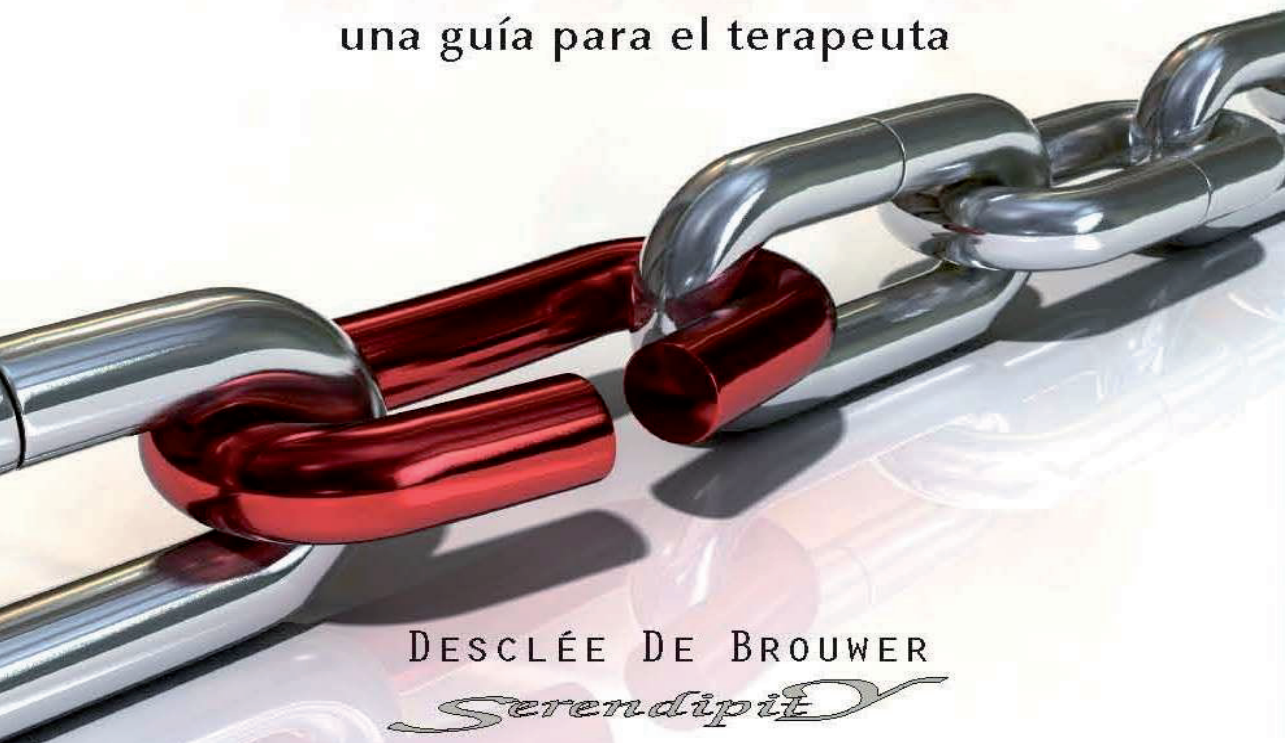


Miguel del Nogal

EL TRATAMIENTO DE LOS PROBLEMAS DE DROGAS

una guía para el terapeuta



DESCLÉE DE BROUWER

Serendipit

M

A

I

O

R

EL TRATAMIENTO DE LOS PROBLEMAS DE DROGAS

Una guía para el terapeuta



Miguel del Nogal Tomé

EL TRATAMIENTO DE LOS PROBLEMAS DE DROGAS

Una guía para el terapeuta



Desclée De Brouwer

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sólo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley.

Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos –www.cedro.org–), si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

© Miguel del Nogal Tomé, 2009

© EDITORIAL DESCLÉE DE BROUWER, S.A., 2009
Henao, 6 - 48009 BILBAO

www.edesclee.com

info@edesclee.com



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE CULTURA

Esta obra ha sido publicada con una subvención de la Dirección General del Libro, Archivos y Bibliotecas del Ministerio de Cultura, para su préstamo público en Bibliotecas Públicas, de acuerdo con lo previsto en el artículo 37.2 de la Ley de Propiedad Intelectual.

Impreso en España - Printed in Spain

ISBN: 978-84-330-2361-2

Depósito Legal: BI-2794/09

Impresión: RGM, S.A. - Urduliz

A todas las personas que han hecho
posible que hoy esté donde estoy.
Especialmente a una persona
que brilla con luz propia.
A mi estrella.
A Vane.

Índice

Prólogo	11
Introducción	15
Agradecimientos	17
1. La acogida.....	19
2. La motivación.....	23
3. El deseo de consumo (<i>craving</i>)	47
4. La ira	65
5. El estado de ánimo.....	73
6. Prevención de recaídas	81
7. Un ejemplo de programa de prevención de recaídas en grupo	87
8. Caso clínico de consumo de cocaína (caso P.).....	109
7. Red de recursos de atención a drogodependientes	125
Bibliografía	131

Prólogo

Nunca he escrito un libro. Sí he participado en varios. He leído muchos. Me han dedicado algunos. He coordinado la edición de otros cuantos. Y he prologado algunos más. Ésta tarea de redactar un prolegómeno suele ser la consecuencia de una amable y generosa solicitud del autor por considerar digno de tal distinción al que lo va a realizar. Desde lo que tengo de más digno en mí, mi más profundo agradecimiento. El único mérito del que soy acreedor es el de una experiencia de más de cuarenta años en la asistencia a personas con problemas derivados del consumo abusivo de alcohol, medicamentos o drogas ilícitas. Y soy aún docente en la materia.

He desconfiado generalmente de los libros de autoayuda, de los manuales elementales y de los tratados breves (“compendia sunt dispendia” o sea, los brevariarios son perder el tiempo). Sigo siendo muy escéptico de que alguien pueda aprender inglés en diez días. En el pasado, cuando leía manuales sencillos y prácticos norteamericanos, de uso muy básico, pensaba que no se adaptarían y nunca tendrían cabida en las culturas europeas. Hoy pienso de forma muy diferente. Como en toda categoría y área de conocimiento, los hay buenos, malos y regulares. Y ya sé que lo más claro y sencillo es lo más universal, y lo más adecuado para iniciar cualquier proceso de aprendizaje. Pero entonces nos apoyábamos, casi exclusivamente, en los grandes tratados de gurús intocables, con amplia bibliografía y exposición de toda posible teoría y alternativa. Las obras de divulgación no eran el camino apropiado. Hasta que participé en un Seminario sobre Tratamientos de las Dependencias, en Nueva York, que tenía por título “What works?”

(Algo así como ¿Qué es lo que funciona?). Fue mi descubrimiento particular del Pragmatismo. Mi admiración por lo práctico y claro surgió de la noche a la mañana. La Guía que me honra presentar, es un ejemplo de Compendio Abreviado sobre una tarea hipercompleja. Pero ya no me crean anticuerpos. Es elemental en su planteamiento editorial sin renunciar un ápice al rigor en ningún aspecto técnico ni conceptual. En un pensamiento analógico, se me ocurre que resulta ser un rosario de seis misterios, que se van desvelando uno tras otro en una secuencia ordenada y de comprensión fácil para cualquier profesional del campo. Combina, con habilidad poco frecuente en los textos habituales, la precisión conceptual más estricta, con un amplio repertorio de frases en su versión vulgar y directa del Actor-Paciente o su entorno. No deja margen de error en la interpretación. Sirve con holgura a los fines perseguidos.

El contenido del discurso se desgrana sin pérdida de ilación, cargado de un dominio de los temas, que se contagia por lo impregnado que está de un amplio y profundo conocimiento práctico. Provoca la imaginación y evocación de las situaciones que relata, con gran facilidad y utilidad directa. Se completa el texto con dos ejemplos prácticos seguidos de un Directorio de Recursos y una Bibliografía Básica de referencia.

La guía, pues, es breve, densa, rigurosa, ordenada, de fácil comprensión, práctica, pragmática, adecuadamente secuencial, conceptualmente sin cesiones, y explicativa, con detalle, de lo que de verdad funciona en cualquier abordaje terapéutico de cualquier abuso o dependencia de sustancias o de las adicciones sin sustancias. Aunque está dirigido a Psicólogos en una primera instancia, es de utilidad para cualquier otro profesional sanitario o no, que trabaje en, o cerca de, los Centros de Atención al Alcoholismo, Drogas u otras Conductas Adictivas. Muestra lo que hay que hacer y cómo hay que hacerlo.

En los últimos años no nos faltan las traducciones, generalmente de buena calidad, de obras de referencia editadas en otras lenguas, y son fáciles de conseguir las versiones de los magníficos manuales del NIDA, en un caste-

llano difícil de encajar para los que lo hablamos a éste lado del Atlántico. Nuestros profesionales han empezado a escribir con calidad e innovación expositiva. Se siente la proximidad del texto y con ello mejora la transmisión del conocimiento.

La Guía que tienen en sus manos es el producto de coincidencia del autor adecuado, en el momento oportuno y en el momento apropiado para su publicación y difusión.

Cumple los Criterios de Baltasar Gracián, para mí de la máxima actualidad, de que “lo bueno, si breve, dos veces bueno”.

Carlos M. Álvarez Vara
Coordinador de relaciones exteriores de
la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid

Introducción

De un tiempo a esta parte, están surgiendo un buen número de guías terapéuticas cuya finalidad es facilitar y servir de orientación al clínico en el proceso de tratamiento.

La ventaja de estos textos es que, además de sintetizar las técnicas, estrategias y procedimientos a emplear según los problemas del paciente, nos aportan indicaciones sobre cuáles de todas ellas resultan más eficaces en cada caso.

Después de varios años trabajando en el campo de las drogodependencias, lo que he echado en falta, precisamente, ha sido la ausencia de este tipo de guías. Así pues, la pretensión de este libro no es otra que ayudar al clínico a vislumbrar tanto las áreas que deben ser abordadas, como las herramientas de que disponemos cuando nos “enfrentamos” a un paciente con problemas adictivos.

Esta guía surgió con una intención fundamentalmente práctica, por lo que, aconsejado por la directora de esta colección, decidí incluir tres capítulos (el 7, el 8 y el 9) que no estaban presentes en la versión original de este manual.

Los capítulos 7 y 8 son dos ejemplos de psicoterapia. En concreto, el capítulo 7 versa sobre el diseño y puesta en marcha de un programa de prevención de recaídas en grupo, mientras que el 8 hace referencia al



abordaje de un paciente consumidor de cocaína por vía esnifada al cual se atendió a nivel individual.

En cuanto al capítulo 9, éste supone un compendio de recursos de atención a personas con problemas de drogas.

Agradecimientos

En primer lugar, tengo que dar las gracias a Olga Castanyer (directora de esta colección) por creer en mí, en mi trabajo, y por depositar toda su confianza en este proyecto. Gracias por tu generosidad y tu mirada positiva.

En segundo lugar, a Carlos Alvarez Vara, por su colaboración desinteresada al aceptar desde el primer momento la realización del prólogo de este libro. Es un honor haber podido contar contigo.

A Juan Carlos Herrera, profesor y amigo, por revisar el estilo de este manual de manera altruista, y por transmitirme en cada una de sus palabras la pasión por escribir.

A Marta San Macario y Gonzalo Herrera, por haber diseñado entre los tres (“al César lo que es del César”) el programa de prevención de recaídas.

A todos los compañeros del centro de drogas en el que trabajo, pues sin ellos no sólo no habría sido posible la confección de esta guía, sino que tampoco habría sido posible el trabajo diario.

A Ana Fernández-Alba, Carmelo Vázquez, M^a Ángeles Quiroga, M^a Paz García Vera, Francisco J. Labrador, J. L. Graña y Jesús Sanz, profesores de psicología de la U.C.M., por haberme transmitido apoyo, ánimo, confianza, y haberme dado los mejores conocimientos que un psicólogo puede soñar.

A Gregorio Martín Carmona, médico, jefe, amigo y maravillosa persona, por transmitirnos una forma de trabajo donde lo primero es aceptar incondicionalmente al paciente. Gracias por ser como eres.

A Manuel Sosa Correa, profesor de psicología de la Universidad de Mérida (Yucatán, México), porque pese a estar al otro lado del Atlántico siempre has estado cerca para lo que hiciera falta, incluido para animarme a seguir y seguir con nuestro sueño. Tú sabes a cuál me refiero.

A Susana Donate, gran psicóloga y mejor persona, por haberme hecho ver las cosas buenas que tengo. Tú sabes por qué. Siempre te estaré agradecido.

A Vanessa García, por el amor, el cariño y el apoyo incondicional que llevas dándome desde hace años. Gracias, mi cielo.

A Víctor y Nica. Por vuestra fuerza, porque os debo mucho, porque os admiro, por ser como sois.

A mi familia por haberme transmitido los valores de los cuales me siento tan orgulloso y sin los cuales yo no sería hoy el que soy.

Y en general a todos mis amigos (Juan, Ana, Olga, Tomás, Carmen C., Fernando, Carmen B., Julieta...), pues sois el único tesoro que tengo.

La acogida

1

Cuando un paciente acude a consulta por primera vez, el objetivo inicial del terapeuta es conseguir que el paciente vuelva a la siguiente sesión. Y ello depende en gran medida de la actuación del clínico.

Así, cuando un paciente entra en contacto con nosotros (bien por teléfono o en persona) debemos conseguir “engancharle” y ganarnos su confianza.

Para lograr esto debemos tener muy en cuenta las siguientes recomendaciones:

- 1) Mostrarse agradables y cercanos en todo momento.
- 2) Desterrar las confrontaciones, pues pueden generar que el paciente se repliegue y se niegue a hablar sobre su problema.
- 3) No utilizar etiquetas como toxicómano, drogodependiente, alcohólico, cocainómano, etc., pues tienen una alta carga peyorativa y por tanto generan rechazo.
- 4) Si el paciente ha acudido a otros terapeutas anteriormente, es importante averiguar tanto el abordaje terapéutico como el encuadre inicial que utilizaron, ya que de este modo evitaremos caer en el error de decirle al paciente lo mismo que le han dicho tantas veces.
- 5) No criticar ni juzgar las conductas del paciente. El objetivo de ello es la aceptación incondicional del paciente, pues es la primera premisa para poder ayudarle.

EL CONTACTO TELEFÓNICO

La mayor parte de las veces el paciente contacta con nosotros vía telefónica (ya sea para informarse o para pedir cita).

Debemos tener presente que cuanto más tiempo pasa entre ese primer contacto telefónico, y la primera cita en persona, más improbable es que el paciente se incorpore a tratamiento. Esto se debe al hecho de que la motivación es fluctuante. Por eso, en la medida de lo posible, le daremos una cita cuanto antes (aunque sólo podamos atenderle unos minutos) pues de lo contrario lo más probable es que el posible paciente nunca acuda a tratamiento.

Si ya de por sí a los pacientes les cuesta ponerse en tratamiento, máxime si le distanciamos la primera cita en persona.

LA PRIMERA CITA (CONSIDERACIONES PREVIAS)

Lo primero que hay que tener presente, aunque pueda parecer una obviedad, es que muchas veces la persona que tenemos en frente no necesariamente es el paciente, sino que puede tratarse de un familiar, un amigo, la pareja, etc.

Lo siguiente que no conviene olvidar es que todo paciente, cuando acude a nosotros, se está debatiendo (en mayor o menor medida) entre continuar consumiendo y ponerse en tratamiento. Si tenemos presente esta consideración, evitaremos juicios tan dañinos como los que algunas veces he oído pronunciar: “vuelva a vernos cuando esté lo suficientemente motivado”, o “hasta que usted no quiera, nosotros no podemos hacer nada”. Recordemos que la motivación es fluctuante y que aunque en un principio el paciente puede no querer dejar de consumir ni acudir a consulta, si “jugamos bien nuestras cartas” es posible que cambie su motivación y decida ponerse en tratamiento.

Por último, señalar que existe un porcentaje de pacientes que acuden a la primera entrevista porque han sido presionados por su familia o amistades. Pese a todo, no debemos olvidar que si el paciente acude a cita es porque lo está pasando mal, está sufriendo, y esa es una de las emociones en las que nos debemos apoyar para conseguir que vuelva a la siguiente sesión y se mantenga posteriormente en consulta.

LA ACTITUD DEL TERAPEUTA

Para conseguir que el paciente tenga motivación para acudir a consulta, además de las indicaciones que anteriormente hemos señalado, no debemos olvidar nunca nuestra actitud hacia él. Es más, es la actitud que manifiesta el terapeuta la que hará posible que un paciente que no quería acudir a consulta, acabe viniendo y opte por abandonar sus consumos.

A continuación vamos a exponer algunas de las actitudes que facilitan la motivación para el tratamiento:

No utilizar la mirada del experto

A menudo en nuestra práctica diaria nos ponemos a “mirar” la terapia y al paciente desde el punto de vista del experto, de aquel que tiene las claves para salir o no de las adicciones.

Esto es un error, pues puede que nosotros tengamos las herramientas, pero son los pacientes quienes las tienen que poner en marcha.

La implicación o no del paciente es la que va a determinar en buena medida el pronóstico de la terapia, lo cual no significa que si hoy por hoy el paciente está resistente al cambio, le animemos a que regrese sólo cuando tenga más clara su decisión de abandonar los consumos.



La visión humana del paciente

Otro error típico consiste en contemplar a quien tenemos enfrente exclusivamente como a un paciente, olvidándonos a menudo que también es una persona como nosotros.

