

Intervención psicológica para el tratamiento de las adicciones en el Centro de Psicología Clínica Olivencia

(Master en intervención psicológica
en ámbitos clínicos y sociales)

Miguel Castillo García

Septiembre, 2013

***Tutora:* Francisca López Rios**

INDICE

1.- Introducción.....	4
2.- Aproximación estadística a la drogadicción.....	4
3.- Efectos cerebrales y conductuales del consumo de cocaína.....	13
3.1.- Origen de la cocaína e historia de su consumo.....	14
3.2.- Obtención de la cocaína pura.....	15
3.3.- Efectos cerebrales de la cocaína.....	15
4.- Aproximación psicosocial a la drogadicción.....	17
4.1.- Cómo vive el adicto.....	17
4.2.- Complicaciones psiquiátricas	17
4.3.- Complicaciones familiares. La codependencia	18
4.4.- El sistema de creencias del adicto.....	22
5.- Algunas aproximaciones al tratamiento de la adicción.....	24
5.1.- Mindfulness.....	24
5.2.- Terapia de Aceptación y Compromiso.....	29
5.3.- Terapia Dialéctico-Conductual de Linehan.....	34
6.- Adaptación de la TDC en el Centro de Psicología Clínica Olivencia.....	42
6.1.- Aspectos generales.....	42
6.2.- Las sesiones grupales	44
6.3.- Los módulos psicoeducativos	45
6.4.- Evaluación	47

7.- El Centro de Psicología Clínica Olivencia	49
7.1.- Actividades personales durante las prácticas.....	50
8.- Presentación del caso clínico	52
8.1.- Historial de consumo y datos biográficos	53
8.2.- Evaluación.....	55
8.3.- Metas y objetivos terapéuticos	57
8.4.- Seguimiento y evolución del caso.....	59
9.- Conclusiones y opinión personal	66
10.- Referencias bibliográficas.....	69
ANEXO I	70
ANEXO II	74
ANEXO III	79
ANEXO IV	83

1.- INTRODUCCIÓN

La intención en el momento de hacer la presente exposición de contenidos no es otra que la de formar en el lector una idea global y, en la medida de lo posible, fidedigna acerca del fenómeno de las drogadicciones y su tratamiento.

Para ello comenzamos con una aproximación estadística y sociológica a partir de los datos obtenidos en los estudios realizados por el *Plan Nacional Sobre Drogas (pnsd)* del año 2011 (www.pnsd.msc.es)

De otra parte, a partir de una breve exposición de algunas teorías de partida, entraremos a describir el tratamiento y las intervenciones que se desarrollan en el Centro de Psicología Clínica Olivencia.

Por último entraremos en el análisis de un caso desde sus inicios hasta un grado de recuperación cercano al alta.

2.- APROXIMACIÓN ESTADÍSTICA A LA DROGADICCIÓN

Para la realización de esta memoria, y puesto que el objetivo final del estudio y del trabajo durante las prácticas es profundizar en el conocimiento acerca de las drogadicciones y su tratamiento, creemos necesario hacer una descripción de las drogodependencias en toda su amplitud. En tanto que no es sólo un problema que afecte a cierto número de individuos, si no que se extiende afectando a la calidad de vida de sus familias y a toda la sociedad, habida cuenta de los recursos que se dedican a su prevención y tratamiento. Tampoco es menos importante la incidencia que el consumo de psicotrópicos puede tener en el trabajo que realiza su consumidor, pongamos por ejemplo el de un taxista que conduzca bajo los efectos del alcohol o el de un trabajador de una empresa de alimentación bajo los efectos de la dependencia de la cocaína.

Datos del Plan nacional sobre drogas.

La presente descripción estadística y de índices de prevalencia ha sido obtenida de la “*Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas*” (EDADES) de 2009-2010, realizada a residentes en España con edades comprendidas entre los quince y los sesenta y cuatro años. EDADES es una encuesta de carácter bienal que analiza la evolución y prevalencia de consumo de alcohol, hipnosedantes y drogas psicoactivas ilegales, sus pautas de consumo, la percepción social del tema y medidas propuestas por los ciudadanos. Y de la encuesta realizada en la población de estudiantes de enseñanza secundaria con rango de edades entre los catorce y los dieciocho años (ESTUDES), de 2010. Ambas publicadas por el Ministerio de Sanidad y Consumo. La introducción de ESTUDES se justifica por la importancia de la edad de inicio del consumo tanto para la posterior gravedad del síndrome como para su repercusión individual en la persona, entendiendo que el completo desarrollo del cerebro no se produce hasta aproximadamente los veinte años de edad.

Como datos generales y más significativos encontramos los siguientes:

- El alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida.
- El cannabis es la sustancia ilegal con consumo más elevado.
- El patrón general es el de policonsumo, con participación casi exclusiva del alcohol.

Extensión del consumo de drogas. Prevalencias de consumo al menos una vez durante los últimos 12 meses

- Las más extendidas: alcohol y tabaco.
- Cannabis: 10,6%.
- Cocaína en polvo: 2,6%.
- Cocaína en base: 0,1%.
- Éxtasis: 0,8 %.
- Tranquilizantes: 5,5%.
- Somníferos: 3,6%.
- Heroína: 0,1%.

Consumo diario de alcohol y cannabis

- Alcohol: 11%.
- Cannabis: 2%.

Edad media de inicio en el consumo

- Tabaco: 16,5 años.
- Alcohol: 16,7 años.
- Cannabis: 18,6 años.
- Cocaína polvo: 20,9 años.
- Cocaína base: 23,1 años.
- Heroína: 22,9 años.

Prevalencias respecto de la cocaína en polvo en la población general

- La ha probado alguna vez: 10,26%.
- La ha probado alguna vez el último año: 2,6%.
- La ha probado alguna vez el último mes: 1,2%

Consumo de cocaína entre estudiantes de ES (14-18 años)

Después del alcohol, el cannabis y los hipnosedantes es la droga cuyo consumo está más extendido:

- La ha probado alguna vez: 3,9%.
- La ha consumido alguna vez en los últimos 12 meses: 2,6%.
- La ha consumido alguna vez en el último mes: 1,5%.

A esto hay que añadir que el mayor consumo se da en varones y que el consumo aumenta con la edad. La edad media de inicio en este rango de edad es de 14,9 años. (Datos referidos a 2010).

Consumo de alcohol entre estudiantes de ES (14-18 años)

El alcohol es la sustancia psicoactiva cuyo consumo está más extendido en este rango de edad.

- La ha probado alguna vez: 75,1%.
- La ha consumido alguna vez en los últimos 12 meses: 73,6%.
- La ha consumido alguna vez en el último mes: 63,0%.

En este caso hay que resaltar un descenso en la prevalencia desde 2008 a 2010 en la esfera de “alguna vez”, que la prevalencia de consumo es ligeramente más elevada en mujeres que en hombres en los tres indicadores y que la prevalencia aumenta con la edad (77,1% a los 18 años y 38,1% a los 14 años en el último mes).

Algunos datos sobre el policonsumo

La OMS define “policonsumo” como el consumo de más de una sustancia o tipo de sustancia, simultaneo o no, que produce dependencia de, al menos, una de ellas.

Lo que se busca con el policonsumo es potenciar o compensar los efectos de diferentes drogas y también experimentar con distintas sensaciones.

De otra parte, el policonsumo incrementa los riesgos y los problemas sanitarios y sociales asociados, así como la dificultad del tratamiento. Por tanto conocer el policonsumo y los patrones específicos de consumo de la persona permite orientar el diseño de intervenciones adecuadas a la realidad cambiante del consumo de sustancias psicoactivas.

Su prevalencia como patrón general de consumo ha aumentado en los últimos años tanto en la población general (15-18 años) como entre los estudiantes de ES (14-18 años) y es un patrón que aumenta con la edad.

El consumo de alcohol, especialmente en edades tempranas y con patrones intensivos se asocia con incrementos en la prevalencia de consumo de otras drogas, y es independiente de la edad, sexo, poder adquisitivo, etc... El 50,9% de los que se han emborrachado el último año ha consumido sustancias ilegales, sólo el 6,8% de los consumidores de drogas ilegales no ha consumido alcohol.

- Han realizado policonsumo en los últimos 12 meses: 39,4%
- Han realizado policonsumo en los últimos 30 días: 29,3%
- También el 29,3% no ha consumido sustancia alguna en el último año.

La diferencia por sexos indican que, si bien las mujeres tienden a consumir más sustancias legales que ilegales, hay en todos los rangos de edad una progresiva incorporación de las mujeres al consumo de drogas y una ligera tendencia al incremento de consumos intensivos o de alto riesgo mayor en mujeres que en hombres.

(Las cifras expuestas en este apartado se refieren al rango de 14 a 18 años)

Consumo problemático de cocaína

Para estudiar este tipo de consumo se toman en consideración a aquellas personas que han iniciado un tratamiento por abuso o dependencia en los últimos doce meses, y en el caso de la cocaína nos da un 3% de la población. Sin embargo, puesto que en el caso de esta droga transcurre mucho tiempo desde el inicio del consumo hasta el inicio del tratamiento, se toman en consideración otros parámetros. Se considera consumidora problemática de

cocaína a la persona que ha consumido treinta o más días en el último año o diez o más días en el último mes. Lo cual resulta en un total de 130.409 de consumidores problemáticos en España en 2009. De ellos 14.544 (el 17,4%) son consumidores con una edad menor o igual a 20 años. Teniendo en cuenta que veinte años es la edad en la que la maduración de sistema nervioso central se completa es posible hacerse una idea de lo importantes que son estos datos desde el punto de vista de la salud pública.

Percepción del riesgo, disponibilidad percibida y tendencia al consumo

Este apartado se refiere a la percepción que tiene la población general respecto de los riesgos que conlleva el consumo de sustancias. Es importante en tanto que esta percepción es considerada como un factor de protección frente al consumo.

Las conductas percibidas como más peligrosas son el consumo habitual (semanal o más) de heroína, cocaína y éxtasis. En el otro extremo, el consumo de fin de semana de alcohol o hachís se perciben como de poco riesgo.

Respecto de la disponibilidad percibida de la droga se observa un aumento significativo en los últimos cinco años de esta percepción. El 50% de la población cree que es fácil o muy fácil disponer de cannabis, cocaína y éxtasis, siendo el cannabis el de mayor disponibilidad y la heroína la de menos.

Por último, la tendencia al consumo correlaciona positivamente tanto con la percepción de riesgo como con la percepción de disponibilidad. En lo referente a la cocaína, en los últimos años se observa un ligero descenso del consumo, manteniéndose la percepción de riesgo e incrementándose la disponibilidad percibida.

Problemas relacionados con las drogas

Consideramos interesante incluir este apartado en la medida que nos puede dar una visión más amplia acerca de la drogadicción incluyendo aquellos problemas asociados que sólo se hacen evidentes si son planteados mediante datos epidemiológicos. Aquí nos detendremos en tres de los indicadores: SIDA, Hepatitis Virales (VHB y VHC) y Mortalidad por Reacción Aguda a sustancias psicoactivas (MRA).

a.- SIDA:

En 2009 se notificaron 1.037 nuevos casos de SIDA, de los que el 32,1% se deben al hecho de compartir el material de inyección de heroína, si bien se revela una tendencia descendente respecto de años anteriores.

b.- VHB, VHC:

Dependiendo del área de que se trate, en España están infectados entre el 65% y el 90% de los que se administran heroína por vía intravenosa.

c.- Mortalidad por Reacción Aguda a sustancias psicoactivas:

El indicador “mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas” del Plan Nacional sobre Drogas recoge información sobre muertes con intervención judicial en las que la causa directa y fundamental de la muerte es una reacción adversa aguda tras el consumo no médico e intencional de sustancias psicoactivas (no incluye alcohol ni tabaco). Además de la sobredosis abarca otros desencadenantes fisiológicos, incluido el síndrome de abstinencia.

Los datos extraídos del *Registro Especial de Mortalidad* muestran que en 2009 se produjeron 438 muertes por reacción aguda a sustancias ilegales en un área aproximada a la mitad de la población española. Esta cifra se reparte de la siguiente manera:

- Un 84,5% son varones y un 15,5% son mujeres.
- La edad media de la muerte es de 38,3 años.
- El 90,3% presentan signos de consumo reciente.
- El 60,8% no muestran signos de venopunción.
- En el 30,9% la muerte se debe a una patología previa agravada por el consumo.
- Predominan el consumo de opiáceos (se identifican en un 81% de los casos), de cocaína (se identifican en un 57,8% de los casos y en un 5,4% sólo se detecta esta droga) y de hipnosedantes.

Si a estos datos añadimos las muertes en las que el uso de sustancias psicoactivas está implicado indirectamente, por ejemplo algunos accidentes de tráfico, es fácil comprender por qué se dedican tantos recursos a su prevención y tratamiento.

3.- EFECTOS CEREBRALES Y CONDUCTUALES DEL CONSUMO DE COCAÍNA

Si bien en el Centro de Psicología Clínica Olivencia se ofrece tratamiento para cualquier tipo de adicción hemos creído adecuado detenernos en los aspectos relacionados con el consumo de cocaína. Esto se justifica no sólo atendiendo a que una gran parte de los clientes que reciben atención en el centro presentan como problema principal el consumo de cocaína, sino también a que, si bien no es la droga más consumida (sería el alcohol), es la que mejor describe el patrón de consumo y el perfil del consumidor de drogas en nuestro país.

Dentro del amplio rango de sustancias psicoactivas de las se hace uso la cocaína se incluye en el apartado de los *estimulantes*, junto a las anfetaminas y la cafeína, por poner dos ejemplos. Los estimulantes en general pueden describirse por sus efectos alertadores sobre el tono general de quien los consume. Respecto de la cocaína se puede decir que aumenta la lucidez mental y, en cierto sentido, alivia la depresión, por lo que altera el estado de ánimo induciendo sensaciones de bienestar. Al mismo tiempo aumenta la resistencia física y, al parecer, la fuerza muscular, reduce la apetencia o la necesidad de alimentarse y la necesidad de descanso. *Sigmund Freud* en “Über Coca”, escrita en 1884 describe esos efectos de la siguiente forma: “.....*Este efecto de la coca, que evita el hambre, el sueño y la fatiga y nos da resistencia para el esfuerzo intelectual, lo he comprobado varias docenas de veces en mí mismo; no tuve oportunidad de entregarme a un trabajo físico*”. (Sneyder, 1994, p. 135)

3.1.- Origen de la cocaína e historia de su consumo

Siguiendo a Sneyder (Sneyder, 1994), el uso de la cocaína por sus efectos psicoactivos se viene realizando desde hace al menos mil años por los habitantes de América central y del sur. Los incas conocían sus efectos farmacológicos y estimulantes y la consideraban un regalo de los dioses, por lo que su uso al principio quedaba restringido a las castas reales y sacerdotales. Sin embargo más tarde los mayores consumidores fueron las clases más bajas, situación que se afianzó tras la conquista española, que promovió su uso entre los trabajadores de las minas.

La expansión de la coca por Europa y más tarde por Estados Unidos se inició con la comercialización del *Vin Mariani* por el químico *Angelo Mariani*. El *Vin*

Mariani consistía en extracto de coca diluído en vino y sus propiedades fueron ampliamente ensalzadas por las autoridades médicas del momento.

Poco después *John Pemberton*, en Estados Unidos, sustituyó la base alcohólica por nuez de cola, de alto contenido en cafeína, y más tarde, el siguiente propietario de la marca, *Asa Candler*, sustituyó también el contenido en cocaína de la bebida por más cafeína, una vez conocidas las cualidades adictivas de la cocaína.

