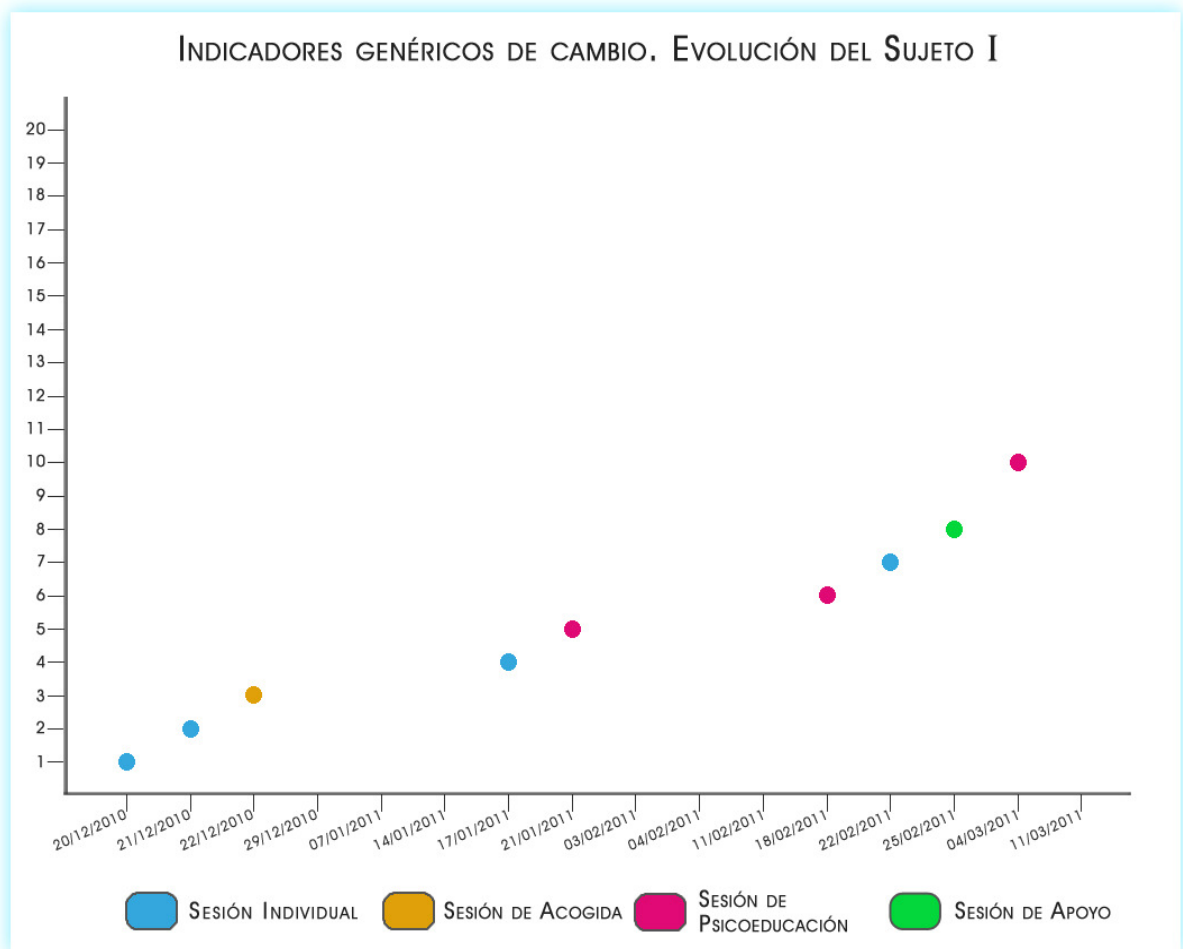
* **INDICADOR 15: Enraizamiento de los constructos subjetivos en la propia biografía.** No se ha registrado este cambio.

* **INDICADOR 16: Autonomía en cuanto el manejo del contexto del significado psicológico.** No se ha registrado este cambio.

* **INDICADOR 17: Reconocimiento de la ayuda recibida.** No se ha registrado este cambio.

* **INDICADOR 18: Disminución de la asimetría entre paciente y terapeuta.** No se ha registrado este cambio.

- * **INDICADOR 19: Construcción de una teoría Subjetiva, biográficamente fundada, sobre sí mismo y la relación con el entorno (indicador "global").** No se ha registrado este cambio.



10.5 DISCUSIÓN:

A través del análisis (subjetivo) de los momentos de cambio, he podido identificar 10 identificadores genéricos de cambio en el sujeto I (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10 y 12). Todo ello me indica que el sujeto en estos 3 meses de terapia esta evolucionando de forma muy positiva (aunque aún le

queda camino por recorrer). Debe evolucionar para conseguir una mayor autonomía, así como mejorar las distintas habilidades para obtener un manejo de los propios problemas satisfactorio.