Con esto no me refiero a que no le tratemos como a un ser humano, sino a que con frecuencia nos atrincheramos detrás de nuestro rol de psicólogo, de profesional, para evitar que lo que nos cuentan los pacientes pueda llegar a afectarnos.

Esto tiene mucho que ver con la cercanía o lejanía que uno establece en consulta.

Si nosotros somos capaces de hacer sentir al paciente que se le trata como a una persona y que nos importa lo que le ocurre (y no sólo porque nos paguen por ello), tendremos la mejor alianza terapéutica posible para empezar a trabajar.

La motivación

2

Este es uno de los puntos más difíciles y más interesantes del tratamiento con personas drogodependientes.

Las técnicas motivacionales son las habilidades más importantes que debe tener un terapeuta que trabaje en este campo de intervención.

La motivación para el tratamiento consiste en un repertorio de herramientas que no sólo vamos a aplicar al principio de la terapia, sino a lo largo de toda ella, y sin las cuales la probabilidad de que el paciente abandone la consulta es muy alta.

A continuación vamos a analizar aquellas técnicas motivacionales que más han sido citadas por diferentes autores como elementos motivacionales clave:

EMPATÍA

No sólo supone tratar de comprender al otro (ej: “ha tenido una vida muy dura”), sino ponerse tanto intelectual como emocionalmente en su lugar.

Por empatía nos referimos a embebernos de su historia de vida, es decir, supone comprender a la persona en toda su globalidad.

Esto no debe malentenderse con aceptar cualquier tipo de conducta (por perversa que sea), sino aceptarle a él incondicionalmente, aunque si hay conductas que son, por ejemplo, moralmente incorrectas debemos hacerle saber que le vamos a entender y aceptar a él, pero que con ese tipo de comportamientos nosotros no estamos de acuerdo.

Un claro ejemplo de ello es el caso de un paciente que había amenazado de muerte a su familia y que negaba tener ningún problema de drogas. Los terapeutas que llevamos el caso, le indicamos que íbamos a entenderle a él como persona, comprendiendo lo mal que lo estaba pasando por todo el proceso judicial en el que estaba metido, aunque considerábamos que lo que para él era algo sin importancia (como eran tanto el consumo de drogas como las amenazas hacia su familia) a nosotros sí nos parecía grave. Poco a poco el paciente fue tomando conciencia de que con amenazas no era la mejor forma de dirigirse a su familia, y que el consumo de drogas pese a que nunca lo había contemplado como un problema, quizá sí lo había empezado a ser.

INFORMAR Y ACONSEJAR

Muchos pacientes y/o familiares desconocen absolutamente las razones por las que uno consume y no puede dejarlo, considerando a menudo que “son unos viciosos”, “que no tienen fuerza de voluntad suficiente” o incluso que son “unos cabrones”.

La psicología cognitivo- conductual nos ha enseñado que uno de los mayores temores del ser humano es el temor a lo desconocido. Decía el escritor H.P. Lovecraft que una de las emociones más terribles en el ser humano es el miedo, y de entre todos los miedos el peor es el miedo a lo desconocido.

Así, en primer lugar, debemos darles tanto a los familiares como a los propios pacientes, una explicación sobre las razones por las cuales una persona drogodependiente sigue consumiendo (se detallarán más adelante). De esta manera eliminaremos (al menos parcialmente) las etiquetas que ponen al consumidor tanto la familia, como incluso él mismo, y que siempre tienen una connotación peyorativa: “si lo tengo todo por

qué hago esto, soy un cabrón”, “parece que lo hace para fastidiarnos”, “no lo quiere dejar”, “no puedo hacer nada para dejar de consumir”, etc.

En segundo lugar, debemos aconsejar tanto al paciente como a su familia, sobre aquellas cosas que se pueden hacer para dejar el consumo, para combatir las ganas de consumir, etc., pues así conseguiremos darles tanto a uno como a otros una mayor sensación de seguridad y control en el proceso de abandono del consumo.

Esto nos lleva al punto siguiente.

AUMENTAR LA AUTOEFICACIA

Debemos partir del hecho de que los pacientes que acuden a tratamiento suelen estar muy desesperanzados.

Lo más probable es que nos encontremos con una persona que se ha planteado o ha intentado tantas veces dejarlo que se siente frustrado porque no lo ha conseguido.

Lo que debemos transmitirle es esa confianza, ese espíritu de lucha, dotarle de la sensación de que puede abandonar los consumos.

Para ello debemos aceptarle incondicionalmente, hacerle ver que estaremos ahí y no le defraudaremos cuando nos necesite, así como mostrarle todos y cada uno de los cambios (por pequeños que sean) que esté consiguiendo en su proceso de rehabilitación.

HACER EXPLÍCITAS LAS INCONGRUENCIAS

Quizá uno de los problemas más difíciles con los que nos encontramos en el tratamiento de personas drogodependientes son **las incongruencias**.

Las incongruencias están presentes en todos los pacientes de manera más o menos explícita, más o menos encubierta.

Todas las personas que consumen, cuando llegan a un punto saben que los consumos les están perjudicando, deteriorando tanto personal como interpersonalmente (familia, trabajo...). Dado que llevan bastante tiempo consumiendo, es como si “tiraran por la borda” los últimos X años de su vida. Cuando esto ocurre, la persona sólo tiene dos alternativas: aceptar que ha desperdiciado ese tiempo (con lo que ello conlleva: hundirse, torturarse, culpabilizarse y muy posiblemente deprimirse...) o intentar negar el hecho de que está enganchado y que cada vez se está metiendo más en un pozo. Y ahí es donde entran en juego las incongruencias.

Nuestra misión pasa por “devolverle la pelota”, hacerle ver esas incongruencias. Esto debe hacerse muy lentamente, pues, de lo contrario, lo que probablemente ocurra sea un repliegue sobre sí mismo del propio paciente, de tal modo que bloqueará cualquier tipo de abordaje que hagamos al respecto.

No debemos olvidar nunca que nosotros debemos “bailar al son que nos vaya marcando el paciente”. De esta forma sólo daremos un paso adelante cuando el propio paciente dé ese paso adelante.

REMOVER LA RESISTENCIA

Es lógico que exista una resistencia a aceptar estas incongruencias, ya que aceptar que uno está enganchado, que lleva años destruyéndose o malgastando su tiempo es muy duro.

Por eso nuestra tarea consistirá en cuestionar esas incongruencias para ir “haciendo un boquete en sus defensas”.

Debemos tener en cuenta que cuanto más tiempo lleve consumiendo una persona, más férreas serán las resistencias.

Como comentábamos, es preciso temporizar (*timing*) muy bien cuándo una persona va a aceptar que le rebatan o le hagan explícitas las incon-

gruencias. Ya que un mal *timing* puede ocasionar la ruptura de la relación terapéutica e incluso el abandono del tratamiento.

IMAGINARSE DENTRO DE UN TIEMPO

Una de las estrategias que frecuentemente se utilizan en terapia consiste en hacer imaginar al paciente cómo se encontrará dentro de X tiempo si continúa consumiendo.

Lo que se busca es que analice seriamente las consecuencias de su consumo a medio y largo plazo, puesto que vemos que muchas de las drogas *inicialmente* no generan daños *perceptibles* (lo que no significa que no exista daño desde el primer momento).

CONSECUENCIAS POSITIVAS Y NEGATIVAS DE ABANDONAR/ CONTINUAR EL CONSUMO

Al hilo de la estrategia anterior, es muy útil hacer reflexionar a los pacientes sobre las consecuencias tanto positivas como negativas de continuar, y de abandonar el consumo.

De lo que se trata es que el paciente realice un balance decisional. Para lo cual suele ser útil el empleo de tablas de doble entrada del tipo:

BALANCE DECISIONAL

	CONSECUENCIAS POSITIVAS	CONSECUENCIAS NEGATIVAS
CONTINUAR CONSUMIENDO		
ABANDONAR EL CONSUMO		

PROPORCIONAR VARIAS ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO:

No debemos proponer, o mejor dicho imponer, un modelo único de tratamiento. Siempre debemos adecuar éste al paciente, y no viceversa.

Para ello es preciso que el paciente se sienta parte activa del mismo.

Debemos facilitarle varias posibilidades de tratamiento: horarios, aspectos que abordaremos en las sesiones, la mayor o menor atención por parte de los otros profesionales del centro (trabajadores sociales, médicos, mediadores sociolaborales), etc.

Además, esta estrategia se muestra especialmente útil cuando nos encontramos con pacientes que creen saber cómo salir del consumo de drogas por sí mismos.

ELIMINAR PROBLEMAS QUE PUEDA PONER EL PACIENTE CON RESPECTO AL TRATAMIENTO: HORARIOS, DURACIÓN DEL TRATAMIENTO, ETC.

Como ya sabemos, la mayor parte de las veces que un paciente acude a tratamiento no suele estar convencido cien por cien, sino que existen dudas, ambivalencias, contradicciones, incongruencias. Por ello, es frecuente que ante cualquier dificultad, adversidad, inconveniente que se le ponga, éste abandone. Es la excusa que le falta a alguien que no está muy convencido.

Por eso, a parte de tratar de generar en las primeras sesiones un buen vínculo terapéutico, hay que darle facilidades en cuanto a horarios, frecuencia entre sesiones, no agobiarle diciéndole que el tratamiento es largo (cosa que en realidad es), etc.

REFORZAMIENTO Y RETROALIMENTACIÓN CONSTANTE DE LOS AVANCES

La psicología cognitivo-conductual también nos ha enseñado que los cambios de conducta se producen por el reforzamiento de las conductas adecuadas, y no por el castigo de las inadecuadas.

En los tratamientos de drogas, esta máxima alcanza su punto más alto, puesto que hay que reforzar cada pequeño cambio (por muy pequeño que sea), dado que el paciente está frecuentemente muy frustrado por fracasos anteriores para dejar el consumo, y debido a que los cambios son lentos y graduales.

Así, es preciso un reforzamiento y retroalimentación constante de las conductas positivas.

DARLE CITA PARA LA PRÓXIMA SESIÓN CON BREVEDAD

Aunque ya anteriormente lo he señalado, volveré a hacer hincapié en ello.

La motivación para el tratamiento es variable, y cuando un paciente acude al mismo está embargado de dudas y contradicciones sobre si acudir o no a tratamiento.

Por ello hay que considerar que, pese a que tenga dudas, ha acudido a tratamiento, por lo que la motivación hacia éste en ese momento es favorable.

Si dejamos pasar mucho tiempo entre sesiones, es posible que la motivación se torne de favorable a desfavorable y que la distancia entre citas sea utilizada como una excusa más para no volver a tratamiento.

Por eso hay que intentar facilitar citas lo más cerca posible en el tiempo, especialmente en los primeros momentos de la terapia.

Todas las estrategias que hemos citado anteriormente las utilizaremos principalmente en los momentos iniciales de la terapia, pero no hay que olvidar emplearlas a lo largo de todo el tratamiento.

LOS AUTOENGAÑOS

Si hay un punto que en mi opinión es el eje central no sólo de la motivación para el tratamiento, sino para que el tratamiento sea eficaz o ineficaz es éste.

Toda persona que consume drogas está sometida a la acción de dos fuerzas de signo contrario: las ganas de consumir, y las ganas de querer dejarlo, o mejor dicho, lo que debo hacer (dejar de consumir), y lo que me gustaría hacer (seguir consumiendo).

En la historia de la persona consumidora de drogas, a medida que consume más y más (tanto en cuanto a frecuencia como a cantidad), la balanza siempre acaba desplazándose hacia el lado de las ganas de consumir. De modo que uno acaba siendo incapaz de dejar de consumir. Pero el problema estriba en que también operan las ganas de dejar de hacerlo, por ello el paciente siente culpa y remordimiento cada vez que vuelve a consumir. Nuestro paciente está atrapado, pues si no consume se siente mal, ansioso porque le gustaría consumir, y si consume se siente culpable por haberlo hecho.

Esta situación de **disonancia cognitiva** no puede mantenerse durante mucho tiempo. O uno se acaba deprimiendo porque lleva mucho tiempo consumiendo y no quiere hacerlo, o se autoconviene para justificar sus consumos. Desgraciadamente, ésta es la situación que con mayor frecuencia se produce (por esta razón a consulta sólo nos llega un pequeño porcentaje de los consumidores habituales de drogas).

Los pacientes, a lo largo de su historia de consumo se han hecho verdaderos especialistas en autoengañarse, al emplear una serie de estrategias de justificación a menudo muy elaborados, pero siempre con unas características parecidas.

En el cuadro que aparece a continuación observamos, por un lado, las diferentes categorías en las que hemos tipificado los autoengaños y, al lado, la traducción en palabras de los propios pacientes sobre este tipo de autoengaños.

Esta clasificación y su traducción en el lenguaje de los pacientes (o en su defecto, una explicación sobre las características de dicho autoengaño) ha sido extraída de la práctica clínica diaria y la estamos revisando de cara a terminar de delimitarla correctamente:

DISTORSIONES COGNITIVAS Y PENSAMIENTOS EN QUE SE TRADUCEN

DISTORSIONES COGNITIVAS	PENSAMIENTOS EN QUE SE TRADUCE
1) Falsa sensación de control sobre el consumo.	"Yo cuando quiero consumo y cuando quiero no consumo".
2) Mi familiar cree que yo tengo problemas.	"Mi familia piensa que tengo un problema. El que tiene problemas es mi familiar, no yo, y el que necesita tratamiento es mi familiar, no yo".
3) Asociar problemas de dependencia con etiquetas o prototipos de consumidores socialmente reprobables. Rechazando, pues, tener problemas.	"No soy alcohólico, porque ese es el que pide en la calle con un cartón de vino". "Drogodependiente es aquel que está tirado en la calle y que pide para un pico. Yo no estoy tirado en la calle, ni me pincho, luego no tengo problemas de drogas".
4) Puedo consumir controladamente.	"Puedo consumir x cantidad, pero sin dejarlo del todo".
5) Lo puedo dejar por mí mismo, sin necesidad de acudir a un centro.	"No necesito ayuda, pues cuando yo me lo proponga lo dejo".



6) Achacar a causa distinta a las drogas los problemas de memoria, laborales, físicos, problemas en casa...	“Se me olvidan las cosas porque ya no tengo 20 años (no por la droga).” “En el trabajo me tienen manía, por eso me han echado”. “En casa nadie sale, y les da rabia que yo salga un rato con mis amigos”.
7) Es fácil dejarlo.	“Cuando quiera lo dejo”. “Todavía no estoy preparado para dejarlo, pero cuando esté preparado lo dejaré sin problema”.
8) El resto de la gente que me rodea consume lo mismo.	“La gente con la que me junto consume lo mismo que yo y no tiene problemas, por tanto yo tampoco los tengo”.
9) Sentimientos de incapacidad.	“Haga lo que haga no voy a poder dejar de consumir”. “Es muy difícil dejar de consumir”. “Lo llevo haciendo muchos años, y ahora dejarlo es imposible”
10) Sobre la pérdida que supone dejar de consumir.	Pensar sólo en las pérdidas que le supone dejar de consumir, no viendo todas las cosas positivas que va a ganar cuando deje de consumir (pérdida del grupo de amigos, la pérdida de diversión, la pérdida de una forma de enfrentarse a los problemas, etc.).
11) Aparición de emociones negativas cuando se abandona el consumo.	Temen no poder afrontar las emociones negativas que se derivan del abandono del consumo: ansiedad, tristeza, aburrimiento, etc.
12) No tener estrategias para hacer frente a problemas cotidianos.	Aunque ahora no estaba consumiendo, no sabía si en un futuro algún acontecimiento inoportuno le podía hacer recaer.
13) Si nadie se entera no existe consumo.	“No se va a enterar nadie, de modo que no he consumido”.
14) Minimización del consumo (bien en su cantidad o en la importancia que se le atribuye).	“Si casi no he consumido, ha sido sólo una copa, o una raya...”.

En relación a cómo vamos a intervenir y modificar dichas distorsiones cognitivas, en la próxima pagina dispones de un cuadro comparativo en el que se explicitan una serie de contraargumentaciones que pueden ser utilizadas para rebatirlas.

Debemos tener en cuenta que como herramienta de trabajo, a la hora de modificar pensamientos distorsionados usaremos **contraargumentaciones**. Es decir contraargumentos a todas y cada una de las argumentaciones aportadas por el paciente para justificar su consumo. La idea general es buscar esa “grieta” para poder hacer reflexionar al paciente y así poco a poco poder desmontar esas justificaciones que no hacen sino mantener su resistencia al cambio, siguiendo instalado en su conducta adictiva.

Los axiomas de los que partimos a la hora de combatir este tipo de distorsiones cognitivas, que funcionan como justificaciones y autoengaños, son los siguientes:

- No debemos olvidar que si el paciente ha acudido a consulta es por algo. Ese algo es el que tenemos que descubrir y “agarrarnos a ello como a un clavo ardiendo”.

Así, por ejemplo, con frecuencia nos vamos a encontrar con personas que acuden a consulta traídos por sus familiares. Incluso en estos casos en los que a priori la motivación que se percibe aparentemente es muy poca, siempre tenemos algo a lo que agarrarnos. En primer lugar hemos de decir que pese a que los familiares insistan e insistan si el paciente finalmente no quiere venir a consulta, no vendrá; de modo que si le tenemos hoy ante nosotros es porque en el fondo de sí mismo hay algo que le hace pensar que la situación no anda bien.