3.2.- Obtención de la cocaína pura

Nuevamente según Sneyder (Sneyder, 1994) es con la obtención de la cocaína pura por el químico alemán *Albert Nieman* en 1860 cuando los problemas asociados al consumo de coca se hicieron evidentes, pues no sólo sus efectos “positivos” se hicieron más atractivos sino que aumentaron también sus propiedades adictivas y su capacidad para trastornar la vida de sus consumidores.

Ensalzada al principio por personalidades como Freud y su amigo el patólogo Ernst Fleischl (que sufrió en sí mismo sus efectos psicóticos), fue finalmente catalogada como “el tercer azote de la humanidad, junto al alcohol y la morfina” (Sneyder, 1994, p.138)

Como parte positiva le queda el mérito de haber sido el primer anestésico local, descubierto por *William Halsted*.

3.3.- Efectos cerebrales de la cocaína

Como apunta Sneyder (Sneyder,1994), la cocaína actúa impidiendo la recaptación de la noradrenalina y la dopamina por la neurona presináptica, este hecho posibilita que la concentración de los neurotransmisores en el espacio

intersináptico aumente, aumentando a su vez la estimulación de la neurona postsináptica.

La dopamina parece ser el principal neurotransmisor implicado en el sistema de recompensa cerebral, es decir, en el reforzamiento de aquellas acciones que conducen a la satisfacción de las necesidades naturales. La cocaína actúa, según parece, haciendo que la neurona segregue al espacio sináptico una cantidad del neurotransmisor superior a la normal, haciendo que a su vez aumenten también los receptores. Este aumento de los receptores parece estar implicado en una necesidad cada vez mayor de neurotransmisor y, por tanto, de cocaína. La otra forma de actuación es, como ya se citó, destruyendo el enzima que devuelve la dopamina sobrante en el espacio sináptico a la neurona presináptica.

El primer indicio de que se está produciendo *tolerancia*, según Washton (Washton, 1995), consiste en observar que el consumidor ya no obtiene la sensación de euforia que le producían los primeros consumos de cocaína. Para entonces el consumo se ha convertido en un acto reflejo que sólo busca aliviar el estado de ansiedad y depresión en el que se encuentra. El efecto contrario, la *hipersensibilización*, consiste en la activación de las neuronas de algunas partes del cerebro ante dosis relativamente bajas de la droga. La hipersensibilidad da lugar a un aumento de los efectos estimulantes, pero desagradables, del consumo inicial como el nerviosismo, la agitación, etc....

Como otro de los efectos del consumo continuado de cocaína citaremos el de la *adicción fisiológica*. Ésta se produce debido al agotamiento de la dopamina en la neurona presináptica, debido tanto a la inutilización del sistema de recaptación como al hecho de que la neurona se ve obligada a secretar más

neurotransmisor del que es capaz de producir. Como resultado, el sistema de recompensa cerebral resulta dañado y al organismo le resulta imposible mantener por sí mismo un tono vital correcto. En ausencia de cocaína que estimule la acción de la dopamina los estados de ánimo más comunes son disforia, anhedonia, irritabilidad, retraimiento social, paranoia....., estados todos ellos en que no es inusitado que aumenten los riesgos de sufrir accidentes o de llevar a cabo suicidio (Washton y Bounty, 2011).

En el momento del tratamiento es importante tener en cuenta que las conductas adictivas pueden ser también elicítadas por personas, lugares, objetos y experiencias relacionadas con la droga que se han aprendido por condicionamiento clásico.

4.- APROXIMACIÓN PSICOSOCIAL A LA DROGADICCIÓN

Hemos creído oportuno incluir este punto por parecernos que, a falta de una experiencia directa con la drogadiccción sea por haberse producido en los círculos más cercanos, sea por la propia experiencia laboral, no es común tener alguna noción acerca de qué es lo que lleva al adicto o a su familia a solicitar ayuda. En definitiva, cuál es su experiencia subjetiva.

4.1.- Cómo vive el adicto

En opinión de Washton y Bounty (Washton y Bounty, 2011), si bien la clase social de origen puede actuar como amortiguador de las consecuencias personales de la dependencia, todo indica que sea cual sea el estado de inicio las condiciones en las que desemboca la vida de la persona son siempre muy parecidas. Se puede decir que la conducta de la persona ha quedado

mediatizada por los cambios que se han producido en su cerebro. Desde el momento en que se produce la dependencia fisiológica (y con ella la psicológica) toda la vida del consumidor gira alrededor de la necesidad de conseguir la droga. Puede seguir llevando una vida más o menos adaptada en el trabajo o con su familia, e incluso puede que nadie lo note por que el mismo adicto hará esfuerzos por esconder su dependencia, sin embargo para la persona las actitudes y prioridades habrán cambiado.

Los signos que permiten sospechar que se ha entrado en el estadio de la dependencia pueden observarse en un aumento de la irritabilidad alternando con episodios depresivos, apatía, conductas manipulativas hacia los demás y paranoias.

Desde dentro de la persona se produce una intensa necesidad de consumo, que se antepone a cualquier otra actividad, al tiempo que se pierde la posibilidad de controlar el consumo, puede parar durante un tiempo, pero ningún esfuerzo da resultados a largo plazo, a pesar de conocer y sufrir las consecuencias negativas de la adicción en todos los ámbitos, desde el de la salud al laboral o social. Por último, es especialmente importante conocer el fenómeno de la *negación*. La negación lleva al adicto a no reconocer la existencia de un problema, ni ante él mismo ni ante aquellos que se lo hacen ver.

Desde la posición de los otros, de las relaciones sociales, se produce una tendencia al retraimiento respecto de las amistades sanas anteriores al consumo, manteniendo por lo común en secreto el consumo ante ellos. Este proceso que se ve compensado con el aumento del tiempo que pasa con otros consumidores. Puesto que el entorno laboral forma parte de la parte "sana",

éste también se ve deteriorado. Son comunes los problemas con compañeros, superiores o subordinados, el absentismo y el abandono del trabajo, los estudios o los negocios.

4.2.- Complicaciones psiquiátricas

Seguendo a Washton (Washton, 1995), uno de los efectos secundarios al uso continuado de cocaína consiste en la posible aparición de un síndrome depresivo grave, con los mismos signos y síntomas que definen al resto de depresiones: desánimo, anhedonia, problemas relacionados con el sueño, etc.... Al mismo tiempo, la alternancia de estados de ánimo relacionados con los efectos estimulantes de la cocaína puede simular la alternancia de estados afectivos propios de los trastornos bipolares. Los episodios de ansiedad, normalmente en forma de sentimientos de angustia, de confusión o de miedo, son también habituales y pueden aparecer en cualquier parte del proceso consumo-abstinencia: inmediatamente después del consumo, durante el abatimiento que sigue a la euforia y durante los periodos de no consumo.

En el extremo de las condiciones psiquiátricas a que puede llevar el abuso o la dependencia de la cocaína se encuentra la psicosis inducida por cocaína. Sneyder (Sneyder, 1994), explica que es característico de este tipo de psicosis el hecho de que no suelen ir acompañadas de obnubilación de la consciencia, es decir, están despiertos y conservan el sentido de su identidad y del tiempo. Por otra parte las alucinaciones suelen ser auditivas y las ideas delirantes tienen invariablemente contenidos paranoicos. De hecho la suspicacia y la sospecha de que todo lo que ocurre a su alrededor va dirigido contra él se producen aún antes de que se llegue al estadio de auténtica psicosis. Por

último, y como curiosidad, nos queda por añadir que las psicosis inducidas por cocaína pueden mitigarse mediante el uso de los fármacos neurolépticos que se usan en el tratamiento de la esquizofrenia, al tiempo que pequeñas dosis de cocaína pueden agravar cuadros psicóticos preexistentes.

4.3.- Complicaciones familiares. La codependencia

Washton y Bounty realizan una extensa descripción del fenómeno de la codependencia y del resto de situaciones familiares por las que suele pasar la persona adicta (Washton y Bounty, 2011). Según los citados autores, las características y conductas que el adicto desarrolla durante la adicción producen una suerte de red en la que se ven envueltas la mayoría de las vidas de los que los rodean, especialmente en los aspectos de la comunicación entre ellos y con el adicto y en la dedicación de tiempo y dinero para atender o paliar los efectos que la adicción tiene en la vida del adicto. De esta manera todos los allegados al adicto se ven involucrados en su estilo de vida. Preocupaciones, solución de problemas legales y financieros, cuidados de su salud, etc..., son la forma en que se materializa esta dedicación.

Muchas veces esta dedicación al sujeto tiene su origen en la *negación* que la propia familia crea acerca de los problemas en que se ven envueltos, que se añade a la propia negación que el adicto desarrolla acerca de la realidad de su situación y de su relación con la droga. La negación familiar suele tener su origen en culpas y miedos que nacen de sentimientos de incompetencia respecto de ellos mismos como personas que, en última instancia, serían las responsables de la adicción y de sentimientos de vergüenza ante allegados y conocidos ante la posibilidad de tener que aceptar la existencia del problema. La negación da paso a la aparición del *control de perjuicios*, que surge cuando

la discrepancia entre lo que se quiere creer y las evidencias reales en el deterioro de las vidas propias y del adicto no pueden ser ya negadas. Los perjuicios que normalmente se intentan controlar son las pérdidas de trabajos, los robos dentro de la familia o los problemas legales.

Sin embargo, este control de perjuicios puede desembocar en acciones excepcionalmente protectoras o permisivas y alejadas de la realidad de la situación. De esta forma la familia parece autoresponsabilizarse de las conductas del sujeto e ignora su propia vida en pos de solucionar las necesidades y los problemas del anterior. Por lo general estas conductas permiten al sujeto una forma de evasión de su propia situación y son por tanto contraproducentes puesto que mantienen o facilitan el consumo. De esta forma, a veces se hace necesario “abandonar” al adicto a las consecuencias de sus conductas.

Relacionado con lo anterior encontramos la figura del *codependiente*. Se puede considerar al codependiente como el “adicto a los problemas del adicto”, y su involucración en los problemas del otro suele ser tal que toda su vida gira en torno a él, pero de una manera tal que tanto su vida como la del sujeto quedan negativamente afectadas. En sus intentos de ayudar el codependiente actuará como facilitador de las conductas adictivas, alargándolas en el tiempo y empeorando el proceso de la adicción. Sin embargo el codependiente no es del todo responsable de su actitud. De hecho su figura está ampliamente arraigada en la cultura occidental, en tanto que los “sacrificios” que realiza son valorados socialmente y le sirven para afirmarse como persona necesaria e imprescindible, aumentando así su propia autoestima.

La figura del codependiente es importante conocerla y reconocerla en tanto que puede afectar al tratamiento o sabotearlo, puesto que si el adicto se siente protegido de las consecuencias negativas de sus conductas es más probable que continúe con ellas. De la misma forma durante el tratamiento hay que prestar atención a aquellas personas de la familia que puedan albergar sentimientos hostiles encubiertos e inconscientes hacia el sujeto y que puedan alterar el curso de la recuperación.

Las características que delatan al codependiente son:

- Vive reaccionando ante el adicto. No actúa según iniciativas propias referidas a la propia vida.
- En tanto que la codependencia es en sí misma una adicción, tiene los mismos síntomas y signos: obsesión, pérdida de control de la propia conducta, persistencia a pesar de los efectos negativos.....
- Se agrava con el tiempo.
- El codependiente suele buscar la confirmación de su propio valor mediante su dedicación al sujeto.

4.4.- El sistema de creencias del adicto

Consideramos que es importante incluir este apartado porque entendemos que de cara al tratamiento es bueno conocer qué es lo que lleva a una persona a consumir, en respuesta a qué lo hace. Al mismo tiempo hay que tener en cuenta que buena parte del trabajo de los terapeutas consistirá en cambiar este sistema de creencias, el sistema de constructos del individuo.

Por supuesto, tener cierto número de ideas por ciertas o verosímiles no exime de la realización de una evaluación adecuada al caso y un análisis funcional que pongan de manifiesto las particularidades de la adicción de la persona.

En primer lugar, el sistema de creencias del adicto se refiere a cómo debería ser el mundo y cómo debería ser yo mismo. En contraposición a un sistema de creencias basado en cómo es el mundo y cómo soy yo, que aunque más o menos acertado o adecuado, sin duda conduciría a una mejor toma de decisiones o, al menos, permitiría realizar reajustes en la propia conducta a partir de las consecuencias. Es pues, un sistema de creencias rígido, que se basa en supuestos absolutistas y dicotómicos que no permiten margen a la maniobrabilidad y que en gran medida pueden estar relacionadas con las que imperan en su familia de origen. Algunos ejemplos serían, siguiendo a Washton y Bounty (Washton y Bounty, 2011): yo debería ser perfecto, todopoderoso, conseguir siempre lo que quiero, tener una vida libre de dolor y que no requiriera esfuerzos, de las que se derivan otras creencias secundarias: yo no soy bastante, soy incapaz de influir en mi vida, hay cosas externas que pueden incrementar mi poder y satisfacer mis necesidades, los sentimientos son peligrosos, la imagen lo es todo.....

El núcleo central de este sistema de creencias consiste en la posibilidad y la necesidad de perfección, perfección que incluye la ilusión acerca de la posibilidad de ejercer control sobre uno mismo, el mundo, los demás... Las sustancias psicoactivas de más éxito en la actualidad son precisamente las que más aumentan esta ilusión (Washton y Bounty, 2011)

De otra parte, el sujeto busca una forma de gratificación inmediata a todos sus deseos, los cuales, así como sus fuentes, no tienen límites, lo que termina llevando a la persona a la incapacidad para regular su propia conducta.

Sin embargo, el gran enemigo del adicto es el dolor y los estados displacenteros, incluido el miedo a sentirlos. En sus intentos de aliviarlos se

resisten a ellos, buscando en factores externos un remedio que los libere, lo que paradójicamente los lleva a perder su libertad.

Nuevamente haciendo referencia a Washton y Bounty (Washton y Bounty, 2011), queda por citar que una de las grandes motivaciones del adicto es el intento de manejar la propia imagen como forma de encontrar la aceptación en las relaciones sociales, muchas veces como extensión de la necesidad de aceptación no satisfecha por su familia. Como consecuencia la dependencia de la sustancia se extiende también a la creación y mantenimiento de una imagen social en la que sustentar un yo idealizado.

Por último, y en relación con lo anterior, puesto que coloca todas las pautas que le permitirían conducir su vida en factores externos, es muy común que el adicto tenga dificultades para asumir responsabilidades sobre sus conductas y sus consecuencias. De esta forma elimina también la posibilidad de cambiar tales conductas. La recuperación irá en la línea de cambiar tanto las creencias disfuncionales como la tendencia a eludir la responsabilidad.

5.- ALGUNAS APROXIMACIONES AL TRATAMIENTO DE LA ADICCIÓN

Aunque son varias las terapias conductuales aplicadas al tratamiento de la adicción, como la terapia de *Reforzamiento comunitario* y los *tratamientos Cognitivo-Conductuales*, cuyos resultados positivos están demostrados, hemos decidido detenernos en las aproximaciones que siguen por contar con algunas acepciones que, a nuestro parecer, concuerdan con los puntos de vista teóricos que hemos expuesto hasta el momento. En primer lugar porque las tres perspectivas se acercan a la adicción como una forma de evitación experiencial. Y en segundo lugar porque el elemento de aceptación está implícito en uno de los doce puntos que se trabajan en el tratamiento que se

desarrolla en Psicoactivencia. Respecto de la *Terapia Dialéctico-Conductual* haremos mención en este apartado y en el siguiente.