Aunque los indicadores de cambio identificados, permiten asegurar que el Sujeto I muestra un aumento de confianza en sí mismo y sus propias capacidades, empieza a entender que patrones interpersonales le pudieron llevar al consumo, y por tanto la evolución en general es buena para que al acabar el año de tratamiento obtenga su "alta" y pueda reemprender un nuevo camino en su vida (sin drogas).

11. BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (1994). DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson.
- Aramburu, B. (1996). La terapia dialéctica conductual para el trastorno límite de la personalidad. *Psicología Conductual*, 4, 123-140.
- Becoña, E. (1996b). Tratamiento del juego patológico. En J.M. Buceta y A. M. Bueno (Eds.), *Tratamiento psicológico de hábitos y enfermedades* (pp. 249-278). Madrid: Pirámide.
- Borkovec, T. D. y Sharpless, B. (2004). Generalized anxiety disorder: Bringing cognitive behavioural therapy into the valued present. En S. C. Hayes, V. M. Follette y M. M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and relationship: Expanding the cognitive-behavioral tradition* (pp. 209-242). Nueva York: Guilford Press.
- Carroll KM. Un enfoque cognitivo-conductual: el tratamiento de la adicción a la cocaína. FAD-CITRAN: Madrid, 2001.
- Echeburúa, E. (1999). *¿Adicciones sin drogas?* Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Fernández Parra, A. y Ferro García, R. (2006). *La Psicoterapia Analítico-Funcional: una aproximación contextual funcional al tratamiento psicológico.*
- Ferro García, R. (2006). *La Psicoterapia Analítica funcional: estableciendo relaciones terapéuticas intensas y curativas.* *Psicología Conductual.*
- Gossop, M. (ed.) (1989). *Relapse and addictive behavior.* Londres: Routledge.
- Guillen, A. I. y Mañoso, V. (2004). *La entrevista Motivacional: Revisión de su eficacia en el ámbito de las conductas adictivas.* Interseques. Disponible en URL: <http://www.Psiquiatria.com/articulos/adicciones/15095/>.
- Hayes, S.C. (2004a). Acceptance and commitment therapy and the new behaviour therapies. En S.C. Hayes, V.M. Follette y M.M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive behavioral tradition* (pp. 1-29). Nueva York: The Guilford Press.

- Hayes, S.C. (2004b). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. Behavior therapy.
- Kohlenberg, R.J. y Tsai, M. (1991). Functional analytic psychotherapy: Creating intense and curative therapeutic relationships. New York: Plenum.
- Kohlenberg, R. J. & Tsai, M. (2000). Some radical behavioral help for Katrina. Cognitive and Behavioral Practice, 7, 486-489.
- Kohlenberg, R.J., Tsai, M., Ferro, R., Valero, L., Fernández, A. y Virués, J. (2005). Psicoterapia analítico-funcional y terapia de aceptación y compromiso: Teoría aplicaciones y continuidad con el análisis del comportamiento. International Journal of Clinical and Health Psychology.
- Krause, M., et al. (2006). Indicadores genéricos de cambio en el proceso psicoterapéutico. Revista Latinoamericana de Psicología, 38, 299-325.
- Linehan, M. M. (1993a). Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder. New York: Guilford Press.
- Luciano, M.C. (1999). La psicoterapia analítica funcional (FAP) y la terapia de aceptación y compromiso (ACT). Análisis y Modificación de Conducta.
- Luciano, M.C. y Valdivia, M.S. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia. Papeles del Psicólogo.
- Marlatt, G.A. y Gordon, J.R. (1985). Relapse prevention: maintenance strategies in addictive behavior change. New York: Guilford Press.
- Miller WR, Rollnick S. La entrevista motivacional. Barcelona: Paidós 1999.
- Miroli, A. (1976): "Las Drogas", El Ateneo, Buenos Aires.
- Musacchio, A.; Ortiz, F. (1992): "Drogadicción", Paidós, Buenos Aires.
- Nahas, G; Trove, R (1992): "Manual de Toxicomanías", Masón, Madrid, España.
- Pérez Álvarez, M. (1996b). Tratamientos psicológicos. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Pérez Álvarez, M. (2001). Afinidades entre las nuevas terapias de conducta y las terapias tradicionales con otras orientaciones. Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud, 1, 15-33.

Washton, A. (1995). La adicción a la cocaína. Tratamiento, recuperación y prevención. Barcelona: Paidós Ibérica S.A.

Wilson, K.G. y Luciano, M.C. (2002). Terapia de aceptación y compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores. Madrid: Pirámide.