Si bien alguien me puede decir que ha acudido a consulta sólo por el hecho de no oír, o aguantar más los comentarios de sus familiares, también en este caso tenemos algo a lo que agarrarnos, pues podemos “darle la vuelta a la tortilla” y hacerle ver al paciente que le



podemos tratar de ayudar para que sus familiares no sean tan pesados con él (o ella); sin embargo, a medida que pasen las sesiones (de manera digamos ladina o encubierta) podemos ir sacando el tema de los consumos perjudiciales de drogas que él/ella tiene, y que están repercutiendo en la pesadez o agobio de sus familiares hacia él/ella.

- Como decíamos antes, de lo que se trata es de rebatir, llevar al absurdo las argumentaciones del paciente. De tal forma que acabe reflexionando sobre estas incongruencias y pueda hacer crítica de sus conductas y pensamientos de consumo.

DISTORSIONES COGNITIVAS Y CONTRAARGUMENTACIONES PARA COMBATIRLAS

DISTORSIONES COGNITIVAS	CONTRAARGUMENTACIONES
1) Falsa sensación de control sobre el consumo.	– Debemos hacerle ver situaciones en las que el paciente cree que controlaba pero que realmente perdió el control manifiestamente. – Si él/ella no hace crítica de esto, agarrarnos a la gente que le rodea: si alguna vez le han dicho que ha perdido el control, se ha pasado... – Pensar en cómo estará él/ella respecto al consumo dentro de un tiempo, si sigue consumiendo.
2) Mi familiar cree que yo tengo problemas.	– No entrar a discutir quien es el que realmente necesita tratamiento. – Pactar la posibilidad de que ambos acudan a tratamiento. – Hacer alusión a que a lo mejor él/ella acudiendo a tratamiento puede ayudar a que su familiar se encuentre mejor.

DISTORSIONES COGNITIVAS	CONTRAARGUMENTACIONES
3) Asociar problemas de dependencia con etiquetas o prototipos de consumidores socialmente reprobables. Rechazando, pues, tener cualquier problema.	– No emplear etiquetas como alcohólico, cocaínómano, drogadicto..., para referirse al problema que tiene el paciente; ya que éstas generan mucho rechazo. – Indicar que hay que distinguir entre persona que tiene problemas con las drogas, y alcohólicos, cocaínómanos... – Indicar que lo importante es que ha acudido porque ha considerado que había algo que no marchaba, y que es mejor atajar las cosas cuando comienzan que cuando ya están instaladas.
4) Puedo consumir controladamente.	– Hacerle ver cuántas veces se ha dicho eso a sí mismo, y cuantas veces lo ha conseguido realmente. – Hacerle ver que a menudo nos queremos hacer creer cosas que sabemos que no podemos cumplir. – Si ha acudido a un centro es porque a lo mejor él/ella ha visto que necesita una ayuda para salir. – Pensar en cómo estará el/ella respecto al consumo dentro de un tiempo, si sigue consumiendo.
5) Lo puedo dejar por mí mismo, sin necesidad de acudir a un centro.	– No entrar en confrontaciones directas sobre si puede o no salir por sí mismo, sin ayuda. – Hacerle ver cuántas veces se ha dicho eso, y cuántas veces lo ha conseguido verdaderamente. – Hacerle ver que a menudo nos queremos hacer creer cosas que sabemos que no podemos cumplir. – Si ha acudido a un centro es porque a lo mejor él/ella ha visto que necesita una ayuda para salir. – Mostrarle que si bien a lo mejor él/ella por sí sólo puede salir, le resultaría útil, no obstante, una ayuda extra. – Mostrarle que si bien a lo mejor él/ella por sí solo puede salir, con la ayuda de unos profesionales saldrá más rápido y le costará menos.



DISTORSIONES COGNITIVAS	CONTRAARGUMENTACIONES
6) Achacar a causa distinta a las drogas los problemas de memoria, laborales, físicos, problemas en casa...	– No entrar en discusiones. – Hacerle reflexionar por un momento si podría haber alguna explicación alternativa sobre la causa de estos problemas. – Preguntarle si alguien de su entorno le ha dado una explicación alternativa sobre la causa de estos problemas.
7) Es fácil dejarlo.	– Que reflexione sobre: si es tan fácil dejarlo, ¿por qué no lo ha dejado ya? – Hacerle ver cuántas veces ha dicho que es fácil y que lo iba a dejar y, sin embargo, no lo ha dejado.
8) El resto de la gente que me rodea consume lo mismo.	– Mostrarle que, a lo mejor, de su gente, él/ella es el que más cantidad consume, el que más frecuentemente lo hace, o al que peor le sienta o más repercusiones sociolaborales le provoca. – Indicarle que el hecho de que la gente que le rodea consuma lo mismo que él/ella, no significa que no necesite ayuda; y que a lo mejor esta gente también necesita ayuda. – Mostrarle que quizá él sea el más valiente de su grupo, por haberse dado cuenta antes de que tenía un problema. – Pensar en cómo estará la gente de su grupo dentro de un tiempo si siguen con dicho consumo.
9) Sentimientos de incapacidad.	– Mostrarle la capacidad del paciente para dejar de consumir. – Mostrarle que si ha conseguido metas más difíciles en su vida, esta vez también será capaz de hacerlo. – Indicarle que si otra gente ha podido dejar de consumir, por qué él no
10) Sobre la pérdida que supone dejar de consumir.	– Que tome conciencia que si bien va a perder cosas dejando el consumo, también va a ganar cosas más importantes. – Hacerle reflexionar sobre si lo que va a perder dejando de consumir es realmente importante, o no son sino satisfacciones tan pasajeras que no merecen la pena.



DISTORSIONES COGNITIVAS	CONTRAARGUMENTACIONES
11) Aparición de emociones negativas cuando se abandona el consumo.	– Indicarle que si bien en los primeros momentos puede que aparezcan sensaciones, emociones desagradables, éstas son transitorias, pasajeras. Y que si aguanta el “tirón”, las emociones que le aparezcan posteriormente, serán de satisfacción por haber dejado los consumos.
12) No tener estrategias para hacer frente a problemas cotidianos.	– Señalar al paciente que antes de empezar a consumir droga era capaz de enfrentarse a las cosas diarias sin consumir. – Durante la terapia ha aprendido o va a aprender estrategias nuevas que le permitan hacerles frente.
13) Si nadie se entera no existe consumo	– Hay que hacerle ver al paciente que independientemente de que nadie se entere, él sabe que sí ha consumido, y que se está engañando a sí mismo. Y esta es la “vía” para seguir consumiendo.
14) Minimización del consumo (bien en su cantidad o en la importancia que se le atribuye)	– Hay que hacerle ver que independientemente de que consuma poco o mucho, eso es un consumo. Y que es el primer paso de la violación de la abstinencia o del retorno a patrones anteriores de consumo.

¿Y SI QUIEN ACUDE A TRATAMIENTO ES UN FAMILIAR Y NO EL PACIENTE?:

Es frecuente que quien acuda a las primeras citas no sea la persona que tiene problemas de consumo de drogas, sino un familiar preocupado que no sabe cómo hacer para conseguir que aquel acuda a tratamiento.

Muchos profesionales ante tal consulta suelen resumir su intervención con una afirmación tan desafortunada como poco productiva que suele emplear los siguientes términos: “hasta que su familiar no acuda a consulta, no podemos hacer nada”.

Y decimos bien, es poco afortunada y poco funcional dicha expresión, pues al contrario de lo que piensan algunos compañeros, sí se pueden hacer varias cosas. Lo único que debemos hacer es ampliar nuestra perspectiva, y cambiar de enfoque.

En primer lugar, si bien no es la mejor de las ocasiones, tampoco es la peor, como pudiera ser el caso de que haya una persona que tenga problemas (sea del tipo que sea) y nadie acuda a tratamiento para que le ayudemos (ni él ni sus familiares). Claro está, como no acuden a consulta, estos casos no se cuentan dentro de las estadísticas sobre casos atendidos, pero realmente son las personas que precisamente tienen más problemas y más necesitan ayuda. Esto me trae a la mente una frase que oí hace tiempo: precisamente las personas a las que atendemos, son las que menos ayuda necesitan.

Volvamos con el caso anteriormente planteado: una persona que acude a consulta para solicitarnos ayuda para un familiar suyo, el cual no quiere venir a tratamiento. En este caso que es desgraciadamente frecuente en el trabajo con la población consumidora de drogas y alcohol, tenemos varios objetivos:

- 1) Asesorar al familiar a todos los niveles: informar, apoyar emocionalmente, aconsejar, darle información sobre recursos asistenciales.

- 2) Actuar con el familiar como coterapeuta: intervenir, educar, instruir, aconsejar al familiar sobre cómo actuar para conseguir “atraer” al paciente a consulta.

Repetimos que no es la mejor de las situaciones, pero tampoco debemos olvidar que pese a todo disponemos de “un hilo (el familiar) del cual podemos tirar” para tratar de vencer las resistencias a acudir a tratamiento.

Hemos de decir que la experiencia ante esta situación no es muy halagüena, pudiéndose cifrar que en tan sólo el 10 ó el 15% de los casos abordados hemos conseguido atraer al paciente a consulta.

- 3) Analizar y atender al malestar del familiar: intervenir sobre la problemática del familiar, puesto que de una u otra manera le está afectando el problema de drogas de su hijo, padre, hermano... De forma que también a nosotros nos corresponde intervenir sobre los sentimientos de culpa, los ataques de ansiedad, la depresión... de esta persona.

Con respecto a las recomendaciones que les podemos dar a los familiares para que actúen como coterapeutas, en la página siguiente podrás encontrar algunas de ellas:

¿CÓMO ABORDAR A ALGUIEN QUE NO QUIERE ACUDIR A TRATAMIENTO?

1) Esperar un momento adecuado

Esperar un momento en el que nuestro familiar:

- Se encuentre receptivo para hablar.
- Se sienta molesto, culpable con su conducta adictiva, o incluso que haga cierta crítica de ello.
- Que no esté especialmente intoxicado. Evidentemente si está intoxicado o bien se replegará sobre sí mismo negándose a hablar y negando su problema o bien se nos mostrará agresivo o incluso violento.

2) No criticar, no juzgar, no culpar

De lo que se trata es de llegar a él/ella desde el apoyo, la comprensión, y no desde la recriminación.

Sabemos lo difícil que es “morderse la lengua”, pero no debemos olvidar que lo importante para ayudar a nuestro familiar es aprender a dejar de lado todo tipo de resentimientos.

3) No emplear tonos de voz recriminatorios

Muchas veces no conseguimos “enganchar o contactar” con nuestro familiar por el hecho de que pese a que le digamos cosas que en el contenido son correctas, en la forma no lo son; como es el caso del empleo de la ironía o el sarcasmo.

4) Hacer explícitas las consecuencias que se están desprendiendo de sus consumos

De lo que se trata es de hacer explícitas las cosas (tanto personales como materiales) que ha perdido o está perdiendo, por el hecho de seguir consumiendo.

Es importante que esto se haga con delicadeza y cariño. No se trata de enumerarle, como si fuese un arma arrojadiza, las cosas que ha ido perdiendo a lo largo de su historia de consumo.

5) Hacer explícito cómo su patrón de consumo ha ido cambiando: frecuencia de consumo, cantidad de consumo...

Nuestro objetivo es que el paciente reflexione sobre cómo su patrón de consumo ha ido cambiando a lo largo del tiempo. La idea es que comience a darse cuenta que lo que él/ella considera que es una cosa sin importancia, a medida que ha ido pasando el tiempo ha ido agravándose y que si aún no se ha convertido en un problema, está próximo a que ocurra.

6) Hacerle reflexionar sobre qué pasará, cómo se encontrará si continúa su consumo dentro de unos años si él/ ella no hace nada para resolver su problema

Al hilo de la estrategia anterior, lo que se persigue es que la persona consumidora de drogas haga una estimación de cómo será su vida (personal, laboral, familiar...) si continúa consumiendo.

En este caso siempre recuerdo a un paciente que señalaba que se veía “muerto, en prisión, o ingresado en un psiquiátrico”.

7) No emplear términos como alcohólico, cocainómano, drogadicto, toxicómano... pues tienen un alto componente de rechazo

No debe pasársenos por alto que las palabras tienen un contenido simbólico, en tanto en cuanto evocan distintos tipos de representaciones mentales.

Así, las palabras que generalmente empleamos para designar a las personas drogodependientes, suelen tener una profunda carga peyorativa. Por eso ante tal tipo de “etiquetas” (que es al fin y al cabo lo que son), el paciente lo más probable es que niegue en rotundo que presenta ningún tipo de problema.

Un vivo ejemplo de este caso es lo que me sugería un paciente consumidor de cocaína esnifada: “los yonkis son los que se pinchan, no yo”.

8) Hacerle saber que estarás a su lado para ayudarle, siempre y cuando él/ ella quiera hacer algo para solucionar la situación en la que se haya inmerso

La idea es hacerle ver al paciente que cuenta con personas que le apoyan, pero que este apoyo continúe o desaparezca va a depender de su implicación o no en un tratamiento.

9) No dar ultimatusms si no somos capaces de llevar a cabo las consecuencias con que “amenazamos”

Con frecuencia nos encontramos con personas que amenazan continuamente a sus familiares con romper la relación de pareja, echarles de casa, etc. pero que finalmente nunca lo llevan a cabo.

El problema de las amenazas que nunca se “ejecutan” es que acaban por no tener ningún efecto en la otra persona, ya que acabará pensando “ya estamos como siempre, ya se le pasará”. De modo que si se ha amenazado muchas veces con una cosa que nunca se ha llevado a la práctica, mejor no hacerlo, porque la amenaza no va a surtir ningún efecto.

De esto se deduce que nunca debemos amenazar con algo que sabemos de antemano que no vamos a ser capaces de cumplir, pues caeremos en el bucle anteriormente descrito. Lo cual no hace sino empeorar la relación y situación con nuestro familiar.

10) Uso de la fórmula “tú y yo sabemos”

Generalmente cuando una persona trata de abordar a un familiar cercano que tiene problemas de drogas, estará imbuido de un gran resentimiento, sufrimiento, malestar, y demás retahíla de emociones dolorosas que lleva padeciendo desde que su familiar empezara a consumir drogas.

Así, lo más habitual es que estas emociones invadan todo el discurso de ayuda, de modo que éste estará cargado de juicios, críticas, amenazas, etc., que se plasman en fórmulas gramaticales del tipo “es que tú”, “tú eres un tal y un cual”, “nos lo estás haciendo pasar mal”, etc. Estas fórmulas no sólo no ayudan a la persona drogodependiente, sino que además hacen que se ponga más a la defensiva y acabe adoptando un rechazo hacia quien las emplea (sus familiares).

Lo que proponemos es, pues, hacer uso de la fórmula “tú y yo sabemos”. P. ej: cuando alguien no quiere aceptar que presenta un problema de drogas (aunque en el fondo sabe que lo tiene), lo peor que se le puede decir es: “tú

eres un alcohólico”. Esto, como decimos, hace que la persona se repliegue más sobre sí misma y no quiera seguir hablando del tema. Por el contrario, si empleamos la fórmula “tú y yo sabemos que lo estás pasando mal, y que tienes problemas con el alcohol” la cosa cambiará ostensiblemente.

11) Uso de los “mensajes yo”

Al hilo de lo que comentábamos en el apartado anterior, no debemos abordar nunca a la persona que consume drogas con mensajes del tipo “tú eres el culpable”, “tú nos estás buscando la ruina”, “tú”, “tú” y “tú”. Con estos términos, cuanto menos, lo que se consigue es hacer sentir culpable a la persona que tenemos en frente y que no quiera seguir escuchándonos.

Por eso lo que sugerimos es el empleo de los mensajes yo. Es decir, cuando por ejemplo nuestro hijo llega tarde a casa continuamente y viene altamente intoxicado, lo primero es no hablar esa misma noche a altas horas de la madrugada, sino dejarlo para el día siguiente. Y emplear, ese nuevo día, frases del tipo: “cuando llegas tarde, yo me siento mal”. En este caso no estás inculcando ni juzgando a la otra persona, cosa que sí pasaba con los mensajes caracterizados por la presencia del “tú...”.

De modo que empleando los *mensajes yo*, lo que conseguimos es que la persona con la que hablamos esté más receptiva a escucharnos.

12) Dejar las acusaciones de lado, y usar “sé que no te encuentras bien”

Las personas consumidoras de drogas no quieren oír nada relativo a que ellos son responsables del mal clima en casa, del divorcio de su pareja, de la pérdida del trabajo, de haber perdido la casa, etc. Este tipo de acusaciones generalmente son desoídas, porque están tan cargadas de connotaciones negativas que a nadie le gusta oír (aunque en el fondo uno sepa que son ciertas).

Por ello proponemos la sustitución de este tipo de frases cargadas de alto valor negativo, reprobatorio y culpatorio por otras en las cuales se alu-

da al malestar que nuestro familiar está padeciendo. Así, “entrando por una vía más emocional” y en la que predomina la empatía hacemos más probable no sólo que nuestro familiar nos escuche, sino que además pueda *empezar* a asumir que tiene un problema que requiere ponerse en marcha para buscar una pronta solución.

13) Cambiar de estrategia

En sí ésta no es una estrategia propiamente dicha, sino que se trata de una reflexión general a la hora de abordar situaciones en las cuales nuestro familiar no quiere ponerse en tratamiento.