5.1.- Mindfulness aplicado a las adicciones

El mindfulness es uno de los aspectos centrales de la psicología budista y puede considerarse como un proceso mediante el que se aprende una nueva forma de relacionarse con la propia experiencia y de responder ante las dificultades inevitables de la vida. En problemas psicológicos graves se ha aplicado en ideas suicidas (Linehan, 2003), depresión crónica (Segal, Williams y Teasdale, 2006) y alucinaciones psicóticas (Bach y Hayes, 2002).

Las vías por las que se llega a una mejor salud mental son, de una parte, la de hacer conscientes los patrones de condicionamiento adquiridos que enturbian la percepción de la experiencia presente y, de otra, eliminar o reducir las conductas dirigidas por el deseo, que es entendido como la principal fuente de sufrimiento. La solución vendría de sustituir el deseo por una actitud de ecuanimidad o aceptación ante la realidad.

En el ámbito de las drogadicciones Thomas Bien (2011) sostiene que la adicción implica el consumo de sustancias con la intención de conseguir un estado de ánimo alterado y a la vez hacerlo de una manera compulsiva y destructiva. Los intentos de crear estados de ánimo distintos al actual es algo común a todos nosotros, a fin de cuentas todos somos adictos a esquemas de conducta dirigidos a buscar el placer y evitar el dolor. Dolor que proviene de la no aceptación de la naturaleza de la realidad. La diferencia está en que el adicto lo hace desde su propia perspectiva, mediante conductas dirigidas a alterar *directamente* su experiencia. Al final el problema consiste en que la adicción funciona, pero sólo a corto plazo, a largo plazo los factores

psicológicos y fisiológicos como la tolerancia hacen necesaria la sustancia en proporciones cada vez mayores para obtener, al principio, el efecto inicial y, después, únicamente para no sentir dolor.

Desde esta perspectiva el concepto clave es el de la *tolerancia*. Todo parece indicar que en el desarrollo de la tolerancia están implicados procesos de condicionamiento clásico. Este tipo de condicionamiento hace que el organismo se anticipe, en presencia de determinados estímulos, a la introducción de la droga o la ejecución de la conducta (por ejemplo introducir la moneda), produciéndose un ajuste homeostático en sentido contrario a los efectos esperados. Al final la conducta adictiva se reduce a un patrón compulsivo de reforzamiento negativo o evitación. Evitación que se da tanto hacia el síndrome de abstinencia como hacia el dolor de una vida que ha aumentado aún más.

Desde esta perspectiva puede seguirse que si el problema es la evitación, la solución deberá venir de su opuesto: la no evitación, la conciencia. Por tanto la intervención basada en mindfulness se dirige a aumentar la conciencia y con ello la capacidad para experimentar la vida sin los patrones comunes evasivos, y el papel del terapeuta sería el de guiar este cambio de conciencia.

En cierto sentido *La Entrevista Motivacional (Miller y Rollnick, 1999)*, puede ser considerada como el “arte de aumentar la conciencia de la persona de una manera específica, convirtiéndolo en un proceso de mayor mindfulness” (Didonna, F. (Ed),2011. p.498). El tipo de conciencia requerido estará en función del estadio de cambio (*Prochaska y Di Clemente, 1986*) en que se encuentre la persona.

Detallaremos cada estadio y el nivel de conciencia que lo define por su utilidad en cualquiera de las intervenciones que se estén llevando a cabo.

- a. Precontemplación : Implica falta de conciencia (por lo que aún no puede existir la negación). En este estadio la labor del terapeuta no es convencer, sino resaltar las pruebas disponibles acerca de la existencia de ese problema.
- b. Contemplación: Se define por la Ambivalencia. Hay al tiempo un rechazo y una admisión del problema. El terapeuta deberá destacar los puntos problemáticos de la conducta, pero de forma que sea el sujeto el que encuentre los motivos de preocupación. Es importante no intentar convencerlo de que debería preocuparse y de qué tendría que preocuparse.
- c. Determinación: Hay una preparación para el cambio, queda conseguir que el sujeto perciba que existen opciones reales para llegar al cambio, el terapeuta deberá orientarlo en ese proceso.
- d. Acción: Inicio de acciones que lleven al cambio.
- e. Mantenimiento: Necesidad de mantener el cambio y prevenir la recaída. Implica estrategias y actividades diferentes a la etapa anterior.
- f. Recaída: Ante ella se hace preciso encontrar un camino que guíe al sujeto de nuevo a través de todas las etapas anteriores sin que se aferre a sentimientos de culpa o vergüenza. Puede que sea necesario establecer un nuevo plan de acción y quizás también el establecimiento de nuevas habilidades.

El indicador de éxito consiste en que la persona puede estar en el mundo sin la droga y deja de verse a sí misma como una persona adicta.

Pero una vez que la persona ha salido del círculo de la droga aún le queda un nuevo reto, el de afrontar los impulsos. Aquí el terapeuta tiene un nuevo papel: *enseñar a gestionar los impulsos*. Desde el mindfulness no se persigue su negación, sino todo lo contrario, que es la conciencia de ellos en el momento

de producirse y la desvinculación del estado interno de la conducta exterior. Una de las formas para conseguir esta desvinculación consiste en verlos como pensamientos que llegan y se van, es decir, transitorios, pero ésto sólo puede conseguirse desde un proceso que al principio puede resultar desagradable: permitiéndose experimentarlos.

Queda ya únicamente por considerar la relación mindfulness-terapeuta. En 2006, *Segal, Williams y Teadsle*, propusieron que el verdadero poder terapéutico procede no tanto de las técnicas enseñadas como de la capacidad del terapeuta para practicar el mindfulness por sí mismo, de “estar presente”, en suma. Este apunte parece estar de acuerdo con los datos aportados por *Lambert y Simon (2010)* respecto a que el 30% de los resultados terapéuticos es atribuible a los factores comunes (entre ellos la relación terapéutica), y el 15% a la técnica utilizada.

Al hilo de lo anterior podemos considerar la empatía como uno de los fundamentos de la relación terapéutica. A este respecto *Miller, Taylor y West (1980)*, apuntaron que la empatía terapéutica correlaciona positivamente ($r=0,82$) con el resultado terapéutico. Y *Aiken, 2006; Wang, 2006; Shapiro, Schwartz y Bonner, 1998*, muestran datos que relacionan la práctica del mindfulness con el incremento de la empatía.

En el tratamiento de las adicciones la empatía, al menos intuitivamente, puede considerarse como un factor especialmente saliente. Como indican *Miller y Rolnick (1999)*, la empatía es tanto más deseable en un trastorno que estigmatiza al cliente y que en consecuencia la calidad de la relación personal se convierte en un determinante de la reacción del sujeto al tratamiento. La aceptación y la compasión, la vivencia del momento presente sin juzgar, que el

practicante de mindfulness realiza implica también la aceptación del cliente en cualquiera de sus facetas y la compasión, que es vista por *Miller y Rolnick (1991)* como una de las habilidades asociadas al éxito terapéutico.

5.2.- Terapia de Aceptación y Compromiso aplicada a las adicciones

Los principios en los que se sustenta la terapia ACT en el tratamiento de las adicciones son los siguientes.

1.- Desesperanza Creativa:

En este apartado del tratamiento se trabaja la relación que el cliente tiene respecto de sus eventos internos (pensamientos, sentimientos, emociones e imágenes mentales principalmente), de forma que su control pase de ser una necesidad o prerrequisito para vivir bien, a ser algo visto y comprendido como contrario a la experimentación de su propia vida.

Es importante hacer notar que la persona usa el control como forma de evitar determinados eventos internos y que esta necesidad de control está investida por la autoridad de todo un sistema cultural que interioriza el sentido de los sentimientos normales de miedo, soledad, enfado y demás no sólo como malos o como motivo de rechazo o menosprecio, sino también como algo a lo que se reacciona como si fueran la situación misma ante la que se producen esos sentimientos.

El uso de la desesperanza creativa tiene su fundamento en el hecho inequívoco de que todo esfuerzo por controlar los eventos internos está irremisiblemente condenado al fracaso. Y si entendemos la droga como una ayuda externa para ejercer control sobre cómo nos sentimos comprenderemos cómo no sólo está condenada al fracaso, sino que también empeora la situación inicial de que partía la persona antes de usarla.

Vemos necesario aclarar que la práctica de la desesperanza creativa puede significar poner al cliente ante una situación que, como poco, le resultará desagradable, por ello se hacen necesarias una serie de condiciones a la hora de llevarla a cabo.

En primer lugar se trata de que el cliente entienda que no es él el que está desesperado, que es la situación, y que esa situación ante la que siente la desesperanza puede ser el camino hacia otras opciones y salidas. Es un poco como hacerle la pregunta: ¿Qué pasaría con el hecho de sentirte mal si no te importara sentirte mal?

En segundo lugar está la tentativa del terapeuta de pasar por este proceso como de puntillas, como si él mismo fuera incapaz de tolerar esa sensación. Es imprescindible, antes de terminar el proceso, que el cliente dé muestras de estar cómodo con la desesperanza, que es capaz de elegir estando en ella. La meta es la flexibilidad ante el dolor.

En tercer lugar hay que añadir que el cliente ha de acabar viviendo la desesperanza como una experiencia creativa, y ésto sólo ocurre si se ve acompañada de los requisitos que le permitirán dirigirse hacia lo que le importa en la vida.

Los aspectos a tener en cuenta para que la desesperanza creativa sea efectiva son los siguientes.

- a. Los valores: El cliente debe contactar experiencialmente con los costes que los intentos de control han tenido sobre aquello que para él es importante, de forma que el proceso de desesperanza creativa le lleve a descubrir una nueva dirección, un nuevo lugar desde el que orientarse: es más

importante lo que hace respecto de lo que valora que los sentimientos que aparezcan mientras lo hace.

- b. Exposición: La desesperanza creativa es un proceso de exposición al dolor psicológico que permite desarrollar la tolerancia a él, de forma que no incapacite a la persona para llevar a cabo acciones bien orientadas y valiosas.
- c. Desactivación de funciones y distanciamiento: Respecto de las funciones verbales. El mismo proceso de exposición ofrece la posibilidad de distinguirse tanto de los contenidos de su pensamiento como del propio proceso de pensar, sentir, etc....
- d. Fortalecimiento: Éste surge de la experiencia del cliente ante la posibilidad de hacer cualquier cosa en el momento que es capaz de sentir también cualquier cosa, es entonces cuando entra en contacto con su propia responsabilidad.

2.- Evaluación de Valores: Los valores, su clarificación y la creación de precedentes que permitan al cliente dirigirse hacia ellos son los elementos centrales de ACT y se trabaja en ellos a lo largo de todo el tratamiento. La guía en el trabajo de los valores se realiza tanto ayudando a la persona en su clarificación, teniendo como reseña sus propias acciones, como afianzando el cambio en las pautas aprendidas en el tándem sentir-pensar-actuar.

Por lo común se distingue entre “valorar” como sentimiento y “valorar” como acción. De esta forma se busca romper la relación conducta-conducta, que en nuestro caso podría ejemplificarse como el hecho de consumir ante la aparición de determinadas emociones, por ejemplo abatimiento o euforia.

La evaluación de los valores suele comenzar con un proceso de valores/exposición, en el que se pretende que el cliente contacte

experiencialmente con lo que le es importante, en lugar de hacerlo desde una perspectiva lógica o discursiva. Posteriormente se continúa con un proceso de evaluación narrativa y de clarificación, hasta llegar al compromiso y al cambio de conducta.

3.- Control como problema: El control se verá como problema únicamente en determinados contextos, aquellos en los que no funciona. El mismo principio se aplicará al control de los pensamientos y emociones. Respecto de estos últimos se les hace ver a los clientes, no sólo que para vivir bien no es preciso que los pensamientos y emociones sean eliminados (que es posible continuar con la vida y con ellos a la vez), si no también que no existe forma alguna de eliminarlos y que tenerlos no implica necesariamente que algo vaya mal en él.

La alternativa que se propone al control consiste en acercarse a los sucesos como hechos o situaciones que están ahí, que pueden ser observadas y valoradas, pero que no necesariamente hay que verlas como un problema. Para ello se le hace ver al cliente la dicotomía entre “estar dispuesto” vs “sentir la disposición de”. En definitiva, se trata de que el cliente sea capaz de “estar dispuesto a” aun cuando no sienta esa disposición. Pero no se trata de una enseñanza conceptual, el aprendizaje deberá venir desde su propia experiencia. Conectando con sus valores, se le hace ver que cuando trabaje en la dirección de aquellos deberá hacer sitio para sus eventos privados. La disposición a “estar dispuesto a” se entrena mediante la exposición en vivo a las experiencias privadas temidas o no deseadas.

4.- Distanciamiento respecto al lenguaje: La disyuntiva a la que nos puede llevar el lenguaje es que podemos terminar actuando en función de contingencias verbales en lugar de hacerlo en función de contingencias

directas. El peligro que sigue a lo anterior es que la persona puede responder a sus emociones y pensamientos de la misma forma que lo haría ante los hechos mismos. Visto así el cliente deberá aprender a aceptar sus pensamientos y las respuestas emocionales que los acompañan a la vez que no abandona sus acciones y direcciones. Una forma de conseguirlo consiste en hacer ver la distinción entre el yo-contexto y el yo-contenido.

En último término el yo-contenido está formado por aquellas cogniciones con las que la persona se identifica y que dan lugar a su autoconcepto, las cuales tienen como efecto secundario el de aumentar la dificultad de adaptación a nuevas contingencias ambientales si las cogniciones son rígidas o si la persona está firmemente anclado a ellas. Frente al yo-contenido se cultiva el desarrollo del yo-contexto como una forma de experimentarse a sí mismo que es distinta de los roles, de los estados de ánimo y del resto de condicionantes. Para este cultivo se utilizan ejercicios de meditación, metáforas y ejercicios experienciales, mediante los que se pretende hacer consciente al cliente del proceso aleatorio y constante que es la actividad verbal de forma que pueda posicionarse ante ella sin juicios, sin reacción, en un proceso de desidentificación de la propia actividad cognitiva.

Uno de los ejercicios consiste en mostrar al cliente las relaciones socialmente establecidas entre tener una razón y automáticamente llevar a cabo la acción, como si tales razones fueran preludios ineludibles de la necesidad de hacer algo. En el caso del adicto podría darse el caso de que el hecho de encontrarse con alguien no deseado se convirtiera en una razón para llevar a cabo la conducta adictiva. La alternativa que se propone es la de llevar la acción al ámbito de la elección personal y al de su dirección en valores.

5.- Compromiso y acción: Los valores son importantes no sólo en tanto que guían las acciones de la persona, sino también en tanto que pueden dar sentido y significado a acciones o condiciones que en un primer momento podrían considerarse negativas, como la propia terapia. Se trataría de cambiar antiguas posiciones basadas en el victimismo y en el valor intrínseco de tener razón por la opción de llevar a cabo acciones eficaces basadas en las consecuencias extraídas de la propia experiencia, incluida la posibilidad de recaídas. Por tanto a partir de aquí lo que se pretende es consolidar la adhesión a los valores y establecer estrategias para afrontar las recaídas y el desánimo. Respecto de las recaídas, éstas son vistas como una parte natural del proceso (al igual que para Prochaska y Di Clemente) y el trabajo ante ellas consistiría en mostrárselas al cliente como una oportunidad para buscar y reconocer qué está aún necesitado de cambio y qué debe replantearse respecto de sus valores. Nuevamente habrá que trabajar la desvinculación con el lenguaje que el cliente use respecto de la recaída, de sí mismo y del tratamiento. En cualquier caso la recaída ha de ser siempre presentada como señal de que algo ha cambiado respecto al inicio del tratamiento.

Respecto de la evidencia empírica acerca de la eficacia de ACT en el tratamiento de las drogodependencias se pueden citar los datos aportados por: Luciano, Gómez, Hernández y Cabello (2001) y por Velasco, Quiroga (2001).