A lo que hace alusión este epígrafe es al hecho de que cuando tratamos de convencer durante tiempo a una persona para que haga algo, generalmente siempre se utiliza una misma estrategia. La cual si bien en su día pudo funcionar (aunque sea parcialmente), de tanto repetirla ya no da resultado. Así, si queremos que nuestro familiar nos escuche, debemos cambiar la forma en la que le decimos las cosas.

Lo vemos más claro con un ejemplo: imaginémonos que nuestro hermano está consumiendo grandes cantidades de hachís y decidimos abordarle para que lo deje. Así que le diremos: “Pablo, te estás pasando con los porros, tienes que ir a un centro”. Ante tal acercamiento por nuestra parte, lo más probable es que nuestro hermano diga que no tiene ningún problema, que él controla o incluso se reirá de nuestra afirmación.

Pablo, evidentemente seguirá consumiendo y nosotros seguiremos diciéndole lo mismo: que se está pasando y que debe ir a un centro para que le ayuden. Pablo seguirá sin hacer caso, como es obvio.

Pero supongamos que nuestro hermano cada vez está más y más nervioso, consumiendo más, gastando más y más dinero en hachís e incluso manifestándose cada vez más inactivo. Nosotros seguiremos una y otra vez diciéndole, como en los últimos meses: “Pablo, tienes que ir a un centro, te estás pasando con los porros”.

Pablo ya no nos escucha, porque se lo hemos dicho tantas veces que ya no nos hace caso. Necesitamos cambiar de estrategia. Lo que deberíamos hacer es poner en marcha fórmulas como las que se han propuesto en apartados anteriores: “Pablo, ambos sabemos que te estás pasando, y aunque lo niegues va a seguir ahí tu problema con los porros”. O bien “Pablo, sé que a menudo no te encuentras bien”. O bien “cuando te veo consumiendo porros y pasándolo mal cuando no los tienes, la verdad es que me encuentro mal por ti”.

Estas estrategias no son infalibles, pero lo que sí tenemos claro es que aumentan las probabilidades de que nuestro familiar (en este caso nuestro hermano) se ponga en tratamiento.

14) Si todo esto falla, plantearnos que es su decisión y que hasta que él/ella no quiera, las cosas no podrán cambiar. De tal modo que podemos seguir “soportando” la situación o podemos decidir “alejarnos” de ésta

Con este punto a lo que nos referimos es al hecho de que debemos asumir que pese a todas las estrategias y fórmulas para hacerle ver a nuestro familiar que tiene un problema, la última palabra para ponerse en tratamiento siempre la tiene el propio enfermo. Por mucho que nos empeñemos, si se resiste contundentemente a acudir a un centro de drogas, va a ser difícil que consigamos un cambio en él.

Otra cosa es que aprendamos a sobrellevar la situación de tener en casa a una persona que consume drogas y que se niega en rotundo a abandonar su consumo. Pero claro, nuestra paciencia tiene un tope (o debe tenerlo) y deben ser los familiares los que digan cual es el tope que no están dispuestos a sobrepasar.

A menudo vienen a consulta padres y parejas de personas consumidoras de drogas que se niegan a acudir a consulta, y que me preguntan si considero oportuno que lo mejor que pueden hacer es echar a su familiar de casa, o bien marcharse ellos.



Como bien hemos comentado, no debemos amenazar con algo que no seamos capaces de cumplir, pero si estamos dispuestos a cumplir nuestra amenaza de separarnos, marcharnos de casa, o incluso echar de casa a nuestro familiar, debemos tener en cuenta que el tope que uno se debe fijar para ejecutar la amenaza es muy personal. No existe nada que nos determine hasta dónde tenemos que aguantar, ni si debemos aguantar más de lo que estamos aguantando.

PARA CONCLUIR

La idea que subyace a todas estas estrategias es hacer reflexionar al paciente, y poner fin a las resistencias a acudir a consulta.

No se debe olvidar que en el momento en el que se muestre receptivo/a y muestre motivación (aunque sea poca), no hay que tardar mucho en conseguir una cita con el equipo terapéutico del centro de drogas.

El deseo de consumo (*craving*)

3

Por deseo de consumo o *craving* entendemos la apetencia, las ganas de consumir la droga tras un periodo (corto o largo) de abstinencia de la sustancia en concreto.

El *craving* está muy relacionado con la ansiedad, puesto que lo que hay debajo del deseo de consumo no es otra cosa que ésta.

Por ello en este libro no dedicamos un capítulo específicamente a la ansiedad. No obstante tómese en cuenta que las técnicas para abordar la ansiedad serán similares a las que se comentarán en este epígrafe.

Hay personas que presentan más y personas que manifiestan menos deseo una vez han abandonado el consumo. Sin embargo, es frecuente encontrarnos con pacientes que indican no tener deseo alguno. Esto puede deberse a que no estuvieran “enganchados” (no cumplan los criterios de dependencia propiamente dicha) a la sustancia en concreto, a que no identifiquen las ganas de consumir, o a que traten de dar una imagen mejor de la que en realidad es (bien para complacernos o porque así obtienen un beneficio secundario, p. ej atención familiar). O también, porque a veces el paciente se niega a sí mismo los consumos o el deseo de consumo, para no defraudarse a sí mismo o a terceros (terapeutas, familia, compañeros de grupos de autoayuda...).



Por otra parte, debemos tener en cuenta que hay 2 variables que marcan que una persona tenga más o menos deseo de consumo:

1) Su historia de consumo:

Tiene que ver con el tiempo que lleve consumiendo, la vía de consumo, la cantidad y la frecuencia con la que consumía, etc.

2) Sus características de personalidad:

Dependerá de la comorbilidad, si existen otras áreas de descontrol de impulsos, etc.

CARACTERÍSTICAS DEL CRAVING

A continuación señalamos aquellas características más representativas del *craving*, pues para intervenir sobre algo es preciso conocer con detalle en qué consiste:

Es repentino

El deseo de consumo aparece de manera fugaz, rápida, repentina. Puede aparecer cuando uno esté tan tranquilo.

Es frecuente que los pacientes comenten que no saben por qué, pero acabaron consumiendo. Debemos tener en cuenta que las personas no hacemos las cosas porque sí. A menudo es difícil descubrir los porqués, pero siempre hay algo de fondo. Tras los consumos o las ganas de consumir siempre suele haber cogniciones de consumo (p.ej del tipo “ahora sí me tomaría una cerveza”, o “qué demonios, por un día”, o “nadie se va a enterar”) que derivan de acontecimientos, situaciones, y muy a menudo emociones que los pacientes no saben manejar adecuadamente, siendo la labor del psicólogo dotarle de herramientas para ello.

No es planificado

Ligado al punto anterior hay que decir que el *craving* no es algo que aparezca de manera previsible. Sino que es inesperado, aparece cuando uno menos se lo espera.

Sin embargo, del análisis funcional, de la historia de consumo y de anteriores recaídas uno puede prever cuáles son las situaciones, emociones, y pensamientos que pueden desencadenar el deseo de consumo. Los cuales ponen en la cuerda floja al paciente para que se produzca una recaída.

Igual que aparece, desaparece

Cuando uno se expone a los estímulos (E.E.) temidos hasta que el deseo disminuye completamente, esos estímulos (E.E.) dejan de tener valor como elicitador de respuestas (R.R.) de consumo.

Es decir, en términos de los pacientes, que “si aguanto el tirón, éste cada vez será menor”.

Depende del estado psicofísico del consumidor y de los E.E. que rodean a los consumos anteriores (personas, situaciones...)

Según sea el estado psicofísico puntual del paciente, así será más o menos propenso a presentar un mayor deseo de consumo.

En palabras de los pacientes, en función de “si la persona está más sensible o más fuerte ese día, será más o menos probable que tenga ganas de consumir”.

Por otro lado, a lo que hace también alusión este punto es a que el nivel de deseo estará en función de los E.E. que tenga delante el paciente.

De modo que si esos E.E. están vinculados a los consumos (personas, situaciones...), o los evocan, las ganas de consumir serán mayores que si los E.E. tienen un carácter más neutro.

Es aprendido

Ha sido aprendido a través de condicionamiento clásico.

Los E.E. que rodeaban a la conducta de consumo cuando ésta la llevaba a cabo el paciente, se han convertido en estímulos condicionados (E.E.C.C.) para la respuesta de consumo, apareciendo el deseo de consumir.

Es por ello que a la hora de intervenir, como decíamos antes, debemos echar mano de las técnicas de exposición con prevención de respuesta.

Por ello, lo habitual es encontrarnos que durante las primeras semanas tras el abandono del consumo, los pacientes manifiestan un elevado deseo de consumo, especialmente ante aquellos E.E. que estaban presentes cuando éste consumía. Y que serán aquellos a los que se tendrá que exponer.

No debemos olvidar que el mantenimiento de los consumos no se produce sólo por condicionamiento clásico (eliminar el deseo de consumo), sino también por condicionamiento operante, dado que el consumo es el reforzador más potente que puede obtener un consumidor habitual de cualquier tipo de sustancia.

PERFILES DE CONSUMO DE LOS PACIENTES

Una de las cosas más palpables en los consumidores de tóxicos es la comorbilidad con otras sustancias: tabaco y alcohol, cocaína y alcohol, cocaína y pastillas...

Lo habitual es que nos encontremos con policonsumidores. Sin embargo, el descontrol de impulsos no sólo se reduce al consumo de drogas, sino que trasciende este ámbito, de modo que nos encontraremos con consumidores que también presentan descontrol en la ingesta de alimentos (por exceso o por defecto), irascibilidad o conductas violentas, ingesta descontrolada de bebidas (alcohólicas o no), hábitos de juego patológico, derroche de dinero en compras...

Sin embargo, lo que de verdad resulta harto sorprendente es la existencia de dos tipos de perfiles de consumidores (de cualquier droga, “sea la que sea”, a nivel general) que llamaremos:

1. **Consumidores lineales:** los consumos se producen con una periodicidad más o menos homogénea (a diario, una vez cada 2 ó 3 días, una vez a la semana).
2. **Consumidores explosivos:** son consumidores que funcionan correctamente en su día a día pero que en momentos concretos y puntuales realizan consumos masivos de droga “hasta perder el sentido” (como describía una paciente).

En definitiva, nos podemos encontrar con pacientes que presentan impulsividad en varias facetas de su vida o con pacientes que presentan un gran nivel de autocontrol y obsesividad pero que en determinados y puntuales momentos se descontrolan de tal manera que aparecen consumos masivos.

El abordaje de los primeros va en la línea de la deshabitación tradicional: motivación, control del *craving*, etc. Mientras que el de los segundos va más en la línea del análisis de los desencadenantes de los consumos, y en el tratamiento de la patología psicológica de fondo, que si bien no se da en todos los casos, sí en buena parte de ellos.

Antes de pasar a describir el abordaje terapéutico del *craving* hemos de citar que un hecho que no debe sorprendernos es que cuando una persona abandona el consumo de una sustancia de la que abusaba o de la que era dependiente, es habitual que “desplace” ese consumo a otra sustancia o conductas. P.ej. es habitual encontrarnos que pacientes que dejan de consumir alcohol o cocaína, consuman más tabaco, coman más, etc.

EL ABORDAJE PSICOLÓGICO DEL CRAVING

Esta es una de las áreas fundamentales de tratamiento, y uno de los primeros objetivos del mismo, puesto que si bien lo primero es conseguir que el paciente acuda a tratamiento, lo segundo debe ser que el paciente logre dejar de consumir y sea capaz de afrontar las posibles ganas de consumo sin acabar haciéndolo.

Este punto será de vital importancia, pues, de cara a prevenir recaídas.

Psicoeducación

Decíamos que uno de los mayores miedos de los seres humanos es a lo desconocido. Debemos tener presente, pues, que no podemos dejar al posible paciente sin explicar qué es lo que le ocurre, por qué se siente como se siente, ni cuales son las sensaciones, emociones, pensamientos que es normal que tenga.

Pensemos que si hay algo que los pacientes desconocen es el deseo de consumo, ¿por qué lo sienten?, ¿por qué vuelven a consumir si no quieren hacerlo?, ¿por qué sin saber cómo, han acabado consumiendo?...

Debemos dotarles de información sobre ¿qué es el deseo de consumo?, ¿cuáles son sus características?, y sobre todo cuales van a ser las técnicas, estrategias, habilidades que con nuestra ayuda van a aprender a poner en marcha para hacer frente al *craving*.

También hay que educarles en la identificación del deseo y del *nivel o grado de éste*, de modo que sepan monitorizarlo y así no sólo poder hacerle frente, sino a su vez tener una medida de su evolución en la terapia.

Por otro lado, es importante darles una *explicación sobre las cadenas de conducta de consumo*, pues será la base para la puesta en marcha del control estimular y de la exposición con prevención de respuesta.

Si el terapeuta lo considera conveniente, también se le puede recomendar la lectura de material bibliográfico de apoyo, o incluso algún manual de autoayuda que sea serio, de fácil lectura y razonablemente breve. No obstante siempre tenemos que valorar qué persona tenemos delante, pues sabemos fehacientemente que habrá personas que bien porque no quieren, bien porque no les gusta o sencillamente porque no, nunca van a leer nada de lo que le recomendamos. De modo que mejor no perder el tiempo en tratar de convencerles, y dedicar todo nuestro esfuerzo a dar toda esa información verbalmente durante las sesiones de terapia.

Control de estímulos

Esta estrategia es la primera a utilizar.

Dado que nuestro segundo objetivo en la terapia es conseguir que la persona deje de consumir (el primero no debemos olvidar que siempre ha de ser la motivación), y dado que el entorno que rodea al paciente es muy posible que lo que haga es facilitar los consumos y, por ende, dificultar la abstinencia, debemos tratar de apartar temporalmente a la persona del medio y los E.E. facilitadores de los consumos.

Esta estrategia, como ya hemos citado, consiste en que el paciente se aleje de los E.E. facilitadores de los consumos de manera transitoria, puesto que más adelante le pediremos que se exponga a estos. Es importante recalcarle que el control estimular será algo transitorio.

Con frecuencia nos encontramos que la gente más motivada para abandonar los consumos ya ha empezado a realizar control estimular. No obstante es recomendable repasar todas aquellas cosas que debe evitar en estos primeros momentos, puesto que es posible que algunas las haya pasado por alto.

A continuación tienes una lista con una serie de recomendaciones que se le pueden facilitar a los pacientes, relativos a los E.E. a evitar en estos prime-



ros momentos. Comprobarás que algunas de la indicaciones son más específicas para consumidores de cocaína y otras son más específicas para consumidores de alcohol.

REGLAS PARA EL CONTROL DE ESTÍMULOS

- Evitar (por el momento) los lugares en los que solías consumir, y fomentar la estancia en lugares alternativos en los que sea más difícil hacerlo.
- Evitar a la gente con la que solías consumir, y buscar o fomentar las relaciones con gente que no consume.
- Evitar los “circuitos de rondas” (para el caso de consumidores de alcohol), y evitar “preparar las rayas, o ir a pillar” para los demás (para el de consumo de cocaína).
- Eludir las conversaciones relativas a la sustancia y su consumo. Empezar a desarrollar nuevos temas de conversación sobre cosas que antes te gustaban.
- Festejar las alegrías y las celebraciones sin recurrir a los consumos. Recurrir a otras estrategias (comidas, cine, etc.) no vinculadas a los consumos.
- Ante situaciones emocionales negativas, no recurrir a los consumos; sino afrontarlo con otros recursos de los que dispones, y contar con el apoyo de otras personas.
- Comentar con la gente que te rodea, tu compromiso de no consumir más: pedirles que no te ofrezcan, que lo has dejado.
- Ir descubriendo un nuevo mundo de olores (para el caso de los consumidores de cocaína) y de sabores (para el caso de consumidores de alcohol).

- Beber muchos líquidos (sin alcohol).
- Tirar todo el alcohol o coca que pudieras guardar en casa.
- Pensar en las consecuencias negativas que te trajo el consumo, y en las consecuencias positivas que te está trayendo y te traerá el haberlo dejado.
- Evitar las comidas copiosas.
- Evitar consumir otras drogas.
- Empezar a desarrollar estrategias de rechazo de los ofrecimientos, aunque, por el momento evita las situaciones. Ya habrá tiempo de probarnos a nosotros.
- Busca actividades agradables alternativas.
- No entrar en los bares a comprar tabaco, a echar una partida, a comprar pan, etc., al menos durante las primeras semanas (para el caso del alcohol).
- Salir a la calle con poco dinero, sin tarjetas de crédito ni DNI, o bien salir acompañado.
- Si tienes que entrar a un bar repítete 3 veces antes de entrar cual va a ser la bebida *no alcohólica* que vas a pedir.
- Si tienes que ir a zanjar deudas relativas a los consumos, ir acompañado (especialmente para el caso de consumidores de coca).

Esta lista, que como bien decía puede ser muy útil dársela a los pacientes, recoge algunas recomendaciones, pero es posible que haya más. La lista no es, pues, exhaustiva por lo que puede resultar útil ampliarla con la casuística particular de cada paciente.



Exposición con prevención de respuesta a situaciones de consumo

Podemos decir que es la técnica clave para eliminar el deseo de consumo.

De una u otra manera el paciente va a tener que enfrentarse a los E.E. relacionados con la droga. Muchos de los pacientes te dicen que ya ellos se están enfrentando a los E.E. relacionados con el consumo. Sin embargo, debes tener siempre presente:

1. Analizar con exactitud todos estos estímulos: grado de deseo que le generan, cómo son estos...
Acude al análisis funcional y céntrate en los pormenores de estos estímulos.
2. Ver a qué estímulos se está exponiendo, y de qué manera: orden de exposición, cuánto dura ésta, si emplea técnicas distractoras (que será lo más probable), etc.

Lo que voy a decirte a continuación, puede que te resulte chocante. Es posible que te encuentres con pacientes que por su historia de consumo no precisen una exposición como tal. Estamos hablando de pacientes que no están muy enganchados, o pacientes que están empezando los consumos.

Recuerda que esta es una herramienta muy potente, pero debes analizar el grado de deseo del paciente, sin olvidar enmarcarlo dentro de su historia de consumo: grado de dependencia, tiempo de consumo, frecuencia del mismo, cantidad... pues esto te marcará la necesidad o no de una exposición en su manera más pura y ortodoxa del término.

Como en cualquier exposición, lo más recomendable es realizarla en vivo, pues es la manera en la que esta técnica tiene su mayor eficacia.

No obstante habrá estímulos en los que sea útil el empleo de la imaginación, o mejor aún, el empleo de medios audiovisuales que reproduzcan los E.E. a los que se va a exponer (p.ej: a un poblado chabolista).

Como en toda exposición, también debemos aquilatar muy bien el orden de exposición a los estímulos.

Datos han apuntado la utilidad de empezar por E.E. de alta intensidad.

Sin embargo debemos calcular con precisión hasta dónde va a ser capaz de aguantar el paciente el nivel de ansiedad- deseo de consumo. Dado que uno de los mayores problemas de esta técnica es precisamente la tasa de abandonos. Por lo que, como decimos, es fundamental calcular el nivel de aguante que es capaz de tolerar el paciente.

No olvidemos, por último, que para pasar a exponer al sujeto al siguiente estímulo debe haber superado con éxito el anterior (que su nivel de deseo-ansiedad haya llegado a 0 ó 1 en una escala decimal).

Monitorización del deseo (autoobservación)

Uno de los objetivos que tenemos que conseguir con los pacientes es que identifiquen los momentos en los que tienen deseo, el grado de éste, y los estímulos desencadenantes.

Esto nos va a permitir por un lado poner en marcha una serie de habilidades, estrategias, recursos para hacer frente al deseo; y por otro tener una medida de la eficacia de las técnicas que estoy empleando, así como de la evolución del tratamiento.

Monitorización y refuerzo del tiempo abstinente

Si algo debemos tener en cuenta con este tipo de pacientes es que frecuentemente están muy desmoralizados, desanimados. Ya que frecuentemente han realizado con anterioridad varios intentos de abandonar el consumo (por cuenta propia o en varios centros) y no lo han conseguido.

No obstante, alguien me podría decir que existe un montón de casos que llegan a consulta que no están lo suficientemente motivados, maduros, que no ha llegado su momento para dejarlo...

Sea cual sea el caso, lo que sí sabemos es que penalizando sólo los episodios de consumo no conseguimos nada. Esta es la estrategia que usa generalmente la familia, que sólo le dice al paciente lo mal que lo ha hecho cuando ha consumido, pero no piensa en reforzar los momentos en los que no consume. Esto, que parece una obviedad, no lo es en absoluto.

Todos no encontramos con casos en los que es un logro que el paciente se mantenga abstinente un solo día. No debemos pasar por alto reforzar ese momento, así como debemos procurar que él mismo lo autorrefuerce. La razón es bien sencilla de entender: cuanto más forcemos los momentos abstinentes, más lograremos que el paciente permanezca más tiempo en tal estado. Además, por otro lado, lo que pretendemos es que el paciente genere una sensación de autoeficacia respecto al consumo, motivándole para seguir adelante.

Recordemos que la motivación debe trabajarse no sólo en los primeros momentos de la terapia, sino que debe hacerse de manera transversal (a lo largo de toda la terapia).

Autoinstrucciones positivas de logro- autoeficacia

Es una estrategia ligada a la anterior.

Decíamos que los pacientes suelen estar muy desmotivados o pasivos cuando acuden a consulta. Pero no debemos quedarnos exclusivamente en esto. Si analizamos más a fondo vemos la presencia de un lenguaje interno negativo (frases o imágenes de desesperanza, de desmotivación, de desánimo...).

Lo que trataremos con esta técnica es dotar a las personas que acuden a consulta, de un lenguaje interno de logro y autoeficacia, de forma que esto les pueda servir para hacer frente al impulso de consumo.

Análisis de antecedentes/ consecuentes de la conducta de consumo

Otra de las estrategias que han resultado muy útiles para combatir el deseo de consumo es analizar los antecedentes y consecuentes de los consumos, y comentarlo con el paciente.

Esto, que generalmente realizamos durante la evaluación (en concreto durante el análisis funcional), nos permite conocer los estímulos desencadenantes de los consumos y las variables que están manteniendo los mismos.

Nuestro trabajo consiste en comunicarle esto al paciente, de forma que conozca aquellas cosas con las que debe tener más cuidado, aquellos EE a los que debe enfrentarse, etc.

El conocimiento de esto va a dotarle de sensación de control (entendida como capacidad para hacer frente a los consumos, y no al típico “yo controlo” que refieren los paciente sobre su forma de consumir) y autoeficacia, así como eliminar cualquier resistencia que pudiera surgirle.

Análisis de consecuentes (de seguir consumiendo vs mantenerse abstinente)

Esta estrategia suele ser valorada como muy útil por los pacientes. Consiste en el análisis de las consecuencias positivas y negativas de volver a consumir, y de las consecuencias positivas y negativas de seguir abstinente.

No se trata de otra cosa que de la realización de *un balance decisional*. La tarea del terapeuta debe centrarse en lograr que la persona que acude a consulta llegue a la conclusión de las cosas positivas que ha conseguido desde que permanece abstinente, y de las cosas negativas que acontecerían si acaba rompiéndola para volver a consumir.

Como podrás comprobar es un balance decisional parecido al que planteamos en la motivación para el tratamiento. Sin embargo, en este caso no partimos de que el paciente está consumiendo y buscamos que analice las consecuencias negativas de seguir haciéndolo y las positivas de comenzar la abstinencia; sino que aquí partimos del hecho de que el paciente está abstinente, y buscamos que analice lo positivo de seguir así (sin consumir); así mismo partimos de las consecuencias que puede tener el hecho de que rompa la abstinencia y vuelva a caer.

BALANCE DECISIONAL

	CONSECUENCIAS POSITIVAS	CONSECUENCIAS NEGATIVAS
SEGUIR ABSTINENTE		
VOLVER A CONSUMIR (VIOLAR LA ABSTINENCIA)		

NOTA: no debemos olvidar nunca que los balances decisionales son para que el paciente los realice por su cuenta o asesorado por el terapeuta.

Debe entenderse el asesoramiento no como que el terapeuta diga las consecuencias que él ve, sino que sea el propio paciente el que lo haga (orientándole el terapeuta solamente).

Actividades distractoras (cognitivas y motoras)

Es cierto que la técnica estrella para vencer el deseo de consumo es la exposición. Sin embargo, he de decir que a los pacientes a menudo les resulta muy útil (como “muletilla inicial”) el empleo de técnicas distractoras **en los primeros momentos** de empezar el tratamiento de drogas.

No es sino una forma de parada de pensamiento en la que además de parar aquel, se trata de evitar que vuelva a surgir ocupando su lugar por un pensamiento alternativo e incompatible.

El terapeuta puede posibilitar un listado, como el que tienes a continuación, para que el paciente lo emplee. Sin embargo, lo ideal es tratar de que éste genere sus propias alternativas.

A continuación presentamos un listado con algunas de las técnicas distractoras que se pueden emplear para hacer frente al deseo de consumo.

¿CÓMO COMBATIR EL DESEO? ALTERNATIVAS PARA EL PACIENTE

- Aguantar el deseo (pues igual que viene, se va. No va a durar eternamente, y poco a poco va a ir bajando).
- Hacer actividades distractoras (físicas y/o psíquicas).
- Tener autoconfianza: si he salido de situaciones similares o incluso más difíciles, por qué no voy a poder aguantar el deseo.
- Beber muchas bebidas sin alcohol.
- Llamar, hablar, quedar con un amigo, familiar.
- Dar un paseo, salir a la calle,...
- Realizar técnicas de respiración/relajación.
- Pensar en las consecuencias positivas de dejar de consumir, y las consecuencias negativas que me trajo el consumir.
- Pensar en el tiempo que llevo sin consumir y en lo bien que lo estoy haciendo.
- Llamar, adelantar la cita, acudir al centro de tratamiento.
-
.....
-
.....
-
.....
-
.....
-
.....

Como indicaba, al paciente se le deja hueco en blanco para que lo rellene con las actividades distractoras (cognitivas y motoras) que le resulten útiles a él mismo para combatir el deseo.

Tratamiento del resto de conductas impulsivas

Es propio de este tipo de pacientes que exista no sólo descontrol de impulsos en tanto en cuanto al consumo de drogas, sino también descontrol en otras áreas.

Partamos de la premisa de que los pacientes han aprendido a actuar impulsivamente en varias esferas de su vida incluida el consumo de tóxicos.

Lo que el terapeuta debe perseguir es que el paciente no sólo no consuma tóxicos, sino que además se elimine o al menos atenúe toda esta impulsividad que manifiesta en otras esferas de su vida. De tal modo que aprenda a actuar de manera más reflexiva y pausada, y vaya siendo consciente de su control en todas y cada una de esas esferas de su vida.

Si se logra esto, redundará en una mayor facilidad y autoconfianza a la hora de controlar el deseo de consumo, y a la hora de prevenir posibles recaídas.

ANTES DE CONCLUIR: lo que nunca se nos debe pasar por alto es que uno de los objetivos primeros y principales del tratamiento de las personas con problemas de drogas es que:

1. Tenga motivación para el tratamiento.
2. Deje de consumir

Sin embargo, pese a que estos dos aspectos sean los ejes más primordiales de tratamiento no significa que cuando ya el paciente deje de consumir

está todo resuelto, pues también lo que debemos lograr es la modificación de todos aquellos aspectos que pueden hacer que el paciente vuelva a consumir, previniendo así posibles recaídas.

En los próximos capítulos se abordarán todos aquellos aspectos que tienen que ver con esto.

La ira

4

La ira es una respuesta emocional que se experimenta ante un evento (“provocación”) que consideramos inapropiado, amenazante, injusto o contrario a nosotros, y que se manifiesta con una serie de correlatos fisiológicos, cognitivos y conductuales.

Al igual que en el resto de áreas a trabajar, cuando nos enfrentamos a estas respuestas, podemos observar que la forma en la que éstas se manifiestan pueden variar de unas personas a otras. Por lo que es preciso una evaluación pormenorizada.

A continuación, vamos a pasar a detallar algunas de las técnicas que se utilizan para abordar el problema de la ira. Dentro de cada una de ellas se explican algunos aspectos teóricos que tanto los pacientes, como los terapeutas debemos saber sobre esta emoción.

PSICOEDUCACIÓN

Antes de empezar a explicarle al paciente en qué consiste la ira, cuáles son sus manifestaciones, y cómo podemos intervenir sobre ella, es preciso que evaluemos (como en el caso de cualquier aspecto sobre el que vayamos a educar) el grado de conocimiento que tiene el paciente. Ya que esto nos permitirá:



1. Introducir el tema.
2. Saber los conocimientos que sobre ello tiene el paciente, de modo que no le contemos nada que él ya sepa, pudiéndonos así centrar desde el primer momento en aquello que desconoce y sea más importante.
3. Identificar las ideas erróneas que sobre ello tiene.

Mayoritariamente los pacientes o no suelen identificar la ira o si la identifican es para señalar su valor negativo.

Nosotros debemos hacerles ver que como ocurre con otras tantas respuestas emocionales, ni son buenas ni son malas, sino que son los parámetros de ésta los que marcan su efecto perjudicial o beneficioso. Es decir, su frecuencia, su intensidad, su duración, y su adecuación o inadecuación a la situación concreta.

Así, debemos hacer ver la diferencia existente entre:

1. La ira como energía que nos hace funcionar, y como señal de alarma, frente a la ira como emoción bloqueadora de nuestras respuestas y como elicitadora de agresividad.
2. La ira como emoción que expresada de manera adecuada es una sana emoción, frente a la emoción de ira expresada de manera descontrolada, desbordada.
3. La ira entendida dentro de los conceptos interpersonales de pasividad, agresividad y asertividad.
4. El funcionamiento de la respuesta de ira ante una o varias provocaciones. Es decir, hay que facilitar una explicación sobre la espiral y escalada de la ira.
5. No debemos olvidar que para que alguien pueda modificar una determinada respuesta o conducta es preciso que identifique ésta,

así como las variables intervinientes. Por ello debemos realizar con los pacientes un análisis de las cadenas conductuales de la ira, y enseñarles a que ellos realicen dicho análisis como herramienta que les permitirá intervenir sobre esta emoción.

TÉCNICAS DE RESPIRACIÓN DIAFRAGMÁTICA Y RELAJACIÓN PROGRESIVA DE JACOBSON

Una de las manifestaciones más obvias de la ira son sus correlatos fisiológicos. Generalmente los pacientes aluden a un malestar interior, pero no lo vinculan a la manifestación fisiológica de la ira.

Como en el caso de cualquier emoción, pensamiento o conducta que queramos modificar, lo primero que debemos hacer es identificarla; siendo los correlatos fisiológicos de la ira el aspecto más obvio para su identificación. Así, el primer paso debe consistir en la monitorización de estas sensaciones (la autoobservación).

Nos centraremos en la identificación de la tensión muscular por ser el correlato más fácil de identificar así como ser el que tradicionalmente se ha empleado en la literatura para este fin.

Es en este punto donde cobra importancia el empleo de las técnicas de desactivación.

La técnica de relajación progresiva de Jacobson tiene una ventaja frente a la de respiración diafragmática. Si bien ambas son técnicas que permiten una desactivación, la primera además permite la identificación de las sensaciones de tensión y de relajación, permitiendo monitorizar previamente a la relajación cuales son los momentos en los que me siento iracundo, al tener como medida de ello la tensión muscular.



PLANIFICACIÓN DE ACTIVIDADES GRATIFICANTES ALTERNATIVAS

El poder contar con un ambiente lo más apacible posible, así como disponer de actividades relajantes, distractoras y gratificantes nos permite por un lado que la respuesta de ira surja con mayor dificultad, y en segundo lugar nos posibilita una estrategia a poner en marcha cuando la ira esté empezando a aflorar.

TIEMPO FUERA

Consiste en alejarse de manera temporal de la situación generadora de ira.

El que debe marcharse de la situación es la persona que siente ira.

Con esta técnica lo que conseguimos es evitar el aumento de la ira, y poder reevaluar la situación afrontándola de manera más adecuada.

Antes de ponerla en marcha debemos tener presentes las siguientes consideraciones:

1. Hay que explicar en qué consiste esta técnica a la persona con la que vamos a ponerla en marcha. Pero sobre todo debemos tener en cuenta que hay que explicárselo en un momento en el cual no presentemos la ira.
2. Hay que usarla cuando uno **empiece** a sentirse airado, no cuando ya ha hecho sus estragos la ira.

Resumiendo, debemos explicarle que a partir de ahora cuando nos empecemos a encontrar airados nos marcharemos de la situación. Y que *nos marcharemos no porque no le aguantemos, sino porque nosotros mismos nos estamos empezando a encontrar iracundos y no podemos pensar ni actuar con claridad.*

Para su puesta en marcha es preciso:

1. Identificar cuándo nos estamos empezando a poner airados.
2. Hacerle explícito al otro que uno se marcha para calmarse él mismo, no para que se calme el otro.
3. Cuando nos marchemos de la situación, aprovechar ese tiempo para hacer actividades que disminuyan nuestro nivel de activación.
4. No tomar sustancias durante ese periodo, pues agravaremos nuestro malestar e irascibilidad.
5. Retomaremos la situación una vez nos hallemos más calmados, y *siempre y cuando nuestro interlocutor esté dispuesto a ello*. Si empezara nuevamente a incrementarse nuestra ira, volveremos a tiempo fuera.

Si el otro no quisiera retomar la conversación, indicaremos que cuando él quiera, se retomará. Siendo importante no forzar al otro, sino simplemente indicarle que: es importante para ti retomarlo, y que es la forma en la que se podrá resolver el conflicto sin recurrir a la ira.

Se retomará la conversación con vistas a negociar o resolver aquel evento que generó la aparición de la ira, para lo cual es importante el uso de los “mensajes yo”.

6. Reforzar el hecho de haber podido retomar la conversación y haber sido capaces de negociar sin que se haya interpuesto la ira.

ENTRENAMIENTO EN SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Muchas veces nos enfrentamos a situaciones molestas en las que nos centramos más en el problema que en las propias soluciones.

Precisamente lo que pretendemos con esta técnica es que nos centremos en que el único problema es buscar la solución.



Así, los objetivos concretos que se buscan con esta técnica son:

1. Dotar al paciente de un nuevo enfoque a la hora de abordar los problemas.
2. Dotar de una nueva herramienta de afrontamiento de los problemas (ampliar su repertorio de estrategias de afrontamiento, viendo que existen alternativas distintas al empleo de la ira)
3. Que perciba que uno puede abordar los problemas (aumentando así la sensación de control).

REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA

Tras el empleo de la ira se esconden una serie de ideas irracionales que debemos dismantelar para evitar que surja dicha emoción, o para en el caso de que surja, poder hacerle frente.

Debemos tener en cuenta que los pensamientos irracionales pueden hacer no sólo que aflore la ira, sino también que se mantenga a lo largo del tiempo, siendo incapaz el paciente de poder manejarla y desactivarla.

Estas ideas pueden tener que ver con:

1. Utilidad.
2. Conveniencia de su uso.
3. Respeto/ caso que te puedan hacer si empleas la ira
4. Formas alternativas para manejar determinadas situaciones
5. ...
6. ...

EXPRESIÓN DE EMOCIONES

A menudo los pacientes presentan emociones contenidas (incluida la ira) fruto de su no expresión. Bien sea porque el mundo en el que se mueven penaliza esto (p.ej: estancia en prisión), o porque en su historia de vida no han sido educados en la expresión de éstas.

Así, lo que debemos tratar es que el paciente dé salida de diversas formas a toda esa serie de emociones contenidas:

- silla vacía
- role-play
- que recuerde eventos emocionales
- inducción de eventos emocionales.
- monitorización de sus emociones.
- entrenamiento en asertividad.
- ...

ROLE-PLAYING

Además de su uso para inducir emociones contenidas, es importante su uso de cara a practicar la puesta en marcha de distintas estrategias recientemente aprendidas para hacer frente a distintas situaciones problemáticas.

NOTA FINAL: no debemos olvidar que para combatir la ira, como en el caso de cualquier otra emoción, es más fácil hacerlo cuando la ira está surgiendo que cuando ya ha aflorado completamente. Y es que el manejo de emociones cuando éstas están aflorando siempre es más fácil que



cuando están en su máximo esplendor. De ahí la importancia que tiene la identificación precoz de la ira y la puesta en marcha rápida de técnicas para combatirla en estos primeros momentos.

El estado de ánimo

5

Uno de los aspectos que más comúnmente aparecen asociados al consumo de drogas son los estados emocionales disfóricos o depresivos. Bien sea como causa o como efecto del consumo de tóxicos.

Cuando uno indaga en la historia de consumo de un paciente a menudo es difícil separar ambos y saber qué fue primero.

Trabajar con alguien que desde el primer momento presenta un acusado estado depresivo es una dificultad añadida, ya que nos encontraremos con una persona que muy probablemente no sólo presentará desmotivación para dejar los consumos, sino que además estará muy desmotivado a nivel general, no queriendo hacer nada.

Por otro lado, es muy probable que la única satisfacción que tenga el paciente sea cuando consume. Ha aprendido que el consumo de tóxicos puede modificar su estado de ánimo, haciendo que se sienta mejor (a corto plazo, porque a largo plazo se acrecienta más el estado anímico disfórico). Esto es muy típico en pacientes consumidores de cocaína y/o alcohol.

Por ello, si no conseguimos introducir nada que le motive, no podremos conseguir la abstinencia.

Así, parece evidente que la mejora del estado anímico se convierte en objetivo principal e inicial cuando nos encontramos con pacientes altamente deprimidos.

Por otro lado, junto con los conflictos interpersonales, las emociones adversas (incluidos los estados emocionales disfóricos) son uno de los más claros desencadenantes de las recaídas.

Así, otro de nuestros objetivos es dotar al paciente de otras estrategias de afrontamiento distintas al consumo de drogas cuando presenten “bajones” emocionales.

Finalmente, no debemos olvidar otro de los aspectos que más presente está en los consumidores de tóxicos: la ideación autolítica. Debemos estar muy atentos a la hora de evaluar si ha presentado ideas autolíticas, cosa bastante frecuente.

No debe darnos miedo preguntar por ello, ya que el hecho de preguntar no incita al paciente a hacerlo.

Tampoco debemos olvidar preguntar qué es aquello que ha hecho que no se haya suicidado, pues será en ello sobre lo que nos apoyemos para nuestra intervención, así como sobre aquellas cosas que le gustaría conseguir antes de que se “acaben sus días”.

A continuación vamos analizar las técnicas que han demostrado eficacia en el tratamiento de estados emocionales disfóricos y depresivos:

PSICOEDUCACIÓN

Como en cualquier área de intervención psicológica lo primero que debemos hacer es que el paciente entienda qué es lo que le ocurre y qué se puede hacer para cambiar su estado.

No debemos olvidar nunca que cuando uno desconoce lo que le ocurre se siente en un estado de incertidumbre e indefensión que lo que genera es más miedo, de modo que no sólo no sabe qué hacer, sino que además su estado psicofisiológico empeora.

Lo que debemos tratar de hacer es que el paciente identifique (en algunos casos que se conciencie) de lo que le pasa, y explicarle por qué se siente así:

- Mecanismo de mantenimiento de la depresión.
- La relación situación-pensamientos-emoción-estado fisiológico.
- La relación estado de ánimo-consumo de sustancias.
- Cómo romper la espiral de tristeza (esquema de intervención sobre el estado de ánimo).
- La importancia del cambio de hábitos en la mejora del estado anímico.

PLANIFICACIÓN DE ACTIVIDADES GRATIFICANTES

Como en el caso de cualquier paciente deprimido, el paciente drogodependiente con problemas disfóricos o depresivos presenta una escasez de actividades reforzadoras. Aunque a diferencia de aquellos:

- El paciente drogodependiente sí realiza una actividad placentera: el consumo de drogas, aunque no realice, en muchos casos, *prácticamente* ninguna otra actividad que ésta.
- La red social de apoyo del paciente drogodependiente suele ser muy reducida, y ligada fundamentalmente a otros consumidores de drogas. Cuanta más escasez de red social, y más circunscrita a otros consumidores de tóxicos esté, más grave y difícil de abordar será el caso.
- Muy frecuentemente nos encontramos con pacientes con serias dificultades económicas, lo que no viene sino a empeorar la situación anímica en la que se pueden encontrar.

- En los consumidores de tóxicos es frecuente que nos encontremos intrínsecamente una gran inactividad y poca motivación, cuanto más si están deprimidos.

Todo esto, sobre todo si ha sido una máxima en la vida del paciente desde hace mucho tiempo, dificulta la búsqueda y puesta en marcha de actividades gratificantes que comiencen a romper la inactividad inicial y empiecen a mejorar el estado anímico.

No debemos desanimarnos. Tenemos que conseguir movilizar al paciente poco a poco para que se ponga en marcha. A menudo nos conformaremos con que venga a las citas, luego que venga puntualmente, que comience a hacer pequeñas tareas... para posteriormente empezar a introducir otras actividades que impliquen la puesta en marcha de más “recursos personales”.

EXPRESIÓN EMOCIONAL

Con frecuencia nos encontramos con pacientes que manifiestan una acusada inexpresividad emocional. Bien sea fruto de un estado emocional disfórico o resultado de su vivencia en entornos en los que esto se penalizaba (p.ej: grupo de consumidores con los que se juntaba).

Sea como sea, lo que no debemos olvidar nunca es que dicha inexpresividad no es sino un mecanismo de defensa sobreaprendido ante un ambiente que se percibe como hostil.

Naturalmente, es de recibo que en cualquier tipo de terapia lo primero que debemos lograr es “ganarnos” al paciente. Es decir, establecer un buen vínculo basado en la confianza, el respeto y la mutua comprensión. De esta manera conseguiremos establecer un ambiente que el paciente no perciba como hostil.

Si conseguimos mantener un buen vínculo a lo largo de la terapia, podremos emplear técnicas más específicas para que el paciente consiga abrirse emocionalmente:

- Silla vacía.
- Role-play.
- Que recuerde eventos emocionales.
- Inducción de eventos emocionales.
- Monitorización de sus emociones.
- Entrenamiento en asertividad.
- ...

ENTRENAMIENTO EN ASERTIVIDAD

Una de las dificultades con las que gran parte de los pacientes se encuentran a la hora de hacer frente a su “nueva vida sin drogas” tiene que ver con la expresión adecuada de lo que sienten a la hora de realizar críticas, pedir cosas o sencillamente defender sus derechos.

Nos encontramos con frecuencia con pacientes que se muestran extremadamente agresivos, pues ésta ha sido la forma en la que han sabido conseguir su dosis y defenderse en un mundo hostil donde no existen amigos sino sólo compañeros de consumo.

O por el contrario nos encontramos con pacientes que acatan cualquier cosa que les dicen otras personas (aunque pase por encima de sus opiniones y derechos) porque sienten culpa cuando no lo hacen. Ya que a esas personas suelen habérselo hecho pasar mal cuando han estado en fase de consumo activo, como es caso de la familia. Acatarán cualquier cosa cuando están abstinentes en un afán de compensar los “daños” provocados durante la fase de consumo.

Y es que muchos pacientes suelen recurrir a la droga para abandonar su dificultad para defender sus derechos, opiniones o sentimientos. De modo que mientras unos usarán la droga para encararse al problema con la máxima dureza, otros lo harán para evadirse totalmente de éste.

De una u otra manera, el resultado siempre consiste en culpa, remordimientos y daño en la autoestima de los propios pacientes. Por ello esta área no debemos pasarla de largo en nuestras intervenciones.

MEJORA DE LA AUTOESTIMA

Debemos tener en cuenta que los pacientes, cuando llegan a consulta, por regla general suelen acudir cuando llevan varios años de consumo. Apareciéndose en ellos un impacto en la autoestima efecto de la culpa y el remordimiento por llevar tanto tiempo consumiendo, es decir, por hacer algo que por un lado estiman como lesivo, pero que ven que no pueden dejar de hacer.

Además, por otro lado, todo lo que han ido perdiendo o deteriorando a lo largo de los años también genera una lesión en su a menudo frágil autoestima.

Sin embargo, también a veces nos encontramos con todo lo contrario. Nos encontramos con pacientes tan extremadamente narcisistas que parece que van a ser capaces de todo. En este caso nuestro trabajo consiste en “bajarles a la realidad”, haciéndoles ver lo que ha supuesto y supone el consumo de drogas en su vida. Es decir se busca que “se estrellen para luego ayudarles a despegar el vuelo”. Pero esto debe hacerse muy poco a poco, porque si no, corremos el riesgo de que el paciente decida que “no tiene por qué seguir aguantando esto” y ponga fin a la relación terapéutica mediante el abandono.

Por otro lado, los pacientes también se encuentran con la dificultad que supone dejar de consumir, y por ende con frecuentes recaídas, lo que también hace mella en su autoestima, ya de por sí tocada.

Por todo esto es lógico que nuestros pacientes tengan no sólo un estado anímico bajo, sino también una autoestima muy resentida que hay que trabajar mediante:

- Análisis de logros personales.
- Redefinición de valía personal.
- Autoelogios.
- Listado de cualidades positivas.
- ...

REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA

En los pacientes drogodependientes podemos decir que encontramos como dos tipologías de pensamientos distorsionados:

- Las propias de cualquier persona con un estado anímico deprimido.
- Ideas distorsionadas vinculadas a las consecuencias de sus consumos, a las circunstancias que le llevaron a ello, y a la nueva vida que tienen que abordar sin consumir.

Nuestra terapéutica tiene que ir encaminada, pues, a estas dos vertientes.

En lo que respecta a la primera, emplearemos toda la terapia cognitiva destinada a la reestructuración de pensamientos distorsionados en pacientes deprimidos.

En cuanto a la segunda vertiente, comprobamos que nuestros pacientes deben:



- Elaborar, en cierta medida, el duelo que supone no volver a consumir la sustancia y superar las pérdidas ligadas a la droga.
- Por otra parte “hacer las paces con su fuero interno”:
 - al ir adquiriendo la noción de responsabilidad (que no culpa ni autopunición) en cuanto a sus consumos y a la hora de afrontar su día a día.
 - al ir descubriendo otra serie de actividades placenteras que hacen innecesaria la sustancia.

La prevención de recaídas

6

Este es uno de los puntos clave en el tratamiento de las drogodependencias. Así como uno de los que genera más controversias.

El verdadero problema con el que nos encontramos en nuestro campo no es lograr que los pacientes dejen de consumir, sino lograr que la abstinencia se mantenga a lo largo del tiempo.

Los resultados son poco halagüeños, llegándose a hablar incluso de recaídas de hasta el 80% tomando como medida la evolución a lo largo de un año.

Y es que el problema no es tanto dejar de consumir, sino evitar las recaídas.

Hay una serie de variables que marcan una mayor o menor tendencia a las recaídas, como son:

- Tiempo de consumo.
- Droga que se consumía.
- Frecuencia de consumo.
- Cantidad de droga que se consumía.
- Existencia de comorbilidad con otros trastornos de índole psicológico-psiquiátrico.



- Existencia o no de policonsumos.
- Relativas al tratamiento: frecuencia de asistencia a citas, adherencia o no al tratamiento farmacológico, empleo o negativa a controles toxicológicos, frecuencia de estos...
- Ruptura con su vida anterior (amigos, lugares que frecuentaba...) y establecimiento de una vida nueva.

La mayor parte de las recaídas vienen precisamente porque los pacientes se siguen aferrando al estilo de vida que llevaban anteriormente, teniendo la falsa creencia de que pueden dejar de consumir sin abandonar su antigua vida.

Por otro lado, si sumamos a esto los pensamientos de autoengaño propios de los consumidores de drogas, tenemos la ecuación perfecta para una caída que lleve al paciente a reanudar patrones de consumo similares a aquellos con los que empezó el tratamiento (o incluso anteriores).

Los resultados mostrados con la terapia cognitivo-conductual hablan de una reducción del 60% o incluso el 40%, la tasa de recaídas.

Éste, junto con la reducción del *craving* es uno de los puntos fuertes del trabajo del psicólogo en el campo de las drogodependencias.

Como ya señalábamos antes, la prevención de recaídas no es el último punto a aplicar en la terapia, sino que ésta debemos realizarla durante toda la intervención psicoterapéutica.

Ahora bien, además de aplicarse a lo largo de toda la terapia, lo que sí puede ser interesante es dedicar una serie de sesiones antes del alta a recalcar aspectos que tengan que ver con la prevención de recaídas.

Otra forma de abordar esta esfera del tratamiento puede ser el establecimiento de un grupo terapéutico de prevención de recaídas. Puesto que al disponer de más pacientes, también dispondremos de más ejemplos de caídas y estrategias para hacerle frente. Especialmente si entre los asistentes

existe una *cierta* heterogeneidad en lo que respecta al proceso de tratamiento en el que se encuentran.

Las técnicas cognitivo- conductuales que emplearemos en prevención de recaídas son las siguientes:

PSICOEDUCACIÓN

Una de las primeras cosas que debemos hacerle ver al paciente es la diferencia existente entre caída y recaída.

Generalmente los pacientes cuando tienen una caída conciben que “lo han tirado por la borda” y que supone “volver a partir de cero”.

Nuestra tarea consiste en explicarles que esas caídas (que no recaídas) son frecuentes, y que deben entenderse no como un retroceso (pues no han vuelto a patrones iniciales de consumo, que sí sería una recaída), sino como un evento del que aprender. Aprender los porqués, los desencadenantes, los pensamientos que le llevaron a volver a consumir.

Es importante también hacerle ver la importancia del mantenimiento de un nuevo estilo de vida más saludable de cara a la prevención de posibles caídas.

Por último, debemos señalar que la caída debe concebirse como una señal de aviso para parar los consumos (pues si no, se pueden tornar en auténticas recaídas), y acudir lo antes posible al centro de tratamiento.

REGLAS DE ACTUACIÓN ANTE UNA CAÍDA

A continuación tienes una serie de reglas que se le pueden dar al paciente para aplicar en el caso de que se produzca un consumo, y evitar que éste se transforme en una recaída total.



REGLAS DE ACTUACIÓN ANTE UNA CAÍDA

- En estos momentos **es posible que te encuentres cabreado o culpable** por lo que ha pasado. Es normal, pero piensa que las caídas son frecuentes en el proceso de rehabilitación. Lo que sí es más problemático es que se repitan los consumos.
- **Evita volver a consumir (que la caída no se convierta en recaída)**
- También **es posible que pienses que esto es una tontería** que sólo ha sido un consumo aislado, y que no tiene importancia. Pues sí la tiene: ¿cuántas veces te has dicho lo mismo?, ¿cuántas veces has vuelto a consumir porque de esta manera eliminas el malestar que sientes por haber vuelto a “picar” después de estar un tiempo abstinente?
- **No te engañes a ti mismo: sabes que volver a consumir es un bache. Aunque lo niegues va a estar ahí.**
- **Habla con una persona de confianza** y cuéntale lo que te ha pasado.
- **Pide cita cuanto antes con el centro de tratamiento. No lo dejes para mañana, te harán un hueco ese mismo día.**
- **No dudes en contar todo lo que ha pasado.**
- **No ocultes nada**, pues de lo contrario no podrán ayudarte. Recuerda que ¿quién si no va a entender qué es lo que ha pasado?
- **Esto no es más que un bache** que a la mayoría de la gente que tiene un problema con las drogas le pasa. Y pese a todo consigue salir.
- **Ánimo, tú vas a salir si pides ayuda.**

ANÁLISIS DE LAS CADENAS CONDUCTUALES DE LAS SITUACIONES DE CAÍDA

Si una persona quiere dejar de hacer una conducta, lo primero que debe saber es cuándo, dónde, cómo y por qué la realiza.