5.3.- Terapia Dialéctico-Conductual de Linehan

Dada la complejidad de esta terapia y puesto que en un apartado distinto desarrollaremos, entre otros aspectos, la aplicación que de ella se hace en el Centro de Psicología Clínica Olivencia, en este punto nos limitaremos a exponer algunas de las estrategias y procedimientos usados en la formación de

Habilidades Psicosociales. Estas estrategias serán: estrategias dialécticas, estrategias de resolución de problemas, habilidades básicas de conciencia, habilidades de efectividad interpersonal, habilidades de regulación de las emociones y habilidades de tolerancia al malestar.

1.- Estrategias dialécticas:

Este tipo de estrategias se dirigen a la consecución de dos objetivos. El primero de ellos consiste en aprovechar las propias tensiones que aparecen dentro del grupo terapéutico para crear equilibrios que puedan ser utilizados a favor del programa de la terapia. Estas tensiones pueden darse entre un miembro del grupo con el resto del grupo, entre dos miembros particulares y entre alguno de los miembros con su ambiente externo. En estos casos la tarea del terapeuta será buscar el equilibrio y reconducir las tensiones hacia la reconciliación y el crecimiento.

El segundo de los objetivos pretende llevar al cliente, mediante el aprendizaje y el modelamiento, desde el pensamiento dicotómico al pensamiento dialéctico. Este planteamiento será especialmente útil en la resolución de problemas, haciendo ver a la persona que toda solución conlleva situaciones a las que no es aplicable, al tiempo que son posibles varias soluciones para una misma situación. Este punto de vista es especialmente adecuado para ser enseñado en las sesiones grupales dado que permite al cliente confrontar sus posiciones particulares con las del resto de compañeros.

Algunas de las dialécticas utilizadas son:

- *Buena disposición frente a obstinación:* Ante determinadas situaciones la tensión se produce entre responder a ella en función de la situación o hacerlo en función de las propias necesidades (obstinación). La

obstinación puede consistir bien en adaptar la situación a uno mismo, bien en simplemente no responder ante ella. El objetivo consiste en encontrar un punto equidistante entre atender a las necesidades de uno de los clientes y las del grupo, y entre las necesidades del momento frente a las necesidades a largo plazo.

- *Buen tipo frente a mal tipo:* Aquí la tensión dialéctica se da entre los formadores y puede permitir a los clientes participar de formas de resolución de conflictos observando cómo los formadores mantienen la dialéctica de su relación aun cuando desempeñen diferentes roles.
- *Contenido frente a proceso:* El problema puede surgir al decidir donde se coloca la prioridad, si en atender al proceso grupal o atender a la enseñanza de los contenidos programados. Normalmente se atenderán antes los temas de contenido, a menos que la integridad del grupo se vea amenazada.
- *Seguir las reglas frente a reforzar la asertividad:* En este caso habrá que tomar una posición que implique tanto cierto grado de flexibilidad como de firmeza. Es importante hacerle notar al cliente que el hecho de pedir las cosas adecuadamente no garantiza que le sean concedidas y que las cosas en el mundo tampoco funcionan así. Así pues, en este caso la tensión se da entre la comodidad y la posibilidad de vivir con alguna cantidad de malestar, y la respuesta del formador dependerá del sentido que su elección tenga para el progreso del cliente.

2.- Estrategias de resolución de problemas:

Consisten en analizar las cuestiones que suponen algún problema para los clientes y las estrategias necesarias para tratar con ellas. Nos detendremos en

tres de ellas: análisis conductual, análisis de soluciones y estrategias didácticas.

Análisis conductual

El cliente debe describir ante el terapeuta o ante el grupo los antecedentes de la situación problemática y sus respuestas ante ella de forma que realice un examen detallado del problema. Después el resto de miembros del grupo pueden aportar sus soluciones ante situaciones parecidas. En este apartado también se dedica tiempo a conocer los motivos que le han llevado a no hacer las tareas para casa, en caso de no haberlas hecho.

Análisis de soluciones

Los componentes del grupo se proponen entre sí ideas que puedan ayudar a aplicar las habilidades a problemas de la vida real y a decidir qué habilidad es la apropiada en cada situación.

Estrategias didácticas

Consisten en la exposición de materiales nuevos de forma magistral o mediante debates. Cada nueva habilidad deberá ir unida a sus posibles resultados y aclarar que su función no es conseguir un alivio emocional inmediato.

3.- *Habilidades básicas de conciencia:*

Se enseñan durante todo el tratamiento y se les hace un seguimiento en fichas diarias. Su función principal es ayudar al cliente a encontrar un equilibrio entre la “mente emocional” y la “mente racional” y el objetivo es alcanzar la “mente sabia”. Son dos las habilidades de conciencia que se persiguen. Las habilidades de conciencia “*que*” consisten en aprender a acercarse a las

propias experiencias a partir de la observación sin intentos de evitación o apego, la descripción de los hechos mentales de forma que no se tomen como hechos reales y la participación sin autoconciencia, es decir, centrado únicamente en lo que está haciendo. El otro tipo son las habilidades “como” e incluyen adoptar una posición no evaluativa ante las experiencias y basada en las consecuencias, concentrar la atención en la actividad que se esté realizando y basarse en la efectividad de la acción, en su utilidad dada la situación más que en su adecuación a lo que está bien.

4.- Habilidades de efectividad interpersonal:

En este sentido el término efectividad se refiere a habilidad para conseguir lo que la persona desea al tiempo que mantiene la relación y el respeto personal. La efectividad interpersonal también está relacionada con la capacidad para analizar la situación y elegir objetivos acordes a la anterior. De otra parte, si bien es muy probable que los clientes tengan ya en su repertorio tales habilidades, fracasen en el momento de llevarlas a la práctica. Esto suele deberse a esquemas de creencias preestablecidos o a que sus propias respuestas emocionales interfieren en la aplicación de la acción adecuada.

Puesto que la efectividad interpersonal trata del desenvolvimiento en el complejo mundo de las relaciones personales su desarrollo estará siempre supeditado al desarrollo del resto de habilidades que afectan al mundo social. Por ejemplo la tolerancia al malestar inicial, la regulación de emociones, etc....

La formación en este tipo de habilidades comprende tareas que incluyen la identificación de los factores que las facilitan o entorpecen, los elementos a considerar cuando se quiere pedir algo, decir no o expresar una opinión y

también el cultivo de habilidades emocionales como darse ánimo, mantener una relación o proteger el respeto.

5.- Habilidades de regulación de las emociones:

En general el principal problema de las personas con personalidad tipo límite es la intensidad con que se manifiestan en ellos sus emociones y que se traducen en problemas conductuales y con el entorno. Aunque intuitivamente pueda parecer que este entrenamiento consiste en enseñar a los clientes a controlar sus emociones más bien es todo lo contrario puesto que, debido al medio emocionalmente invalidante en que han crecido, su respuesta inmediata ante esta instrucción es intentar suprimir la emoción, no sentir lo que están sintiendo. Al mismo tiempo, otra de las complicaciones, consiste en que para su ambiente social su problema es de actitud, es decir, podrían controlar sus emociones si quisieran por lo que para ellos admitir que pueden controlar sus emociones significaría asumir que están equivocados por sentir lo que sienten y los demás en lo cierto. Visto así el primer paso será crear un ambiente de autovalidación emocional y también llevar a la práctica las habilidades de conciencia, de forma que el cliente pueda exponerse a sus emociones de manera no invalidante. Señalaremos solamente algunas de las habilidades específicas de regulación de las emociones.

Identificar y etiquetar emociones

Esta habilidad requiere el reconocimiento tanto de la propia emoción como del contexto en que se ha producido. Este reconocimiento implica la capacidad para identificar y describir al menos la siguiente secuencia: qué ha provocado la emoción, cómo ha interpretado la persona aquello que dio lugar a la

emoción, cómo ha interpretado la persona la emoción, cómo está expresando la emoción y cómo afecta la emoción a su forma de actuar y funcionar.

Identificar la función de la emoción

Básicamente consiste en identificar qué está reforzando la expresión emocional. Se considera que las funciones de las emociones son comunicar algo a los demás, generalmente para influir en sus reacciones, y validar los propios puntos de vista. Identificar cómo se materializan estas funciones en el cliente es un paso esencial para el cambio.

Realizar la acción opuesta

Es una manera de cambiar el componente conductual-expresivo de la emoción que consiste en conseguir que el cliente actúe de forma opuesta o incoherente con la emoción, expresando lo contrario de lo que siente. Ejemplos serían cambiar la expresión facial o ser amable con alguien con quien se está enfadado.

Aplicar técnicas de tolerancia al malestar

Consisten básicamente en tolerar las emociones negativas sin engancharse en acciones que podrían empeorar la situación. Para ello se instruye al cliente en el conocimiento de la naturaleza de las emociones, en su identificación y etiquetado, en identificar su función y en las formas de reducir la vulnerabilidad ante las emociones negativas entre otras.

6.- Habilidades de tolerancia al malestar:

Mediante esta habilidad se pretende que el cliente aprenda a manejar el dolor y a manejarse a pesar de él. La importancia de esta habilidad radica, en primer lugar, en el hecho ineludible de que el dolor y el malestar son parte de la vida y

en segundo lugar en que cualquier intento de cambio debe partir para tener éxito de la aceptación de la situación actual.

La tolerancia al malestar consiste básicamente en la habilidad para estar en contacto con la situación presente sin desear o intentar cambiarla de una parte, y de la otra en la capacidad para sentir el estado emocional y los propios pensamientos sin intentar controlarlos.

Las metas directas que se persiguen están relacionadas con la capacidad para aceptar la vida como es y, más prácticamente, con dotar al cliente de herramientas para afrontar futuras crisis. Las estrategias para sobrevivir a las crisis se engloban en cuatro grupos:

- *Uso de la distracción*: consisten en reducir el contacto con los estímulos emocionales mediante la realización de actividades distractoras, generación de pensamientos o emociones opuestos, etc....
- *Proporcionarse estímulos positivos*: principalmente mediante actividades de autocuidado.
- *Mejorar el momento*: Para ello se usan técnicas cognitivas en las que la persona cambia la valoración que hace de uno mismo o de la situación.
- *Pensar en los pros y contras*: Consiste en que la persona se detenga a valorar las ventajas e inconvenientes de tolerar el malestar frente a no hacerlo.

Por otra parte, las estrategias de aceptación son tres: la aceptación radical, posicionarse continuamente hacia la aceptación y la buena disposición frente a la terquedad.

Respecto de esta terapia quedarían por referir las partes relacionadas con la estructura y el proceso. Su inclusión, sin embargo, creemos que excedería los objetivos de esta exposición.

6.- ADAPTACIÓN DE LA TDC EN EL CENTRO DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

OLIVENCIA

6.1.- Aspectos generales

Las razones que justifican la aplicación de la TDC al tratamiento de las adicciones vienen dadas esencialmente por cuatro motivos. El primero de ellos es la *comorbilidad* entre trastornos adictivos y trastornos de personalidad, que puede llevarnos también al concepto de *psicopatología dual*. En segundo lugar están los problemas adicionales que la persona puede llevar a consulta que pueden precisar de un tratamiento amplio. Seguidamente se presupone que la persona cuenta con las suficientes aptitudes como para aprender habilidades complejas de autogestión emocional, factores que le capacitan para seguir los prolegómenos de esta terapia y que a la vez le sitúan en una buena situación para el cambio. Por último cabe destacar la gran cantidad de recaídas que se dan durante y después del tratamiento con los programas más habituales. Por este motivo en la aplicación de la TDC a las adicciones se añaden una serie de intervenciones dirigidas al ambiente del cliente con la finalidad de permitir la generalización de los aprendizajes y por tanto prevenir las recaídas. Estas intervenciones son: regulación ambiental, compromiso público y apoyo de la familia.

En el Centro de Psicología Clínica Olivencia la intervención se estructura en torno a doce puntos repartidos a lo largo de tres etapas. Cada etapa tiene unas metas e intereses propios e implican la necesidad de una evolución positiva en la anterior para empezar a trabajar en los objetivos de la siguiente. La evolución en cada etapa es observada durante las sesiones de terapia.

Etapa de aceptación y compromiso para el cambio

Esta etapa está formada por aproximadamente cinco sesiones en función de las características del cliente. Las sesiones se reparten conjunta o separadamente entre el cliente y su familia e incluye también el proceso de evaluación.

Los objetivos perseguidos consisten en la aceptación de que existe una situación problemática actual relacionada con el consumo por parte del cliente y en obtener de él un compromiso para el cambio en su vida.

La introducción al grupo se realiza tras conseguir los objetivos de esta etapa.

Etapa de control de la propia conducta

Durante el primer y el tercer mes de tratamiento la frecuencia de las sesiones es de dos por semana, una psicológica y otra de adaptación. En las de tipo psicológico se tratan temas como la solución de problemas y la revisión de las habilidades explicadas en las reuniones grupales. En las de adaptación se trabajan temas como la adaptación al cambio de vida, la prevención de recaídas y la coordinación con la familia, también se realiza el análisis de orina como control de la abstinencia.

Del tercer al noveno mes las sesiones se reducen a una por semana, por lo que los dos tipos de sesiones se alternan quincenalmente.

Etapa de autogestión, compromiso e independencia

Las sesiones se reducen a una cada quince días.

6.2.- Las sesiones grupales

Las sesiones grupales se realizan con una frecuencia quincenal y se dividen en dos partes separadas por un descanso en el que es posible comer y beber algo. Durante la primera parte tienen lugar las intervenciones formativas respecto de los objetivos a alcanzar, organizados en módulos (que detallaremos más adelante) y que se corresponden con los puntos de cambio que deberá mostrar el cliente. Las intervenciones formativas consisten en una explicación magistral en la que los clientes pueden participar exponiendo sus propias experiencias y puntos de vista. Normalmente comienzan con la recogida de las tareas encomendadas en la sesión anterior y que se corresponden con los objetivos a alcanzar. Es de destacar que se lleva a cabo un seguimiento estricto de la realización de las tareas y que en caso de no haberlas hecho el cliente deberá ofrecer al menos una explicación convincente además del compromiso de tenerlas hechas para la próxima ocasión. La realización de las tareas es de suma importancia pues permiten al cliente entrar en contacto y reflexionar sobre su trayectoria y su situación actual, al tiempo que le permite posicionarse respecto de lo que se espera de él en el futuro.

Previamente a la exposición de los contenidos por los terapeutas se reparten fotocopias que permiten al cliente visualizar el objetivo de referencia y que también incluyen las tareas a realizar antes de la próxima sesión individual, en la que se comentarán conjuntamente con el terapeuta.

La segunda parte comienza con la presentación a cada cliente del objetivo en que ha mejorado y aquél en el que le es más necesario mejorar. Estos datos se presentan en una tabla en la que aparecen los nombres de los clientes escalados en función de su grado de adquisición de los objetivos. Seguidamente tiene lugar la ronda de intervenciones. Las intervenciones

comienzan con la persona más retrasada en relación a los puntos de cambio, y se basan en la exposición de las vivencias que el cliente entiende como más significativas de las que han tenido lugar desde la última sesión, seguida de la explicación de las acciones llevadas a cabo. A continuación sigue un turno de preguntas que sirve para aclarar las dudas del resto de participantes. Acabado este turno comienza una ronda en la que participan todos los clientes explicando sus puntos de vista y la forma en que ellos habrían actuado, sin que se permita el inicio de diálogos. Por último los terapeutas tienen la potestad de intervenir, normalmente para aclarar al grupo los puntos de la exposición del cliente que puedan resultar confusos o para realizar su propia aportación al tema.

6.3.- Los módulos psicoeducativos

Los módulos psicoeducativos parten de las premisas aportadas desde la *Terapia de refuerzo comunitario* y desde la *Terapia dialéctico conductual*. A continuación expondremos a grandes rasgos los contenidos referidos en cada uno de ellos.

Módulo 1: Sinceridad

- Aceptación del problema de la pérdida de control.
- Análisis de las consecuencias del consumo.
- Concienciación de los intentos anteriores infructuosos.
- Explicación de los mecanismos de autoengaño.

Módulo 2: Comunicación

- Comunicación inapropiada.
- Buena comunicación.
- Ventajas e inconvenientes de la comunicación.
- Evolución del cliente que no comunica.

Módulo 3: Ambiente

- Control de estímulos y modelo del condicionamiento clásico.
- Prevención de recaídas.
- Análisis funcional.

Módulo 4: Regulación de las emociones

- Discriminación y regulación de emociones.
- Ejemplos de autoregistro y aplicación de habilidades.

Módulo 5: Tolerancia a la frustración

- Concienciación y enseñanza de habilidades frente a las emociones displacenteras.

Módulo 6: Mente realista

- Frente a las creencias contrarias al proceso de cambio. Por ejemplo justificaciones del consumo y actitudes contrarias a los cambios necesarios en su vida.

Módulo 7: Convivencia

- La convivencia inadecuada y sus consecuencias.
- Tareas y prácticas en vivo de los puntos que definen una convivencia adecuada.

Módulo 8: Metas

- Metas y valores necesarios para mantener la abstinencia y adecuación a las propias necesidades.

Módulo 9: Ocio

- Ventajas de la práctica e inconvenientes de no llevarlo a cabo.

Módulo 10: Amistad

- Ventajas de tener amigos.
- Características de un buen amigo.

- Pasos para hacer amigos.

Módulo 11: Adaptación social

- Desenvolvimiento en grupos distintos de los relacionados con el consumo.
- Diversión.
- Uso de los recursos sociales.

Módulo 12: Trabajo

- Características óptimas de un trabajo adecuado.

6.4.- Evaluación

La evaluación en el Centro de Psicología Clínica Olivencia se realiza mediante las entrevistas realizadas al cliente y a su familia. Los contenidos a evaluar se agrupan en áreas cuyo conocimiento permitirá tanto detectar los puntos más problemáticos de cara a la intervención como los puntos fuertes y los recursos familiares y sociales de que dispone. Ambos conocimientos permitirán guiar el tratamiento. Las áreas que se evalúan y los objetivos que se persiguen en cada área son las siguientes:

a.- Historial de consumo:

Permite conocer el tiempo de consumo y con ello el arraigo de los programas de reforzamiento del consumo y también las circunstancias en las que se produce, sus experiencias subjetivas, qué inició y mantiene el consumo, los valores asociados al consumo, etc....

Esta área permite valorar las situaciones de riesgo, el grado de adicción y la tipología de la adicción.

b.- Historial familiar:

Cómo son las relaciones con los familiares y cual es el grado de concienciación de la familia en relación al problema. Este conocimiento está dirigido a la posibilidad de establecer figuras de referencia para el tratamiento.

c.- Relación de pareja actual:

Si la relación es estable o inestable, como opción para el establecimiento de una figura de referencia y para la prevención de recaídas.

d.- Historial de problemas mentales:

Es importante conocer los posibles problemas relacionados con el control de impulsos (ludopatía, malos tratos, ira, intentos de suicidio.....), la posible relación del consumo con estados de ansiedad o depresión y el historial psiquiátrico junto al diagnóstico actual. La evaluación de la estabilidad psicológica está dirigida a valorar la posterior colaboración con compañeros y la capacidad para asimilar el aprendizaje de habilidades.

e.- Problemas con la ley:

Permite tener una noción acerca del respeto de normas y a la autoridad.

f.- Personalidad:

Las facetas a evaluar son la integridad del yo y la tendencia a llamar la atención, el grado de introversión y de comunicación, la confianza básica y la cordialidad, la integridad moral y la responsabilidad. El objetivo es valorar la preparación para la modalidad grupal.

Para la evaluación de la personalidad se utiliza el *Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-III)*.

g.- Historia de infancia y adolescencia:

Grado de escolarización y educación familiar, obediencia, fugas de casa.....
Permite conocer las actitudes, la cultura y el respeto a la autoridad.

h.- Historia laboral y cualificación profesional:

Se busca conocer la experiencia laboral, los periodos de mantenimiento de trabajo y la disponibilidad actual de trabajo satisfactorio y acompañado. Ofrece una valoración del autocontrol, la disciplina y la predisposición para seguir instrucciones estructuradas.

i.- Situación económica:

Permite seleccionar una modalidad de tratamiento que se adapte a sus necesidades.

j.- Problemas médicos:

Se pide una revisión médica general.

k.- Historial de tratamientos anteriores:

Dirigida a conocer la motivación y el estado de ánimo actuales y analizar los motivos de abandono anteriores.

7.- EL CENTRO DE PSICOLOGÍA CLÍNICA OLIVENCIA

El centro de Psicología Clínica Olivencia fue fundado en 1995 en Roquetas de Mar, en la provincia de Almería. El ámbito de la intervención psicológica que se ofrece es amplio, si bien es predominante el tratamiento de las

drogodependencias desde el marco teórico que ya hemos explicado, y en conexión con la corriente teórica relacionada con la psicopatología dual.

Los profesionales al cargo de las terapias son Juan José Olivencia, director del centro, y que, además de la licenciatura, cuenta con estudios de doctorado y master así como experiencia en docencia. Y Gregorio Gómez del Pulgar.

Uno de los aspectos que vemos necesario describir es el ambiente físico en el que tienen lugar las intervenciones. Éste es un espacio amplio, con dos despachos independientes en el que se desarrollan las terapias individuales y dos salas de espera, una de ellas lo bastante amplia como para permitir que se realicen en ella la primera parte de las terapias grupales. Tanto la espaciosidad, como la decoración, como la música seleccionada permiten crear un ambiente que es en sí mismo terapéutico y que de alguna manera induce al tipo de relación que significa una relación terapéutica, al tiempo que sitúa a la persona en una esfera distinta a la de su ambiente habitual.

7.1.- Actividades personales durante las prácticas

Mis actividades en el centro consistieron en asistir a las sesiones individuales de dos de los clientes (de los que de uno de ellos haré la exposición del caso clínico) y a las sesiones grupales en las que ellos participaban. Mi posición en ambos tipos de sesiones fue la de observador, por entender que mis propios puntos de vista podían interferir el curso de la terapia y por tanto el proceso curativo. En cualquier caso, esta fue una limitación autoimpuesta y que al mismo tiempo me permitió prestar toda mi atención al desarrollo de las sesiones.

En el caso del primero de los clientes (del cual no incluiré su seguimiento y al que llamaré “V”) se trató de un varón con un perfil social bastante adaptado y buenas aptitudes tanto sociales como intelectuales. Dirigía su propio negocio y su relación con la droga yo la contextualizaría en un ámbito más de diversión que de huida. En este caso los problemas tratados durante las sesiones giraron alrededor de sus relaciones íntimas y familiares, estando casi todas las indicaciones dirigidas a encaminar su forma de relacionarse tanto con su anterior pareja como con su entorno familiar más inmediato. De otra parte, tuve también la oportunidad de asistir a las sesiones que se realizaron con él conjuntamente con sus familiares y con sus familiares aisladamente. En ambos casos pude observar que, si bien contaba con mucho apoyo social y, en gran parte de calidad, otra parte de la familia parecía actuar, no intencionadamente, como ancla, en gran parte debido a cierta sobreprotección que se expresaba en temores poco fundados, dada la evolución y la mejoría a la que se había llegado durante el tratamiento.

Quiero mencionar también la gran aceptación con que V contaba dentro del grupo. Aceptación que, a mi entender, en gran parte se debía a sus aptitudes sociales. Sus intervenciones y consejos durante las sesiones grupales eran ajustadas y realistas, y atentamente escuchadas por el resto del grupo.

El otro de los casos del que tuve la oportunidad de hacer su seguimiento fue otro varón, al que mencionaré como “G”. La explicación de su caso y de sus pormenores clínicos será el motivo del desarrollo del punto siguiente por lo que aquí me limitaré a mencionar brevemente mis intervenciones fuera del ámbito meramente clínico. El caso de G fue sustancialmente diferente del

anteriormente expuesto respecto de V. Esencialmente se podría decir que el perfil de su consumo era más “autodestructivo” y con unos orígenes diferentes. Se podía decir que para G el consumo era como una filosofía de vida, y su desapego por el consumo y los ambientes en los que se movía no llegó hasta que tocó fondo en ese modo de vida. Otra diferencia tiene que ver con la menor calidad del apoyo social y familiar con que contaba, creo que en gran parte debido a que los problemas del cliente se solapaban con otros problemas añadidos en el ambiente familiar. Sin embargo, a diferencia de V, uno de los aspectos en los que la drogadicción había dejado más huella en G era el de la adaptación social, una de cuyas facetas podría considerarse que es el de la formación académica y la integración laboral. Es en este aspecto donde creo que conseguí ayudar a G en su nuevo itinerario vital. Mi ayuda consistió en guiar a G en su formación académica mientras realizaba un módulo formativo que se ajustaba muy bien a sus intereses y aptitudes personales. La ayuda se realizaba los mismos días que las intervenciones clínicas y consistían en asesoramiento sobre técnicas de estudio, solución de las dudas que pudiera tener acerca de los contenidos que estudiaba y guía acerca de las formas más adecuadas para acercarse y afrontar los retos que suponía desenvolverse en el ambiente académico. A este respecto era especialmente importante encontrar el equilibrio entre los requerimientos académicos y la velocidad con que G podía adaptarse al medio y asimilar los contenidos. Hay que tener en cuenta tanto el tiempo que G llevaba sin estudiar como los propios efectos de la drogadicción y sus secuelas sociales, por lo que era necesario adaptar los contenidos a su propio ritmo de asimilación, de forma que no se sintiera sobrepasado y perdiera el interés o sintiera aversión. Finalmente G fue

paulatinamente adaptándose a las exigencias y sobreponiéndose a los pequeños fracasos (para él grandes) que iba encontrándose. Por último queda decir que G obtuvo su título en el módulo formativo que cursó y que encontró un trabajo en consonancia con los contenidos de su formación.

8.- PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

A continuación nos referiremos a la explicación del caso clínico G. G es un cliente del Centro de Psicología Clínica Olivencia con problemas de adicción. El seguimiento de su evolución se realizó durante un periodo de cinco meses y las fuentes de información provienen tanto de los terapeutas como de la observación de sus intervenciones durante las sesiones individuales y grupales. Los datos referidos a su biografía y su historial de consumo fueron obtenidos mediante una entrevista personal realizada después de la última sesión terapéutica. También se tuvo acceso a las tareas realizadas durante el proceso de tratamiento.

G es un varón de 36 años. Desde hace poco tiempo vive con sus padres y sus dos hijas en la vivienda de los primeros. A fecha de la obtención de la información no disponía de pareja estable y estaba buscando trabajo. Procede de una familia con buena adaptación social y sin antecedentes de consumo de sustancias psicoactivas. Sus relaciones familiares actuales presentan algunas complicaciones, sin embargo cuenta con un importante apoyo familiar.

8.1.- Historial de consumo y datos biográficos

El inicio de G en el consumo de sustancias estupefacientes fue muy temprano. Ya con diez u once años se saltaba algunas clases en el colegio para consumir hachís y, episódicamente, alcohol. No mucho más tarde, a los

doce años, toma su primer contacto con la heroína, y es a los catorce años cuando se inicia en su consumo regular de manos de unas amistades de étnia gitana. Entretanto continúa con el consumo abusivo de hachís, al que se refiere como “los porros eran como el tabaco”.

El dinero necesario para mantener ese ritmo de consumo lo conseguía mediante el robo de objetos cuyo precio ya habían previamente estipulado o directamente de dinero. Comenta que varias veces se libró de las consecuencias legales de sus actos mediante recomendaciones de allegados.

Respecto de lo anterior es conveniente mencionar que para él el consumo de sustancias era la expresión de su rebeldía, de su oposición a ser como los demás o como se esperaba de él, para él la vida era algo más que seguir las rutinas que observaba en su entorno. Al tiempo que sus relaciones con personas de étnia gitana se basaban en una forma de admiración hacia su estilo de vida. Esto último lo llevó a los quince años a abandonar la casa de sus padres y a irse a vivir con ellos. Ante esta situación los padres optaron por recurrir a los servicios de *Centro Provincial de Drogodependencias*, sin embargo su consejo fue el de que lo dejaran marchar, que sin su consentimiento no iban a conseguir nada.

En un nuevo intento por sacarlo del mundo de los estupefacientes los padres lo envían a un internado para continuar sus estudios. Nuevamente el intento es infructuoso. Él inicia nuevas relaciones consumidoras y todo sigue igual hasta que, al volver a Almería, con diecisiete años y debido a que los problemas con la ley eran cada vez mayores se propone abandonar el consumo de heroína. Sin embargo continúa con el consumo habitual de hachís y el consumo esporádico de LSD. Al tiempo es reclamado a varios juicios por posible

comercio, de los que sale limpio. A los dieciocho años ya no consume heroína, aunque el resto de sustancias le parecen blandas.

Desde los diecinueve años a los veinticinco mantiene un trabajo estable y es a los veintitrés cuando conoce a su primera pareja estable, con la que tiene dos hijas. Aunque al principio a su pareja no le parecen bien sus relaciones con la droga, él la lleva a consumir hachís diariamente. En sus intentos de huir del ambiente se marchan a vivir a un cortijo, aunque el ambiente los sigue a ellos. Si bien en un inicio son reacios a esa intromisión finalmente para vivir él vuelve a traficar con cocaína y heroína. Como resultado su pareja lo abandona y él debe dejar la casa familiar. Pasa un tiempo viviendo como puede, completamente abandonado al consumo de cocaína, hasta que conoce a otra pareja con la que convive tres años llenos de conflictos.

Tras encontrar un nuevo trabajo su vida se estabiliza durante seis años. Cuando el trabajo se termina se ve asfixiado por las deudas y el consumo es cada vez mayor. Los problemas asociados a este creciente ritmo de consumo (depresión, ansiedad, terrores nocturnos.....), lo llevan a iniciar un nuevo tratamiento, el que se está comentando.

8.2.- Evaluación

Las áreas de referencia a evaluar en el caso de G son las mismas que fueron mencionadas anteriormente en el punto referido a la evaluación general llevada a cabo en todos los clientes que solicitan intervención. La técnica utilizada fue la entrevista individual con G y la entrevista con los familiares, en este caso los padres. Los resultados de la evaluación muestran un largo historial de consumo con algunos intentos infructuosos de recuperación, sin embargo se puede decir

que éste es su primer intento serio de rehabilitación en el que cuenta con la suficiente motivación y conciencia del problema. Son también destacables los datos obtenidos acerca de su relaciones familiares y de pareja en tanto que pueden servir de apoyo y referencia para la recuperación. La familia informa de su apoyo incondicional a la recuperación. El resto de datos obtenidos mediante las entrevistas de evaluación son básicamente similares a los informados en el apartado anterior referido a su *historial de consumo y datos biográficos*.

A continuación se hace exposición de las medidas tomadas respecto de algunos comportamientos al inicio del tratamiento, como Línea Base, y a los 6 meses de tratamiento como medida post-tratamiento.