En el caso que nos ocupa, para determinar los posibles antecedentes (situacionales/ emocionales/ cognitivos/ fisiológicos) de la caída, puede ser útil hacer un análisis retrospectivo de aquellos momentos: visualizaciones, vivenciación, hablar en voz alta...

Todo ello nos servirá para que el paciente sea consciente de los antecedentes de la caída. De modo que pueda desarrollar nuevas estrategias para abordar este tipo de situaciones, las cuales hay que hacerle ver (si aún no se ha dado cuenta) que son de alto riesgo.

Por otro lado, el terapeuta también debe darse cuenta de que muchos de estos antecedentes han ido “apareciendo” tanto en el análisis funcional inicial del paciente, como a lo largo del transcurso de la terapia (bien de lo que entresacamos del discurso del paciente o de sus familiares), así como de la aplicación de algunos cuestionarios relacionados con el riesgo de consumo o recaída. De modo que el conocimiento que tengamos del paciente nos marcará los E.E. que para él en concreto se establecen como antecedentes claros de consumo.

ENTRENAMIENTO EN SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Los pacientes con los que trabajamos presentan un desorden generalizado de su vida, y no son eficaces a la hora de afrontar los problemas bien por verse desbordados por la ansiedad o bien por no ser capaces de encararlos adecuadamente.

Lo que se pretende con esta técnica es que el paciente adquiera:

- Una forma estructurada y organizada de afrontar los problemas.
- La sensación de que tiene una herramienta para abordar problemas, y por ende que dispone de control, de posibilidad de maniobra, de posibilidad de resolver los pequeños conflictos cotidianos (que son al fin y al cabo los que pueden desembocar en una recaída).

DESARROLLO DE ESTRATEGIAS PARA ABORDAR DICHAS SITUACIONES DE RIESGO

Identificar situaciones de riesgo sin dotar a los pacientes de estrategias adecuadas para hacerle frente no supone sino dejarles desarmados ante las recaídas.

Lo que se pretende con esta herramienta es que el paciente disponga de una serie de estrategias que le permitan hacer frente a las situaciones de riesgo, y que además le hagan sentir que puede hacerles frente, que le den autoconfianza, que se vea con control ante tales eventos de riesgo.

Lo que haremos, pues, no será otra cosa que “repasar” las técnicas de las que ya dispone. Tanto las propiamente psicológicas que le hayamos enseñado, como las que él haya desarrollado por y para sí mismo.

SEGUIMIENTOS

En cualquier tipo de terapia psicológica, médica, social es básica la realización de una serie de seguimientos una vez ha terminado la terapia.

Esto nos permite analizar dificultades, generar formas de abordar éstas, y en definitiva prevenir recaídas.

Un ejemplo de programa de prevención de recaídas en grupo

7

A continuación vamos a pasar a detallar un programa de prevención de recaídas grupal desarrollado en el año 2007 para pacientes consumidores de cocaína y/o alcohol. De modo que servirá para ejemplificar no sólo las herramientas y técnicas empleadas a la hora de trabajar la prevención de recaídas, sino también para ejemplificar cómo realizar el diseño de programas de tratamiento con este colectivo.

Los objetivos iniciales de los que se partió fueron los siguientes:

- Apoyo al tratamiento individual de cada paciente.
- Dotar de una mayor autoeficacia.
- Frenar la aparición, en la medida de lo posible, de recaídas futuras.
- Servir como lugar de encuentro con otros pacientes que se hallan en una situación parecida a la suya.

La filosofía de trabajo de la que se partió fue un grupo de carácter terapéutico, psicoeducativo y abierto, es decir no era un grupo de autoayuda, sino que tenía como base enseñar a los pacientes determinadas herramientas psicológicas previamente establecidas por el equipo terapéutico; además podían incorporarse pacientes aunque el grupo ya llevara algunas sesiones funcionando (aunque no debían llevarse más de 2 ó 3 sesiones realizadas a la hora de permitir el acceso a nuevos participantes).

El número de pacientes máximos que nos propusimos admitir fue de 10- 12 personas. Los requisitos de acceso al grupo eran: ser consumidores de cocaína y/o alcohol, y además llevar un tiempo relativamente prolongado abstinentes a dichas sustancias.

Se fijó una duración del taller de aproximadamente 12 sesiones de periodicidad semanal.

En cuanto a los profesionales que dirigieron- coordinaron las sesiones de grupo, hemos de decir que fueron siempre dos. Recomendamos que sean dos profesionales (con independencia de su profesión) puesto que es más fácil manejar el grupo aún sin que surja ninguna dificultad especial, cuanto más si surge cualquier dificultad (cosa que ocurre de vez en cuando).

El guión de sesiones fue el siguiente:

CONTENIDOS DE LAS SESIONES	Nº DE SESIONES
1) Sesión informativa.	SESIÓN 1
2) Los antecedentes de las recaídas.	SESIONES 2- 3
3) Identificación y manejo del <i>craving</i> inminente.	SESIÓN 4
4) Reestructuración de pensamientos que se muestran como posibles desencadenantes de consumo.	SESIÓN 5
5) Manejo de acontecimientos vitales estresantes.	SESIÓN 6
6) La familia y el influjo de sus respuestas en una posible recaída.	SESIÓN 7
7) Las emociones.	SESIONES 8- 9
8) Entrenamiento en HHSS.	SESIONES 10- 11
9) ¿Y si ocurre una recaída?...	SESIÓN 12

SESIÓN INFORMATIVA (SESIÓN 1)

El objetivo general de esta sesión era:

- Información y psicoeducación sobre la prevención de recaídas.

Los objetivos específicos que se perseguían eran:

- Transmitir la importancia de la prevención de recaídas en el proceso global de tratamiento de los problemas de drogas.
- Que los participantes del grupo pudieran diferenciar una caída de una recaída, para lo cual resultaba importante educarles en este sentido.
- Enseñarles la importancia de aprender a manejar las caídas en el caso de que se produzcan, de modo que no acabaran transformándose en una recaída.

La metodología empleada para trabajar esta sesión fue la siguiente:

- **Dinámicas de presentación para que todas las personas del grupo se conozcan.**

Proponemos varias posibilidades:

La primera es que cada uno se presente, sin más. Otra posibilidad es que por parejas uno le cuente al otro (y posteriormente el otro al uno) quién es, a qué se dedica, cómo se encuentra, etc. y que posteriormente cada uno presente a su compañero. O bien también proponemos que el profesional que dirija el grupo plantee una serie de preguntas globales del tipo ¿por qué están en el grupo?, ¿qué esperan conseguir?, ¿cómo se encuentran?, etc., y que cada uno de los miembros se vaya presentando a la vez que va respondiendo cada una de estas preguntas formuladas al inicio de la sesión.

- **Psicoeducación:**

Lo que se hizo fue explicarles brevemente en qué consiste una caída, y en qué consiste una recaída.

Para mejorar la comprensión se les dio un material sobre ello. El texto que se les dio fue el siguiente:

- **Caída Vs recaída:**

Por caída entendemos un episodio aislado de consumo en un sujeto que realmente desea dejar de consumir. Si estos episodios se repiten en un corto período, se transforman en “recaídas”, ya que se vuelve al tipo de consumo previo al tratamiento. Lo importante es que se puede, teniendo el entrenamiento suficiente, y si nos empeñamos en ello, aprender de las caídas y evitar que se transformen en recaídas.

- **Situaciones de alto riesgo de caída y su consecuente recaída:**

El primer obstáculo que presenta una persona es el afrontamiento de una situación de alto riesgo, que son aquellas que amenazan el sentido de autocontrol y aumentan el riesgo de una recaída. Las más importantes son aquellas caídas que se han sufrido anteriormente. Por tanto, es necesario revisar continuamente las situaciones de mayor riesgo, como son las que señalaron Marlatt y Gordon en 1986:

- **INTRAPERSONALES**

- Manejo de estados emocionales negativos.
- Manejo de estados fisiológicos.
- Estados emocionales positivos.
- Probarse en el control personal.
- Sucumbir a impulsos o tentaciones.

- **INTERPERSONALES**

- Manejar conflictos interpersonales.
- Presión social.
- Estados emocionales positivos.

- **Ejemplos para diferenciar la caída de la recaída:**

A los pacientes se les dieron una serie de casos de supuestos pacientes consumidores de drogas y/o alcohol y ellos debían decir si se trataba de un caso de caída o de recaída.

Los casos que se les presentaron fueron los siguientes:

Caso 1:

Sandra es una mujer soltera y con una baja laboral por enfrentamientos en el trabajo debido al consumo de alcohol. Lleva 4 meses sin consumir alcohol, pero últimamente, cada vez que se encuentra con los compañeros del trabajo no puede evitar consumir. Pensaba que por un día lo iba a controlar y, aunque no beba el resto de días, le resulta imposible no hacerlo cuando se junta con estas amistades.

Caso 2:

Carlos acude a tratamiento para superar su adicción a la cocaína. Ha logrado estar un año y tres meses sin consumir, pero en un viaje que hizo a Perú con uno de sus mejores amigos la semana pasada consumió en Lima “para probar la diferencia”. Sólo lo hizo una noche y el resto del viaje se autoculpaba por no haber reaccionado de otra manera. Acude inmediatamente a su centro de tratamiento para contar el caso y tomar medidas oportunas.

Caso 3:

Mario era consumidor de cannabis habitual. Fumaba entre 10-12 porros al día antes de estar 2 años en tratamiento y lograr su abstinencia durante todo ese tiempo. En la actualidad, le han despedido del trabajo y aunque “sólo fuma los fines de semana” no tiene intención de cambiar ese hábito porque lo que le preocupa es no poder controlarlo.



- **Lluvia de ideas de las razones por las cuales es importante prevenir recaídas.**

Lo que se busca es que los pacientes señalen sus propias razones para asistir al grupo, así como la importancia de la prevención de recaídas en su proceso particular de desintoxicación del consumo de drogas.

El objetivo es que cada paciente se implique en la medida en que se hace referencia a aspectos que tienen que ver con él.

LOS ANTECEDENTES DE LAS RECAÍDAS (SESIONES 2 Y 3):

Los objetivos generales de estas sesiones son:

- Que los pacientes identifiquen los antecedentes y los consecuentes de recaídas anteriores.

Los objetivos específicos de estas sesiones son:

- Analizar las situaciones de recaída de cada uno de los miembros del grupo.
- Identificar los antecedentes individuales de las recaídas.
- Contrastar qué estrategias pusieron en marcha en dicha situación.
- Imaginar qué posibles estrategias se podrían haber puesto en marcha para evitar que se produjera el consumo.

En cuanto a la **metodología empleada**:

- **Empleo de canciones que versen sobre el consumo de drogas:**

Para romper con lo teórico y árido que puede ser para los pacientes analizar las cadenas conductuales, recurrimos al empleo de canciones cuya letra hablara de una u otra manera sobre el consumo de drogas, la vida del drogodependiente, etc.

Lo que se les pide a los pacientes es que escuchen la letra y analicen si la persona de la que habla ésta, acabará recaendo (o no), y por qué.

Algunos de los cantantes y compositores que se propusieron para esta dinámica fueron:

- Melendi.
- Macaco.
- Chambao.
- Los Rodríguez.
- Sabina.
- Keko.
- Estopa.
- La cabra mecánica.
- Silvio Rodríguez.

- **Rellenar en una pizarra las cadenas de conducta de una situación de prevención de recaídas:**

De lo que se trata es de realizar el análisis conductual de una situación de recaída propuesta por cualquier miembro del grupo. De modo que todos los miembros del mismo vean cuál es la forma en la que deben analizar sus propias situaciones de recaída. Así, posteriormente, se pedirá a cada participante que analice una situación suya de recaída.

- **Listado de cosas que me pueden hacer recaer:**

En esta dinámica lo que se pide a los participantes es que piensen cuales son aquellas situaciones, pensamientos, emociones que se revelan como auténticos antecedentes de la ocurrencia de una recaída.

- **Listado de estrategias para manejar- prevenir una posible recaída:**

Con esta estrategia lo que se pretende es que a nivel individual y durante la sesión de terapia grupal, cada uno de los pacien-

tes liste una serie de estrategias que pudieran ser útiles de cara a hacer frente a posibles situaciones de recaída.

Posteriormente dichos listados se pondrán en común, de modo que al final todos los participantes puedan construir un nuevo listado que aglutine todas las estrategias que hayan ido saliendo en el grupo.

Se propone a los pacientes que este listado siempre lo lleven encima como herramienta para hacer frente a posibles situaciones de consumo.

IDENTIFICACIÓN Y MANEJO DEL *CRAVING* INMINENTE (SESIÓN 4):

El objetivo general de esta sesión es:

- Que los pacientes adquieran las nociones y habilidades para manejar el *craving*.

Los objetivos específicos planteados para trabajar en esta sesión fueron:

- Identificación de situaciones de deseo de consumo.
- Adquisición de pautas de abordaje y manejo del *craving*.

La metodología propuesta para esta sesión fue la siguiente:

- **Psicoeducación:**

Lo primero de todo es dotar a los asistentes de las nociones básicas sobre qué es el *craving*, cuándo y de qué manera se manifiesta.

El objetivo es que sepan en qué consiste eso que los profesionales llamamos *craving* o deseo de consumo, y que los alcohólicos en rehabilitación llaman “tirones”.

- **Escena de película:**

En la línea del empleo de canciones, en esta ocasión se emplearon dos escenas de una película (*Cosas que nunca te dije* de Isabel Coixet). En concreto las dos en las que una chica primero, y luego otra, van en busca de un helado de un sabor concreto, y no encontrándolo sufren por ello.

Lo que se busca con ambas escenas es que los pacientes reflexionen sobre determinadas situaciones cotidianas que les pueden hacer recaer; pero no por la propia situación, sino porque ésta “remueva” aspectos internos (emociones, pensamientos) que les pueden “poner en el disparadero” para un consumo. Ya que en las escenas de la película lo que está de fondo en el sufrimiento de ambas chicas es el hecho del abandono por parte de sus respectivas parejas (aclaración que se les dirá a los pacientes *a posteriori* de su reflexión).

- **Elaboración de un listado de posibles estrategias para abordar el *craving*:**

Al igual que se les pedía a los miembros del grupo que listaran las situaciones que les podían hacer recaer, y qué estrategias podían emplear para hacerles frente; en esta ocasión lo que se les pide es que listen individualmente aquellas estrategias que podrían emplearse para hacer frente a las ganas de consumir o *craving*.

Posteriormente, y al igual que se hiciera antes, se pide a los pacientes que lo expongan ante los compañeros.

Los profesionales que llevan el grupo, van listando en una pizarra o rotafolios aquellas estrategias que van enumerando todos y cada uno de los pacientes.

Finalmente se pide a todos los participantes que escriban en su cuaderno o folios todas las estrategias que han ido saliendo en el grupo.

REESTRUCTURACIÓN DE PENSAMIENTOS QUE SE MUESTRAN COMO POSIBLES DESENCADENANTES DE CONSUMO (SESIÓN 5):

Lo primero que hay que decir es que trabajar los pensamientos que pueden estar presentes en las recaídas de los pacientes es posiblemente uno de los objetivos más difíciles que tenemos. Esto se debe a las siguientes razones: los pacientes no están acostumbrados a analizar los pensamientos que tienen (y menos cuando se trata de pensamientos de recaída) y además, enseñarles a pensar en estos términos es bastante costoso. Por eso, pese a que en este programa sólo dedicamos una sesión a trabajar los pensamientos desencadenantes de consumos, cualquier profesional que pretenda poner en marcha un programa similar a éste quizá necesite dedicar dos o tres sesiones para trabajar los pensamientos distorsionados precipitantes de consumo.

Los objetivos generales de esta sesión son:

- Que los participantes aprendan la importancia del papel de los pensamientos en las conductas posteriores que todos realizamos.
- Que los pacientes identifiquen los pensamientos que pueden acabar desencadenando una recaída.

Los objetivos específicos de esta sesión son:

- Que puedan descubrir los pensamientos erróneos y justificaciones que pueden aparecer para desencadenar la recaída.

En cuanto a la **metodología empleada**:

- **Psicoeducación:**

Ya hemos citado la importancia de informar y educar sobre todos aquellos aspectos que vamos a ir trabajando. No debemos olvidar

que la información es el primer paso para cambiar cualquier tipo de conducta. Aunque debemos recordar que ésta es una condición necesaria pero no suficiente para el cambio. Educar es el primer paso pero sólo con ello no conseguiremos cambiar comportamientos.

Lo primero que debemos enseñar a los miembros del grupo es que entre la situación de riesgo y la conducta de recaída median una serie de pensamientos que actúan como disparadores de los consumos.

Al hilo de esto debemos enseñarles a que identifiquen aquellos pensamientos que estuvieron presentes en recaídas anteriores. Para ello se puede elegir a un voluntario del grupo para que cuente cómo fue la última recaída que tuvo, y analizar los pensamientos que estuvieron presentes. También se puede contar con la ayuda del resto de participantes que pueden señalar posibles pensamientos que se le pudieron haber pasado por la cabeza a la persona que nos está contando ese ejemplo de recaída.

- **Completar la historia:**

Siguiendo en cierta medida con el punto anterior, en esta nueva dinámica se les da a los pacientes una serie de frases donde van implícitas una serie de pensamientos que pueden favorecer la abstinencia o el consumo.