<i>VARIABLES</i>	<i>LÍNEA BASE</i>
<i>6 MESES</i>	
Consumo de coca y otras drogas	Si
No	
Abuso consumo de coca	1,5-2,5 grs/semana
0	
Reconocimiento del problema de la adicción como tal y de la relación de la droga con los problemas de la vida	60%
100%	
Reconocimiento de la necesidad de	

tratamiento para mantener la abstinencia	20%
95%	
Asistencia semanal a lugares asociados al consumo	Si
No	
Establecimiento de objetivos comunes con la familia	No
Si	
Horas de deporte semanales > 15	0
Horas de ocio semanales relacionadas con el consumo	> 20
0	
Actividades diferentes a drogarse	No
Si	

8.3.- Metas y objetivos terapéuticos

Obviamente la meta principal en el tratamiento de drogodependencias es alcanzar la abstinencia en el consumo de sustancias psicoactivas. Sin embargo el logro de esta meta no sería posible sin no se consiguen otras metas asociadas que incluirían el cambio de la actitud vital de la persona, es decir, de su forma de sentir y actuar ante las experiencias vitales y el cambio de hábitos,

tanto los asociados al propio consumo como los relacionados con esferas más amplias de su vida. En el caso de G se trataría de lograr la abstinencia de hachís y cocaína. El logro de esta abstinencia viene muy condicionado por la modificación de los hábitos y comportamientos que hasta ahora se han relacionado con el consumo y que afectan a todas sus áreas vitales, incluidas la personal, la familiar y la social. A su vez se puede entender como una meta más global y completa la creación de un cambio en las actitudes vitales de la persona como base para el mantenimiento de la abstinencia y de los nuevos hábitos y comportamientos.

Para el logro de las metas enumeradas anteriormente se consideró necesaria la actuación y la implicación de G en la consecución de competencias que se reparten en once áreas, áreas que a grandes rasgos se corresponden con los ya enumerados módulos psicoeducativos

Respecto de los objetivos generales, éstos se corresponden con el desarrollo y práctica de los doce módulos psicoeducativos ya citados y que se centran en áreas en las que la persona debe mostrar competencia y asimilación de los contenidos. Estos objetivos son: sinceridad, aceptación y no repetición de lo que antes no le ha dado resultado; creación de un ambiente incompatible con situaciones de riesgo; regulación emocional y actuación sobre los problemas, no sobre las emociones que generan; tolerancia a la frustración y aceptación de las dificultades de la vida; mente realista mediante el rechazo asertivo de la vida anterior y la creación de un estilo de vida acorde a sus posibilidades; convivencia; metas que sirvan de guía y motivación tales como metas de salud, materiales, de conocimiento, etc....; ocio y realización de actividades lúdicas; amistad; adaptación social, incluidas formas alternativas de diversión y la

capacidad para decir “no” a lo que no le interesa y, por último, mejorar en lo posible el ambiente de trabajo.

En referencia al caso de G, los objetivos más preeminentes son la Regulación Emocional (anexo I) y la Convivencia, como aspectos se solapan entre sí, siendo la convivencia familiar la principal fuente de malestar emocional, especialmente la relación con sus hijas. Y la Adaptación Social, especialmente en lo referente al desarrollo de su capacidad para decir “no”, que, si bien es una dificultad que se extiende a todas las esferas de su vida, también se pone de manifiesto en la convivencia familiar, de hecho hacia este último punto se dirigieron buena parte de las intervenciones de los terapeutas.

Los subobjetivos relacionados con estas objetivos más deficitarios son los siguientes:

a.- Regulación Emocional:

- Se persigue que G cambie su actitud de intentar cambiar sus emociones por la de actuar sobre los problemas y situaciones.
- Se persigue la estabilidad emocional de forma habitual.

b.- Convivencia:

- Compartición de responsabilidades.
- Comprensión y aceptación mutua de defectos.
- Colocación de los intereses familiares por encima de los de cualquier otra persona.

c.- Adaptación Social:

Las intervenciones realizadas en esta área de los objetivos se encaminaron a los siguientes puntos:

- Desarrollo de la capacidad para decir “no” a lo que no le interesa o conviene.

- Desarrollo de la capacidad para gestionar y solucionar cualquier situación en la que se encuentre.

Los objetivos o áreas en los que G muestra más satisfacción son el Trabajo, en este caso sus estudios, y el Ocio. G encuentra en ellos motivación y nuevas fuentes de relación, si bien a veces puede desatender los primeros dando prioridad a sus actividades de ocio.

En referencia a la Sinceridad (anexo IV) y la Mente Realista (anexo III) es importante apuntar que G no se identifica, en vista de sus contestaciones en las tareas, con verbalizaciones que pudieran indicar una falta de aceptación del problema o una falta de implicación en su proceso de recuperación.

8.4.- Seguimiento y evolución del caso

El seguimiento de la evolución del caso se realizó durante tres meses mediante la observación de las sesiones tanto grupales como individuales. En este caso la etapa inicial del tratamiento (de aceptación y compromiso para el cambio) ya había sido superada y el trabajo terapéutico estaba centrado en la intervención en aquellos aspectos que más interferían en la recuperación de G. En concreto la meta más trabajada fue la de la adaptación social (anexo II), especialmente en el desarrollo de la autonomía personal, del fortalecimiento de su capacidad para priorizar sus propias necesidades y en la mejora de la convivencia mediante la comunicación.

Las primeras sesiones se dedican a abordar temas como los estudios y el ocio. En el caso de G el aspecto del ocio está relacionado con la realización de actividades deportivas. En ambas facetas G se involucra personalmente, lo que le permite experimentar conductas y emociones nuevas, al tiempo que se

crean en él expectativas de seguir experimentando nuevos aspectos de la vida que antes le resultaban desconocidos. Sin embargo, al tiempo que nacen nuevos sentimientos de competencia y se incrementa el conocimiento de nuevos aspectos de sí mismo, es también necesario reforzar y reorientar su atención hacia la necesidad de tomar una postura más autoafirmadora, el establecimiento de prioridades (en concreto el tratamiento y su recuperación) y la necesidad de escapar de situaciones y compañías que no desea. Ante estos nuevos sentimiento de autoeficacia se le prevee ante la posibilidad de exponerse demasiado ante estímulos condicionados al consumo como las fiestas y algunas amistades.

Más adelante aparecen nuevas condiciones familiares que afectan a la correcta evolución de G, siendo preciso dedicar algunas sesiones a intervenir con los padres. Concretamente se le pide que intervenga en el cuidado y educación de un familiar, tarea para la que, según opinión de los terapeutas, aún no estaba preparado. En este punto se hace hincapié en la importancia de una buena comunicación para la mejora de la convivencia y de la relaciones familiares.

Por último G propone un acompañante y es presentado a los terapeutas. Las funciones del acompañante en el caso de G consistirán en ayudarlo en su adaptación social y en el abandono del ambiente anterior mediante el contacto con ambientes no tóxicos. También deberá dar información a los terapeutas acerca de su evolución. G reconoce la capacidad de su acompañante para ayudarlo.

En el momento de dejar el seguimiento de su caso G se encuentra en la tercera etapa de la intervención, de *“Autogestión, compromiso e*

independencia”. Sin embargo, y principalmente debido a su largo historial de relación con la drogadicción y los ambientes adictivos en opinión de los terapeutas el tratamiento habrá de mantenerse por algún tiempo más de manera que permita que las nuevas habilidades y modos de vida se afiancen. En cualquier caso, en el momento de la realización de este trabajo, G. ya ha sido dado de alta.

El listado de las intervenciones terapéuticas con G realizadas durante mi tiempo de prácticas es como sigue:

1ª Sesión: Terapia individual. *Terapeuta*: Gregorio Gómez.

- Planificación de los estudios y de las actividades de ocio.
- Mejora de las relaciones familiares y selección de las amistades.
- Exploración de los sentimientos relacionados con su anterior pareja.

2ª Sesión: Terapia grupal. *Terapeutas*: J.J. Olivencia y G. Gómez.

- *Módulos psicoeducativos*: Adaptación social, Sinceridad.

3ª Sesión: Terapia individual. *Terapeuta*: Gregorio Gómez.

- Mejora de las relaciones familiares.
- Revelación de conductas asertivas respecto del consumo y las amistades.
- Reconocimiento de la necesidad de conocer gente distinta e ideación de distintas formas de conseguirlo.
- Reforzamiento por el terapeuta.
- Planificación de actividades para el fin de semana.

4ª Sesión: Terapia individual. *Terapeuta*: Gregorio Gómez.

- Ocupación casi exclusiva en los estudios, exposición a nuevos tipos de estrés. Aparición de sentimientos de competencia.

- Realización de actividades de ocio con la familia durante el fin de semana. Descubrimiento de nuevos aspectos de sí mismo.
- Planificación de nuevas actividades con la familia.
- Coordinación de obligaciones familiares con su anterior pareja.
- Necesidad de mejorar aspectos relacionados con la autoafirmación.
- Necesidad de dosificar los esfuerzos y priorizar actividades.

5ª Sesión: Terapia Grupal. *Terapeutas*: J.J. Olivencia y G. Gómez.

-Módulos psicoeducativos: Metas y Valores.

6ª Sesión: Terapia Individual. *Terapeuta*: Gregorio Gómez.

- Refuerzo por el terapeuta por las calificaciones obtenidas en los estudios.
- Reconocimiento de haber tomado una pequeña cantidad de alcohol. Incidencia por el terapeuta en la necesidad de decir “no” a lo que no se desea y en actuar de acuerdo con las propias elecciones y en la importancia de no ceder nunca a las tentaciones.
- Instrucciones acerca de cómo afrontar situaciones difíciles y eludir las peticiones de los demás relacionadas con el consumo.
- Establecimiento del tratamiento y la recuperación como prioridades frente a cualquier otra actividad o comportamiento.
- Intervención acerca de cómo los éxitos también pueden ser un problema.

7ª Sesión: Terapia individual. Intervenciones separadas con G y con sus padres.

Terapeuta: Gregorio Gómez.

- Intervención acerca de los peligros de minimizar la importancia de los estímulos condicionados cuando crecen los sentimientos de competencia.

- Intervención acerca de las dificultades que tienen los familiares y amistades para comprender su situación y acerca de la necesidad de tomar la iniciativa y controlar las influencias.
- Necesidad de cambiar de ambiente si desea que los efectos del tratamiento continúen a largo plazo.
- Intervención con los padres acerca de la importancia de la comunicación en las relaciones familiares y sociales.

8ª Sesión: Terapia Individual. *Terapeuta:* Gregorio Gómez.

- Repaso a las relaciones familiares. Necesidad de no dejarse influir en lo que pueda afectar al tratamiento.
- Repaso a las actividades de ocio realizadas.
- Repaso a posibles salidas profesionales y modos de acceder a empleos adecuados a su formación actual.
- Sugerencias acerca de contar con una persona que le sirva de acompañamiento y guía en su adaptación social.

9ª Sesión: Terapia Grupal. *Terapeutas:* J.J. Olivencia y G. Gómez.

-Módulos psicoeducativos: Mente realista, Tolerancia a la frustración.

10ª Sesión: Terapia Individual. *Terapeuta:* Gregorio Gómez.

- Actividades de ocio y posible participación en asociaciones deportivas.
- Análisis de las posibles influencias de la convivencia familiar, en el momento difíciles, sobre la recuperación.
- Necesidad de comunicar con los demás las desavenencias que se dan en las relaciones de todo tipo.
- Trabajo sobre la influenciabilidad de G.

11ª Sesión: Terapia de Grupo. *Terapeutas:* J.J. Olivencia y G. Gómez.

-Módulos psicoeducativos: Amistad, Ocio.

12ª Sesión: Terapia Individual. *Terapeuta:* Gregorio Gómez.

- Repaso de las actividades de ocio realizadas durante el fin de semana.
- Programación de actividades formativas de cara a la inserción laboral.
- Exposición por G. de nuevos problemas en el ambiente familiar. El terapeuta solicita poder hablar con sus padres la semana siguiente.
- G. nos presenta a su acompañante y guía que le ayudará en su adaptación social y en el cambio de ambiente. Se explican al acompañante cuáles serán sus funciones.

13ª Sesión: Terapia Individual. *Terapeuta:* Gregorio Gómez.

- Necesidad de retomar los estudios en detrimento del deporte.
- Indicaciones acerca de cómo desenvolverse en el nuevo entorno familiar.

14ª Sesión: Terapia Grupal. *Terapeutas:* J.J. Olivencia y G. Gómez.

-Módulos psicoeducativos: Comunicación, Convivencia.

15ª Sesión: Terapia Individual. *Terapeuta:* Gregorio Gómez.

- Necesidad de establecer prioridades y de organizar el tiempo en relación a las actividades deportivas y formativas.
- Necesidad de solucionar los problemas sobrevenidos tras la nueva situación familiar. Se concreta nueva cita con la presencia de los padres.

16ª Sesión: Terapia Individual. Intervención por separado con los padres.

Terapeuta: J.J. Olivencia.

- Exposición por los padres de su punto de vista acerca de la nueva situación familiar. Exposición por el terapeuta de posibles soluciones que no afecten al tratamiento de G..
- Exposición por G. del modo en que la nueva situación familiar afecta a su tratamiento.

17ª Sesión: Terapia Individual. *Terapeuta:* Gregorio Gómez.

- Satisfacción por sus calificaciones académicas.
- Comentarios acerca de su nuevo modo de organizarse y de participar en la convivencia familiar.

18ª Sesión: Terapia Individual. *Terapeuta:* Gregorio Gómez.

- Comentarios acerca de nuevas disciplinas con las que completar su formación.
- Realización de actividades de ocio con la familia.
- Los problemas relacionados con la nueva situación familiar parece que empiezan a tomar un nuevo rumbo.
- Necesidad de encontrar un nuevo ambiente en el que desenvolverse.

9.- CONCLUSIONES Y OPINION PERSONAL

En primer lugar quisiera mostrar mi más profundo agradecimiento a Juan José y a Gregorio, y por supuesto también al profesorado del master, por haberme dado la oportunidad de realizar mis prácticas en este centro. Mi interés por la drogodependencias viene de mucho tiempo atrás, aunque no sabría decir muy bien por qué. En cualquier caso me resulta fascinante investigar qué condiciones personales y ambientales llevan a una persona a seguir un curso de vida que irremisiblemente lleva al fracaso en todas las áreas de su vida y en el que, sin embargo y a pesar de ello, esta persona sigue concentrando todas sus energías.

De otra parte está el conocimiento del proceso terapéutico. Desde mis primeros contactos con la práctica clínica ésta me ha parecido siempre una actividad fascinante. Creo que pocas profesiones requieren de tanta movilización de recursos como la que hace el psicólogo clínico. No sólo debe partir de una serie de conocimientos científicos previos, sino que además debe conjugarlos con sus propios conocimientos y experiencias personales, de forma que queden a un lado sus propios prejuicios, sus ideas previas y sus propias predisposiciones. Y todo ello con un solo objetivo, el bienestar y los intereses del cliente. Además el psicoterapeuta ante cada nuevo caso, e incluso ante cada nueva sesión, se encuentra ante situaciones para las que no hay estándares de actuación, de forma que, en la mayoría de los casos, al conocimiento en sí debe añadirse la capacidad para intuir, para ver más allá de lo que la situación a simple vista muestra.

Centrándome en mis prácticas en el Centro de Psicología Olivencia debo añadir, a todo lo ya dicho, que me he encontrado con un trabajo concienzudo, que se inicia mucho antes de la intervención o de la sesión. Las bases teóricas de partida en las que se sustenta el tratamiento son una buena prueba de ello. Sin embargo, creo que con sólo unos buenos presupuestos teóricos o una buena estructuración de los casos o de las intervenciones no basta. Pienso que es el profesional el que finalmente debe llenar de sentido toda esa labor previa a partir de su propia práctica. En este aspecto he tenido acceso a ver de primera mano el uso de ciertas habilidades que, desde mi punto de vista, definen la maestría del terapeuta. Estas habilidades tienen que ver con la empatía, y también con la capacidad de “entregarse” en la justa medida. Y tienen también que ver con la creatividad, con la capacidad para dar la

respuesta justa a cada situación o intervención y con la capacidad para ver en cada caso o cliente un caso único, con sus propios matices y diferenciado del resto. Esta diferenciación es, desde mi punto de vista, el primer paso hacia el respeto hacia el otro.

De otra parte, y centrándome en la experiencia directa en el centro, creo conveniente hacer algunas señalizaciones acerca de lo que he observado. En primer lugar me ha llamado la atención la forma en que la terapia grupal ayuda en el proceso de rehabilitación y cómo sin este tipo de terapia la deshabitación sería más difícil. Entiendo que el hecho de verse reflejado en el otro a la vez que ese otro expone sus propias estrategias personales son un ejemplo tanto de modelado como de moldeamiento de nuevas conductas, algunas de las cuales operan en tiempo real y otras son traídas a colación mediante los procesos verbales actualizando conductas pasadas, al tiempo que sirven de apoyo para el desvanecimiento y creación de conductas. De otra parte he podido comprobar cómo la terapia grupal y la individual pueden ajustarse la una a la otra sin que por ello tengan que estar supeditadas, cada una cumple su función, dejando la posibilidad para el dialogo y la discusión para la terapia individual. Por último quiero resaltar la función que el trabajo con las familias cumple en todo el proceso. La familia es desde el principio uno de los pilares del tratamiento. Son muchos los temas que se tratan con los familiares, de los cuales quizás el principal sea hacerles comprender que no es un problema de actitud por parte del adicto, que es necesario comprender la situación de la que parte y la situación por la que pasa mientras dura la terapia, es decir, cuáles son sus cogniciones y necesidades en ese momento. Otro de los temas que se tratan con los familiares es la instrucción de éstos acerca de

cómo tratar con el paciente ante determinadas situaciones como pueden ser los momentos de desánimo o, todo lo contrario, momentos en los que será necesario contrarrestar los excesos de confianza o aprender a detectar signos que indiquen vulnerabilidad a la recaída.

En resumen, el proceso realizado en el Centro de Psicología Clínica Olivencia es a mi entender un sistema compacto que procura incidir tanto en las variables intrapersonales del cliente como en el cambio de pautas sociales y conductuales y es indiscutible que ambos aspectos se refuerzan mutuamente.

10.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Didonna, Fabrizio (Ed.). (2009). *Manual Clínico de mindfulness*. Bilbao: Desclée de brouwer, 2011.
- Hayes, S.C., y Strosahl, K.D.,(2004). *A practical guide to acceptance and commitment therapy (2004)*. New York: Springer Science+business media, Inc.. 2004.
- Linehan, M.M., (1993). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite (2003)*. Madrid: Espasa libros, S.L.U.. 2003.
- Miller, W. R., y Rollnick, S.,(1991). *La entrevista motivacional (1999)*. Madrid: Espasa libros, S.L.U.. 2011.

- Observatorio español de la droga y las toxicomanías, informe 2011 (2011).
Extraído el 12/06/2013. *Ministerio de sanidad, política social e igualdad. Secretaría general de política social y consumo.* <http://www.pnsd.msc.es>
- Snyder, S. H., (1986). *Drogas y cerebro (1992)*. Barcelona: Prensa científica, S.A.. 1994.
- Washton, A. M., (1989). *La adicción a la cocaína (1995)*. Barcelona: Espasa libros, S.L.U.. 1995.
- Washton, A. M., y Boundy, D., (2005). *Querer no es poder(2005)*. Barcelona: Paidós Ibérica. 2005.
- Wilson, K.G., y Luciano Soriano, M.C., (2002). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT) (2002)*. Madrid: Pirámide. 2012.

ANEXO I

REGULACIÓN EMOCIONAL:

Regular las emociones no implica estar siempre contento o evitar las perturbaciones, sino mantener el equilibrio: Saber atravesar los malos momentos que nos depara la vida, reconocer y aceptar los propios sentimientos y salir airoso de esas situaciones sin dañarse ni dañar a los demás.

- **Regulación emocional:**

La habilidad de identificar las emociones, su origen y el modo de proceder para no dejarse llevar por las emociones negativas (y positivas). POR LO TANTO UNA PERSONA REGULA EMOCIONES CUANDO:

1º- Reconoce el origen de la emoción (algo que ha visto que ha ocurrido fuera o que ha imaginado o pensado)

2º- No lucha contra ellas directamente. Las acepta profundamente y las comunica mientras espera que se pasen.

3º- Sabe ponerle nombre, las analiza y resuelve el problema que la ha originado si es posible.

PARA DARSE CUENTA Y COMPRENDER NUESTRAS EMOCIONES HAY QUE SABER QUE:

1. Las emociones van y vienen. Son como olas en el mar. La mayor parte de las emociones sólo duran de segundos a minutos.
2. Se pueden expresar más de una reacción emocional en respuesta al mismo suceso. Y se puede interpretar de diferentes maneras. Eso depende de nosotros.
3. Están relacionadas con nuestras creencias y pensamientos más profundos. Y se puede establecerse una relación circular entre los pensamientos y las emociones.
4. Las emociones se pueden autoperpetuar. Una vez que empiezan una emoción, podemos reactivarla una y otra vez (dependiendo de nuestro razonamiento o circunstancias). Se puede experimentar "emociones secundarias", es decir, reacciones emocionales ante las emociones. Lo cual ocurre cuando se lucha contra la emoción y no se acepta. Cuando una emoción permanece, se la denomina "estado de ánimo". Y pueden alejarnos de nuestros objetivos por el dolor que llegan a producir si no se regulan.

OBSERVAR LA EMOCIÓN

☐ **Notar su presencia. Son como las olas del mar.**

☐ **Dar un paso atrás (situarse a cierta distancia de la emoción).**

- ☐ **No dejarse atrapar por la emoción pensando y pensando.....**
Se pueden autoperpetuar.

EXPERIMENTAR LA EMOCIÓN

- ☐ **Como una OLA que va y que viene.**
- ☐ **Intentar NO BLOQUEAR la emoción.**
- ☐ **Intentar NO SUPRIMIR la emoción.**
- ☐ **No intentar LIBRARSE de la emoción.**
- ☐ **No APARTARLA de uno.**
- ☐ **No intentar MANTENER la emoción cerca.**
- ☐ **No colgarse de ella.**
- ☐ **No amplificarla.**

RECORDAR: NO SOMOS LO QUE SENTIMOS

- ☐ **No tenemos necesariamente que actuar según el dictado de nuestras emociones.**
- ☐ **Recordar ocasiones en las que nos hemos sentido de diferente forma.**

PRACTICAR: AMAR LAS PROPIAS EMOCIONES

- ☐ **No juzgar a la emoción.**
- ☐ **Practicar la habilidad de BUENA DISPOSICIÓN.**
- ☐ **ACEPTAR la emoción de forma radical.**

Adaptado de Dialectical Behavior Therapy (Linehan, 1993)

PASOS A SEGUIR PARA CONSEGUIR REGULAR LAS EMOCIONES

1. PRIMER PASO: ¿Qué me pasa?

¿Cómo me duele esta emoción? ¿Cómo noto que estoy sin “regular emociones”? ¿Cómo me afecta?

“el problema está dentro de mí y no fuera” en como lo analice y busque las soluciones yo mismo”

2. SEGUNDO PASO: ¿ESTO ES NORMAL?

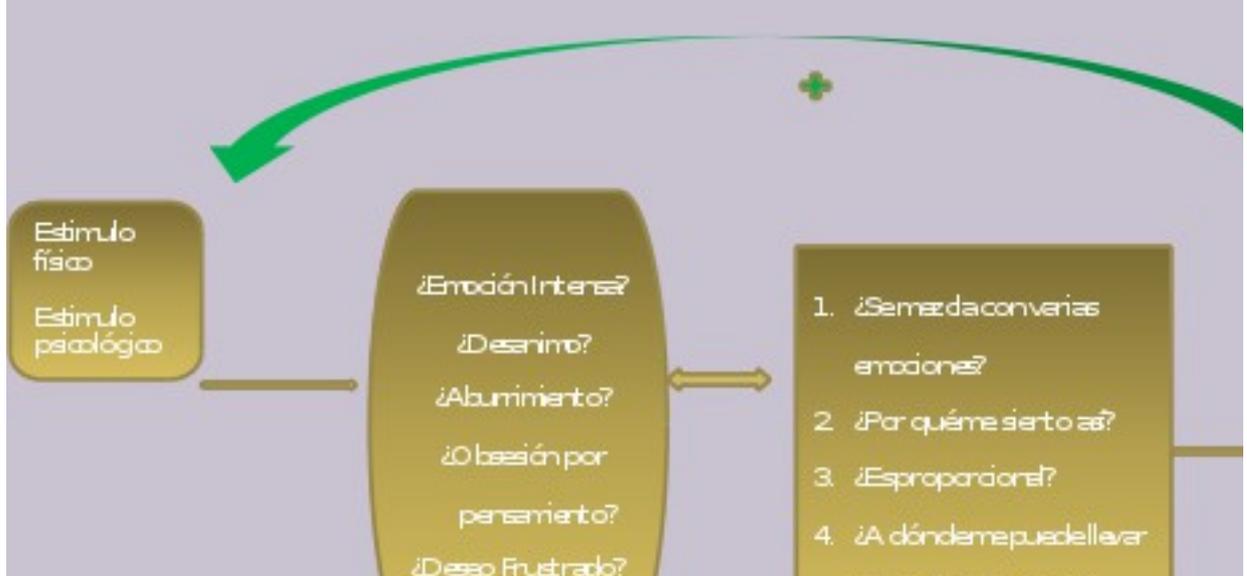
¿Estará desproporcionada la emoción que siento? ¿Estaré muy frágil? ¿Estaré mezclando emociones? ¿Estaré anticipando y eso me genera más emociones? ¿Estaré aumento las emociones con recuerdos y pensamientos negativos?

3. TERCER PASO: ¿A dónde me puede llevar si me dejo arrastrar por esta emoción?

4. CUARTO PASO: ¿Por qué me siento así? ¿Qué es lo que me afecta?

5. QUINTO PASO: ¿Cuál es la manera de actuar adecuada para encontrar el equilibrio o resolver el problema que me afecta emocionalmente? (¿por arriba o por abajo?)

REGULACIÓN DE LAS EMOCIONES



ANEXO II

ADAPTACIÓN SOCIAL

UNA PERSONA CON UNA BUENA ADAPTACIÓN SOCIAL (cuando...):

1º.- Cuando voy a divertirme. ¿Cual es la manera de "estar" para divertirse? **DIVERSIÓN**

SINONIMOS DE DIVERTIRSE: amenizar, regocijarse, explayarse, entretener, jugar, distraer, agradar, alegrar, contentar, gozar, recrearse, desahogarse, esparcirse, complacer, retozar

Definir las claves pre-droga:

- Música
- La gente que consume.
- La gente que esta colocada de alcohol.
- La barra.
- La oscuridad.
- No poder hablar en un garito por el ruido

Definición de las claves nuevas de adaptación social:

- Estar conectado con otras personas (un grupo en el que me encuentro inmerso).
- Hablar con otra gente en ese lugar.
- Irse a una mesa.
- Lugares más claros, con menos ruidos.

2º.- Cuando estoy en ceremonias sociales, festividades, comidas familiares, etc.

FESTIVIDADES SOCIALES

- Visitar las exposiciones relacionadas con la navidad (aprender de una manera adecuada a integrar y disfrutar de estas alternativas y no negarme en rotundo, porque eso me aísla).
 - o portales de belén,
 - o ir a comprar regalos,
 - o salir de paseo para ver las calles,
 - o ir a las ferias de exposiciones,
 - o teatrillos de niños,
 - o "misas",
 - o comprar productos navideños, etc.)

- Comidas de familia en días señalados.
 - Asistir a ellas de una forma alternativa, haciendo el esfuerzo de entenderlas y usando los cuatro pasos de la adaptación social.
- 3.- Conocer y usar, lugares para usar en el tiempo personal como parte de nuestra vida (cines, clubes deportivos, actividades culturales, deportes, boleras, asociaciones, peñas en general, etc.)

CONOCIMIENTO DE RECURSOS GENERALES.

A.- ACTIVIDADES CULTURALES. (Visitas culturales, asistencia a charlas de museos, teatro, peñas, participación en grupos de carnaval,)

B.- ACTIVIDADES NATURALEZA. (Club aventuras, salidas programas de grupos organizados para excursiones, participación o asistencia a competiciones deportivas, etc.)

C.- ACTIVIDADES RELIGIOSAS-TRADICIONALES (Misa, participación en convivencia encuentros o retiros religiosos, cofradías, hermandades, costalero, etc.) (Si existen creencias religiosas)

D.- ACTIVIDADES AUTOAYUDA-PSICOLÓGICAS. (Talleres, yoga, cursos, asociaciones sin ánimo de lucro,..)

4º.- Cuando tengo que hacer gestiones económicas, bancos, permisos, licencias, burocracias, declaraciones, etc. **GESTIONES Y**

BUROCRACIAS.

- Aprender:
 - Gestionar un préstamo (con mente realista).
 - Desarrollo de habilidades para solucionar cualquier cuestión en relación a estas cuestiones y para eso tenemos que realizarlas, preguntando a personas que las tienen.
 - Asesorías,
 - Compras varias,

- Hojas de reclamaciones,
- Etc.

5º.- Educación y sensibilidad social a la hora de hablar. Conocimiento de las costumbres de la gente con la que se esta. Empatía con la gente que está en los lugares. **BUENA EDUCACIÓN**

- Entender las motivaciones de las personas.
- Comprender los límites en conversaciones y no ir demasiado lejos hablando de cuestiones personales (al principio de conocer a alguien).
- Empezar conversaciones adecuadas a la situación y adaptarnos a cualquier tipo de conversación.

6.- Asertividad. Es decir, conocer cuales son los derechos propios y saber decir que NO, cuando no me interesa. Aprender a integrarse en la vida de la gente, sin hacer cosas que no me gusta o me perjudican. Es decir, manteniendo mi propia personalidad. **PERSONALIDAD PROPIA**

- Conocerme a mi mismo.
- Detectar cuando me estoy sintiendo forzado, no estoy cómodo y me está dominando la otra persona (tener un plan alternativo para esa situación, VISUALIZAR)
- No hacer algo que no me gusta.
- Empatía para poder decir “NO”, ante las cosas que no me apetecen, con educación y no siendo hirientes.
- Aceptar las críticas, argumentando mi punto de vista, entendiendo a los demás (asumiendo la parte de responsabilidad que me corresponde en cada momento).

7.- Conocer la **IMAGEN** que proyecto en los demás. ¿Coincide lo que creo que piensan los demás de mí con la imagen que realmente tienen de mi?

8.- Disponer de un grupo de conocidos para salir. (Tres alternativas mínimo) **SOCIALIZACIÓN**

TAREA PARA VALORAR EL GRADO DE ADAPTACIÓN SOCIAL:

SABER ESTAR Y ADAPTARTE EN CUALQUIER LUGAR DONDE SE ENCONTRE		
	si	no
1. Sabe aguantar momentos de tensión con los demás y retirarse a tiempo para evitar un conflicto.		
2. Sabe decir no a algo que no le interesa.		
3. Sabe hablar con una muchacha o muchacho que le guste.		
4. Sabe convencer a los demás (cuando se tiene la razón y sin usar la mentira o la manipulación). Y aceptar las críticas		
5. Sabe confiar en quien se puede confiar (sin aislarse)		
6. Sabe divertirse con los demás.		
7. Sabe usar los sistemas de ocio que existen en nuestra sociedad.		
8. Tiene buena educación.		
9. Sabe lo que se espera de nosotros en cada situación social (conoce los protocolos sociales)		
10. Sabe la imagen que proyectamos en los demás.		
11. Sabe expresar afecto y cordialidad.		
12. Sabe consultar dudas en diferentes situaciones sociales (bancos, amigos, desconocidos, etc.)		
13. Sabe buscar información sobre cualquier cosa que necesita.		
14. Sabe hacerse de un buen ambiente de personas.		

¿Cómo puedo saber si es suficiente para mi mismo cada uno de los

8 puntos anteriores?

1. DIVERSIÓN. ¿me divierto lo que yo necesito?
2. FESTIVIDADES SOCIALES. ¿se disfrutar de las diferentes fiestas todo lo que necesito?
3. CONOCIMIENTO DE RECURSOS GENERALES. ¿conozco y disfruto de los recursos generales de mi alrededor?

4. GESTIONES Y BUROCRACIAS. ¿se hacer papeles sin pasarlo mal?

5. BUENA EDUCACIÓN. ¿tengo buena educación? ¿se estar en los lugares con los demás? ¿Cómo me ven los demás? ¿están a gusto los demás cuando están conmigo?

6. PERSONALIDAD PROPIA. ¿puedo estar relajado cuando estoy con los demás sin dejarme llevar por ellos?

7. IMAGEN. ¿puedo intuir me ve cada una de las personas con las que me relaciono?

8. SOCIALIZACIÓN. ¿es suficiente con los grupos que dispongo para mis necesidades?

ANEXO III

MENTE REALISTA

¿EN QUE AFECTA LA DROGA EN LA “MANERA DE PENSAR”

1. **NO CONOCE SUS PROPIAS NECESIDADES.** La manera de vivir sin drogarse (puntos a seguir), **PERO SE CREE QUE SABE, O DICE QUE NO SABE PERO LUEGO NO BUSCA MÁS QUE EXCUSAS E INCONVENIENTES.**
2. **LE BAJA (O LE SUBE) LA AUTOESTIMA POR LA CUAL NO SE ENFRENTA AL CAMBIO.**
3. **IDEALES MUY ELEVADOS DE CÓMO DE CÓMO SE VIVE Y SE SIENTE CUANDO LA PERSONA NO SE DROGA.**
4. **SE CREE QUE LA VERDAD SOBRE LAS COSAS ES RELATIVA O “DEPENDE”.**
5. **DESCONFIA Y DA EXCUSAS CUANDO HAY QUE ORGANIZAR SU VIDA PARA EL CAMBIO.**
6. **SOBERBIO Y ORGULLOSO.**

¿Cuándo TIENE UNA PERSONA MENTE REALISTA?

1. Colabora con el tratamiento para los cambios necesarios.
2. Valora sus puntos fuertes y los débiles de modo real.
3. Reconoce sus propios problemas y limitaciones a los demás y actúa en consecuencia.
4. Anticipa los problemas en su futuro, etc. Y si no es así, intenta aprender razonando y comprobándolo con la información que obtiene en tratamiento.
5. Visión de conjunto frente a medias verdades, no dejándose llevar por los primeros pensamientos y reuniendo información antes de sacar conclusiones.
6. Mantiene una actitud humilde sobre su manera de pensar y tomar decisiones habida cuenta de que con esa manera ha tenido problemas.

EJEMPLOS DE CREENCIAS ASOCIADAS A LA ADICCIÓN

1. "No puedo ser feliz a menos que consuma",
2. "Para que voy a salir, si no puedo hacer nada",
3. Los consejos de los demás compañeros no me valen a mi porque o están peor o están mejor...
4. "cuando consumo cocaína desempeño mejor mi trabajo",
5. "sin droga la vida no tiene sentido, no hay nada que me llene más que eso",
6. "si todo el mundo lo hace",
7. "todo el mundo tiene algún vicio",
8. "por una vez no pasa nada."
9. "La mejor manera de divertirme es consumiendo drogas."
10. Si yo no tengo ganas de consumir cocaína.
11. Todo el mundo bebe para divertirse.
12. Los demás se van a dar cuenta de que estoy acompañado.
13. Si no me puedo tomar ni una cervecita, vaya mierda de vida.
14. "SERÉ MÁS DIVERTIDO SI TOMO UNA BEBIDA."
15. "SI DIGO QUE NO PASARÁN DE MI."
16. Si me invitan y digo que no, ya no voy a ser el mismo.
17. "No puedo soportar estar así,"
18. Me están controlando como a un niño pequeño.
19. Expresar las emociones es una tontería.
20. Ser emotivo es de débiles.
21. Exceso de confianza.
22. "si me encuentro mal, puedo consumirla"
23. "tengo una mala racha; cómo quieres que no la consuma"
24. "si es que cuando no es por una cosa es por la otra, encima quieres que no consuma"
25. "si, te puede pasar algo, iy lo bien que me lo paso!"

26. "ya llevo unos días, merezco celebrarlo"

27. "con la semana que llevo, ¿no voy a salir?"

28. Mi problema no es la adicción, es otro problema psicológico.

29.

A. **PARA DESARROLLAR "MENTE REALISTA":**

1º EL OBJETIVO ES DARSE CUENTA, ANALIZAR Y MODIFICAR LOS PENSAMIENTOS ERRONEOS E IRRACIONALES Y QUE IMPIDEN QUE SE DESARROLLEN LOS PUNTOS.

TAREA

<u>PUNTO</u>	<u>MENTE NO REALISTA</u>	<u>%</u>	<u>MENTE REALISTA</u>
		<u>DEACUE</u>	
		<u>RDO</u>	
<u>AMBIENTE</u>	<ol style="list-style-type: none">Ya no me drogo, podría ver a mis amigos.Ahora es diferente, porque lo tengo claro.¿Por que no puedo salir como todo el mundo?Yo no voy a dar de lado a mis amigos de siempre		
<u>COMUNICACION</u>	<ol style="list-style-type: none">Lo mío es mío y de nadie más.Como voy a complicarle la		

vida a nadie.

3. Expresar sentimientos es de débiles

REGULACION

EMOCIONAL

1. tengo que controlar mis pensamientos,
2. si no controlo mis pensamientos soy débil,
3. si me siento mal es porque me están haciendo daño,
4. tengo que sentirme siempre feliz,
5. es inaguantable sentirse mal,
6. siempre voy a sentirme mal,
7. no hay que recordar el pasado,
8. los problemas hacen que me sienta mal
9. no puedo aguantar,
10. si no consumo, ¿Qué hago? (aburrimiento)
11. "es que siempre me pasa todo a mí"
12. "esta vida es insufrible"

VALORES Y

METAS

PERSONALES

1. Voy hacer....un viaje
2. Voy a comprar....una casa
3. Voy a montar....un negocio
4. Voy a comprar...un coche nuevo

PACIENCIA

1. No puedo aguantar
2. Necesito las cosas "ya"
3. Las cosas van a ser siempre lo mismo

SINCERIDAD

1. Yo creo que por una cervecilla
no pasaría nada
2. Muchas personas lo hacen y
lo controlan

CONVIVENCIA

1. La otra persona ya sabe
que....
2. No me tiene en cuenta....
Pensando que debe saber lo
que pienso
3. Para que voy a preocuparla/o,
ya lo soluciono yo
4. Eso no lo he hecho yo nunca

ADAPTACIÓN

SOCIAL

1. Que pinto yo con esta gente
(un grupo)
2. Si me ofrecen alcohol, como
voy a decir que no
3. A mí me da vergüenza
preguntar, prefiero que se
encargue otro
4. "si no hay droga, ¿Qué pinto
yo aquí?"
5. "si no fuera por estos ratos,
con los palos que te da la
vida"

AMISTAD

1. los amigos no existen,
2. cuando ya somos mayores no
se pueden hacer amigos,
3. la gente viene a
aprovecharse de mí,
4. la gente no me comprende,
5. no hay donde hacer amigos,
6. la gente va a lo suyo,

7. dicen que son tus amigos,
pero eso no es ser amigo
(idealización).

OCIO

1. A mí eso no me llena.
2. A mí no me gustan los ocios
que hace la gente.
3. Yo no sé hacer eso..., y no
conozco a esa gente.
4. Eso ya lo he probado y no me
gusta.

TRABAJO

1. Cuando consumo estoy mejor
en mi trabajo.
2. no me gusta el trabajo (y no
se hace nada para mejorarlo
o lo he elegido yo mismo y
forma parte de un cambio, ...
esto denota un visión del
mundo victimista),
3. me da miedo cambiar de
trabajo (y me quedo
paralizado),
4. Hay que aguantar en el
trabajo
5. Todo el mundo trabaja

ANEXO IV

SINCERIDAD (ACEPTACIÓN)

¿Por qué aparece el autoengaño?

1º Porque “duele” cambiar los hábitos. Porque aparecen problemas cuando se intenta aprender a vivir de otra manera y se sufre por ello.

2º Porque se echa de menos la vida de antes.

3º Porque una parte de nuestra mente no es racional y busca el placer inmediato sin importarle la vida, los hijos, pareja, familia, los propios objetivos, etc.

4º Porque la persona se siente insegura e inestable cuando lleva un tiempo sin drogarse.

5º Porque al “autoengañarse” la persona no se siente tan mal por no estar cumpliendo con lo que había comprometido. Se alivia.

MECANISMOS PSICOLÓGICOS DE ENGAÑO A MI MISMO:

Los mecanismos que se usan para el autoengaño tienen normalmente como objetivo desviar la atención del problema que preocupa y así eludir el dolor del cambio para aprender a vivir sin drogarse. Estos mecanismos, se ponen en marcha en diferentes momentos de la rehabilitación de una persona que está superando una adicción con el fin de volver a las mismas costumbres que llevan al consumo de drogas por el gran placer que se asoció con los primeros consumos.

Una **clave** para superar estos mecanismos esta en adquirir un compromiso (o referencias)(o no tomar decisiones y dejarse llevar) después de haber comprendido el problema. Y sobre todo **no analizarlo** continuamente para tomar decisiones **sobre la marcha** en momentos de debilidad emocional. Una vez aceptado el problema actuar “sin pensar” y si tengo que cambiar de decisión hacerlo delante de los terapeutas y la familia y tras dejar pasar un tiempo.

MECANISMOS MENTALES DE AUTOENGAÑO

1. **“NO PUEDO SUFRIR ESO”. (Represión):** Se inhibe un deseo o una idea hasta el punto de que, después de un tiempo, llega a no saber si ese deseo ha existido.
2. **EXCUSARSE (racionalización):** se buscan excusas para tapar los verdaderos deseos por medio de excusas. La racionalización es una mentira tan sutil que no sólo se puede contar a uno mismo, también puede hacerse creer a los demás.
3. **CONTRADECIRSE (negación):** comprender lo ocurrido, las consecuencias y las razones de un problema pero hacer lo que se ha hecho siempre.
4. **CULPAR A LOS DEMÁS (proyección):** cuando las emociones resultan demasiado difíciles de manejar, la estrategia consiste en creer que no nos pertenecen y volcarlas en otras personas. Por ejemplo, culpar a los terapeutas o familia de las dificultades que se tiene con algún punto, en lugar de ponerse a buscar alternativas a los problemas. No tener en cuenta la buena intención de los demás y que si hay soluciones se buscan y sino hay que “aguantar”
5. **NEGAR LA EVIDENCIA (Inatención selectiva):** consiste en optar por no ver lo que no me interesa. Y me quedo con la parte que valida hacer las cosas a mi manera o mi forma de pensar.

LA FALTA DE SINCERIDAD CONMIGO MISMO o LOS DEMÁS implica:

- I. **No atender a la experiencia.**
- II. **No mantener mi compromiso o mi palabra conmigo mismo.**
- III. **No atender a la razón. (la droga me ha traído problemas, pero no puedo dejar de ver a mis amigos de siempre),**
- IV. **Dejarme llevar por normas sociales (cuando me interesa) (si hay una reunión familiar, ¡yo tengo que estar!, si hay una cena de empresa, ¡yo tengo que estar!, lo normal es quedar con gente tomando café),**
- V. **Distorsionar la realidad para no sentir dolor (yo no puedo estar sin salir y hacer las cosas que a mí me gustan),**
- VI. **Dejarse llevar (me apetece ir..., quiero estar..., por que no puedo..., no quiero ser una carga para nadie, este problema es mio y no de los**

demás),

- VII. **Consultar a los demás induciendo (manipulando) a que nos contesten lo que nosotros queremos oír, dando solo algunos datos de lo que estamos consultando (si bueno, he consumido, pero ya llevo tanto tiempo y tengo mis ideas muy claras).**

Ejemplos DE FALTA DE SINCERIDAD CONMIGO MISMO:

1. “yo no tengo ningún problema”, (CUANDO YA LOS HE TENIDO Y LO SE)
2. “dicen que consumir drogas no es bueno, pero yo veo mucha gente que lo controla y no pasa nada” (CUANDO SE QUE ES CUESTIÓN DE TIEMPO Y ESO YA ME PASO A MÍ)
3. “tengo que aprender a salir con mis amigos, sin consumir, ¡ya está!” (CUANDO YA LO HE INTENTADO Y NO LO HE CONSEGUIDO)
4. “nunca me había planteado dejar las drogas, pero, ¡yo solo puedo!” (CUANDO LO HE INTENTADO OTRAS VECES)
5. “tampoco es tan malo consumir drogas, a otros les gustan otras cosas y se gastan más dinero que yo” (CUANDO SE QUE ES MALO)
6. “hay cosas que es mejor no hablar, con el tiempo ya se solucionaran” (CUANDO LLEVO MESES CON LOS MISMOS PROBLEMAS)
7. “he consumido drogas, pero tampoco soy un yonqui” (CUANDO SE TRATA DE UNA ADICCIÓN COMO CUALQUIER OTRA)
8. “si las cosas cambian en el trabajo, pareja, familia..., estará solucionado” (CUANDO EN REALIDAD NO HE PODIDO CONTROLARLO Y NO SE VIVIR SIN DROGARME DE ALGUNA MANERA)
9. “yo no necesito, ni puedo estar con estas limitaciones” (CUANDO ME VA MEJOR CON LOS CAMBIOS)
10. Etc.

EN RESUMEN: EL AUTOENGAÑO ADQUIERE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES FORMAS:

- ¡No fue para tanto!

- ¡No es necesario tanto cambio!
- ¡búsqueda de pequeños “errores” en lo que dicen los demás (compañeros o terapeutas) para no enfrentarse al miedo del cambio.
- Darle vueltas a lo que dice la terapia que tengo que hacer, dudar, necesitar muchas explicaciones para cualquier cosa cuando ya lo he comprendido, etc.
- Conformarse en llevar los 12 puntos “superficialmente” tomar pequeñas decisiones por si mismo sentirse como un no-adicto Coger falsa confianza
-
- LA SINCERIDAD Y LA ACEPTACIÓN CONDUCE A MANTENER EL CAMBIO QUE NECESITO PARA NO CAER EN LOS ERRORES DEL PASADO (Y DEJAR DE ESTAR AGUANTANDO).

PASADO PRESENTE FUTURO

TAREAS (responder a las siguientes preguntas)

¿Qué problemas tenía consumiendo? ¿Cómo era mi vida consumiendo?

¿Qué me ha llevado a tener recaídas en el pasado?

¿Qué podría hacer que vuelva a tener recaídas? (VISUALIZARLO ANTES DE CONTESTAR)

¿Cómo se que los cambios que estoy desarrollando con los 12 puntos son los suficientes para vivir sin tener que estar “aguantando”?

¿Qué pasaría si vuelvo a consumir?