A los participantes no se les dice nada de esto, sino que la única clave que se les da es que digan qué creen que pasará con la persona de la frase, y por qué creen eso. Esto es, que completen la historia.

Las frases que se les dieron, fueron las siguientes:

1. Silvia lleva un tiempo sin consumir. A menudo frecuenta amistades que también lo han dejado.
2. Juan está en tratamiento en un centro de drogas. No lo ve muy claro (el acudir al mismo) porque consume lo mismo que sus amigos.



3. David lleva un tiempo en su centro de drogas. Sus profesionales le han dicho que dentro de un tiempo le van a dar el alta porque va muy bien.
4. Elena se dice a sí misma que ahora nada le motiva, que antes estaba mejor.
5. Eduardo se encuentra muy triste a veces y no sabe qué hacer.
6. Emilio acaba de tener una buena noticia, le acaban de ascender.
7. Rebeca se siente muy ansiosa, intranquila y agobiada sin saber por qué. Lo relaciona con que acaba de dejar de consumir.
8. Susana acompaña a su marido, que tiene problemas de drogas y alcohol, a tratamiento. Sin embargo ella se va a poner a trabajar la semana que viene y no le va a poder acompañar a sus citas.
9. El fin de semana Rosario tiene la boda de su mejor amiga. No quiere faltar, pues yendo puede comprobar que es capaz de superarse a sí misma.
10. Alfredo nota que sus familiares ya no le dan tanta comprensión como antes.

- **Retomar ideas distorsionadas que se vieron en las sesiones 2 y 3 y ver de qué manera se pueden reestructurar:**

Con esta dinámica lo que se busca es retomar las ideas distorsionadas que podían acabar generando una recaída, y que los pacientes las transformen en pensamientos más adecuados, es decir, en pensamientos que vayan a favor de la abstinencia más que a favor de una recaída.

Para ello se recomienda que se anoten en una pizarra algunos ejemplos de pensamientos distorsionados que los pacientes aportaron sesiones atrás, y que todos los miembros del grupo den su opinión sobre aquellos pensamientos más adaptados en los que los transformarían.

Finalmente se les pide que copien en un cuaderno estos ejemplos.

Como trabajo para casa se les pedirá que “transformen” algunos de sus propios pensamientos distorsionados, y que los traigan para la próxima sesión.

MANEJO DE ACONTECIMIENTOS VITALES ESTRESANTES (SESIÓN 6):

Los objetivos generales de esta sesión son:

- Aprender a identificar situaciones vitales estresantes (tanto positivas como negativas) que me pueden llevar al consumo.
- Adquirir estrategias para afrontar esas situaciones.

Los objetivos específicos planteados para trabajar en esta sesión fueron:

- Diferenciar entre la ansiedad generada por una situación estresante de la generada por el deseo de consumir.
- Que la aparición de acontecimientos estresantes no acaben induciendo una recaída.

La metodología propuesta para esta sesión fue la siguiente:

- **Definición:**

Hemos llamado definición a la técnica consistente en una lluvia de ideas mediante la cual se pide a los pacientes que señalen qué entienden ellos por acontecimientos vitales estresantes. Entre todos, y con la ayuda de los profesionales que llevan el grupo, se acabará dando una definición correcta de lo que entendemos por acontecimiento vital estresante, y de su papel como posible disparador de una recaída.

- **Hacer un listado de algunas posibles situaciones vitales estresantes actuales o futuras:**

Al hilo del punto anterior, lo que se pide a los participantes es que entre todos se liste y copie en una pizarra (de tal modo que pos-

teriormente los pacientes puedan copiar dicha lista), aquellas situaciones vitales estresantes que pueden hacer que una persona que ha dejado de consumir drogas acabe recayendo.

Un ejemplo de este listado lo aportamos a continuación:

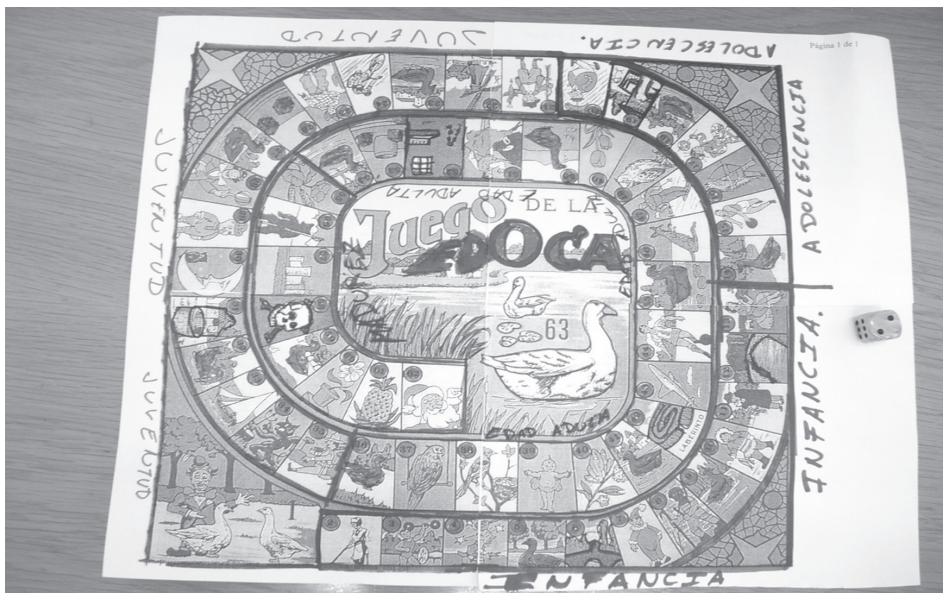
- Fallecimientos.
- Hijos.
- Empleo - paro.
- Pareja.
- Ascensos.
- Juicios pendientes (o acudir a ellos).
- ...

• El juego de la EDOCA

Para trabajar los acontecimientos vitales estresantes, se utilizó el tradicional juego de la oca pero al cual se había practicado una serie de modificaciones que aparecen reflejadas junto con las nuevas reglas. Esto es:

- Se agruparon los números de casillas en función de periodos evolutivos: infancia, adolescencia, juventud, edad adulta, madurez.
- EL OBJETIVO DEL JUEGO es que todos los participantes lleguen a la madurez tanto evolutiva como en cuanto al consumo de drogas.
- Las casillas pueden aparecer en 2 colores: rojo y verde.
- Si se cae en una casilla roja: se debe señalar un acontecimiento vital estresante de ese periodo vital.
- Si se cae en la casilla verde: se deben señalar las estrategias de afrontamiento para evitar un posible consumo ante ese acontecimiento vital señalado.
- En una pizarra se van a ir anotando los acontecimientos vitales estresantes, y sus correspondientes estrategias para hacerle frente, por orden de aparición.

- No se podrá pasar de etapa evolutiva sin haber respondido a todos los acontecimientos vitales estresantes señalados de esa etapa.
- CASILLAS ESPECIALES
 - LA OCA: De oca a oca... Si cae en una oca sin poder pasar de etapa evolutiva (porque quedan acontecimientos vitales sin estrategia asociada), podrás pasar de etapa sin más.
 - DADOS: de dado a dado... También te permite pasar de etapa evolutiva.
 - MUERTE: fallecimiento de un familiar. Un turno sin tirar (por duelo).
 - POSADA: te pillan con droga y te llevan a comisaría. Un turno sin tirar.
 - CÁRCEL: juicios y/ o cárcel. Un turno sin tirar.
 - EL PUENTE: de puente a puente... Y señalar aspectos relativos a las amistades, que te hacen que te lleve la corriente.
 - LABERINTO: te pierdes porque has consumido y tienes problemas familiares. Desapareces 2 días. Te quedas 1 turno sin tirar.
 - EL POZO: problemas económicos.



LA FAMILIA Y EL INFLUJO DE SUS RESPUESTAS EN UNA POSIBLE RECAÍDA (SESIÓN 7):

Los objetivos generales de esta sesión son:

- Mejorar la relación con la familia.

Los objetivos específicos planteados para trabajar en esta sesión fueron:

- Que los pacientes se responsabilicen de su proceso de tratamiento y no repercuta negativamente sobre la familia.
- Empatizar sobre cómo se siente la familia de los participantes.
- No proyectar frustraciones en la familia si hay una recaída.

La metodología propuesta para esta sesión fue la siguiente:

- **Role-play** asumiendo el cambio en su vida que supone el acontecimiento vital estresante:

Lo que se persigue con esta dinámica de role-play es que los pacientes se metan en el papel de cómo se sentirían y actuarían, ellos mismos y con respecto a su familia, si se producen estos cambios vitales.

LAS EMOCIONES (SESIONES 8- 9):

Los objetivos generales de estas sesiones son:

- Reconocer las distintas emociones.

Los objetivos específicos planteados para trabajar en esta sesión fueron:

- Identificar las emociones, no asociándolas con el deseo de consumo.
- Aprender a manejarlas.

La metodología propuesta para estas sesiones fue:

- **¿Cómo se han sentido...?:**

A los pacientes se les plantea una serie de situaciones para que ellos identifiquen las emociones que han sentido.

Posteriormente se realiza un debate sobre ello y un análisis de cómo hacer para poder manejarlas.

Algunas de las situaciones posibles que se les pueden plantear a los pacientes son ¿cómo se han sentido...?:

- Cuando se incorpora una persona nueva al grupo.
- Cuando una persona del grupo comenta que ha recaído.
- Cuando ven que una persona no hace esfuerzos por dejar el consumo.
- Cuando ven que alguien lleva mucho tiempo sin consumir.
- ...

- **Técnicas de relajación:**

De cara a dotar a los pacientes de herramientas para poder controlar sus emociones, también puede resultar interesante el empleo de técnicas de relajación. Nosotros recomendamos relajación progresiva de Jacobson. Y es que debemos recordar que la tensión muscular es un correlato que aparece ante emociones como la ansiedad o la ira.

- **Expresión emocional:**

También puede resultar útil que los pacientes manifiesten y exterioricen determinadas emociones que pudieran estar “sobrecargándoles internamente”.

Debemos tener cuidado que estas emociones se expresen en un ambiente controlado, y sin que puedan generar malestar o escalada de emociones adversas en el resto de participantes del grupo. Por lo



que si se emplea esta técnica es conveniente que la sesión se acabe con una técnica de relajación que haga que los pacientes salgan del grupo mejor que entraron (y no peor).

La máxima a seguir es: “no abrir ninguna puerta que luego no se sepa o no se pueda volver a cerrar”.

8. ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES (HHSS) (SESIONES 10- 11):

Los objetivos generales de estas sesiones son:

- Reforzar ciertas H.H.S.S. para la prevención de recaídas.

Los objetivos específicos planteados para trabajar en esta sesión fueron:

- Entrenamiento en Asertividad.
- Entrenamiento en habilidades de comunicación.
- Entrenamiento en autoestima.
- El rechazo de ofrecimientos de consumo.

La metodología propuesta para estas sesiones fue:

- **Diana electrónica:**

Para hacer más dinámico el trabajo de dichas H.H.S.S., y romper en cierta manera con la situación típica de grupo terapéutico, se propone utilizar una diana electrónica de modo que en función del número que se saque, así el paciente va a tener que realizar una actividad determinada (y vinculada a trabajar las H.H.S.S., claro).

Si no se utiliza una diana, también se puede emplear un dado, decir un número al azar del 1 al 10, etc. La idea es poder trabajar las HHSS pero intentando darle un punto de diversión.

Algunas de las actividades que se proponen para trabajar las H.H.S.S. son las siguientes:

- Role-play sobre asertividad: ¿cómo decir no a un ofrecimiento de consumo?
- Expresión de sentimientos: ¿cómo te sientes (qué emociones) ante una situación en la que tengas ganas de consumir?
- Que el paciente exponga: ¿Qué has aprendido desde que llevas en el grupo?
- Decir 3 cosas positivas de los compañeros, y tres cosas positivas de tu familiar.
- Role-play: te regalan una cosa que no te gusta ¿qué le dices a esa persona?
- Cuenta qué técnicas o ejercicios utilizas para relajarte.
- Después de haber desaparecido unas horas (o días) de casa y haber estado consumiendo, qué les dices (y cómo) a tu familia. Role-play.
- Cuenta lo que tú quieras en 1 minuto: debate posterior.
- Si tuvieras que dar un curso de prevención de recaídas, ¿qué temas tratarías que no se han tratado?, y ¿cómo lo harías?
- ¿Cómo decirle a alguien que interrumpe en clase, que atienda y no distorsione? Role-play.

9. ¿Y SI OCURRE UNA RECAÍDA?... (SESIÓN 12)

Los objetivos generales de esta sesión son:

- Hacer un resumen de las técnicas que se han ido desarrollando a lo largo de las sesiones de grupo.
- Despedida y cierre del grupo

Los objetivos específicos planteados para trabajar en esta sesión fueron:

- Reforzar los conocimientos adquiridos.



- Incentivar su puesta en marcha.
- Tener un último recurso para hacer frente a una recaída si ésta se produjera.

La metodología propuesta para esta sesión fue la siguiente:

- **Debate- reflexión sobre lo que han adquirido en todas estas semanas de grupo:**

Se realiza un pequeño repaso de las H.H. que se han adquirido a lo hora de prevenir y actuar ante una posible recaída.

El objetivo no es sólo que dispongan de dichas habilidades, sino que además sea mayor su percepción de autoeficacia a la hora de hacer frente a este tipo de situaciones.

- **Darles unas indicaciones sobre la forma de actuar ante una recaída.**

Se trata de “instrucciones para usar en caso de emergencia” (como en una ocasión me dijo un paciente).

Son una serie de indicaciones sobre lo que se debe hacer cuando se ha producido un consumo tras haber estado tiempo abstinentes.

Son las indicaciones que ya se señalaron en el capítulo 6.

- **Despedida y cierre del grupo**

El objetivo es cerrar las sesiones de grupo dejando siempre una puerta abierta a comentar más cosas sobre prevención de recaídas bien en sesiones individuales (con su psicólogo, trabajador social, médico, etc.) bien en sesiones grupales que se realicen más adelante.

Finalmente agradecer a todos los miembros del grupo el haber participado y haber hecho posible el aprendizaje de todos, incluido el de los profesionales.

Se puede plantear no acabar con la sesiones de grupo todavía, y realizar unas sesiones de seguimiento con una periodicidad de una vez al mes o una vez cada dos meses.

Caso clínico de consumo de cocaína (caso P.)

8

DATOS BIOGRÁFICOS Y EXAMEN DEL ESTADO MENTAL

Varón de 34 años que nos es derivado por problemas de consumo de cocaína.

Motivo de consulta: “no tener que depender de ella” (de la cocaína).

Se realiza la sesión informativa: se le informa en qué consiste el tratamiento y se le pregunta qué es lo que espera conseguir con el mismo.

P. se muestra colaborador en todo momento.

Durante la 1ª entrevista psicológica con el paciente, éste se muestra altamente motivado y con gran implicación en la terapia.

PROBLEMAS Y OBJETIVOS

Listado de los problemas del paciente

- Dependencia de cocaína.
- Problemas familiares (su mujer le ha echado de casa).
- Escasa red de apoyo social:
 - Mala relación con los padres (padre alcohólico) con los que vive desde hace unos días.



- Amigos consumidores exclusivamente.
- Hermanos consumidores.
- Déficit de H.H. asertivas.
- Escasez de recursos económicos (actualmente en paro).
- Escasez de actividades de ocio y tiempo libre.
- Altos niveles de ansiedad ligados al deseo de consumo y a estresores vitales.

Objetivos del paciente respecto al tratamiento

- Deshabitución del consumo de cocaína (“dejar la coca, no tener que depender de ella”).
- Mejorar el nivel cultural.
- Incorporación a un nuevo trabajo.
- Mejorar la relación con su mujer y volver al domicilio conyugal.

ANÁLISIS FUNCIONAL DEL PROBLEMA

Análisis funcional de la drogodependencia

(Ver anexos)

Antecedentes externos/internos:

Antecedentes externos:

- Discusiones con la familia (especialmente con su padre).
- “Saltarme las rutinas”.
- Tener tiempo libre.
- Tomarse más de 3 copas (“mareo por el alcohol”).

- Que su mujer le eche en cara que ha consumido.
- Trapichear.
- Que su mujer le diga “a ver qué haces cuando bajas a la calle”.

Antecedentes internos:

- Ansiedad (por estresores vitales).
- “No poder expresar mis sentimientos” (no asertividad).
- Sentir que alguien le está fallando.
- Sentirse culpable (por “quitar cosas a los amigos porque no sabía cómo decirles que hay cosas que no me gustaban”; y así que ellos le dejen de hablar, en lugar de ser él el que les diga que ya no quiere saber más de ellos).

3.1.2. Conductas. Descripción de la conducta problema

Consumo esnifado de cocaína, a solas, (“no puedo consumir con nadie, me encierra”), en su furgoneta (ya que en casa no puede, pues está su mujer). Los consumos son siempre de noche.

En cuanto a la frecuencia de consumo, es irregular en el tiempo (refiere meses de gran consumo y meses sin consumo). Caracterizándose los periodos de consumo por llegar incluso a desaparecer 2 ó 3 días de casa, consumiendo sin poder parar y sin poder “guardar” cocaína para el día siguiente, parando sólo cuando se produce la saturación física.

3.1.3. Consecuencias a corto y largo plazo:

Consecuencias a corto plazo:

- Liberarse de problemas (desahogo).
- Ganancia de dinero.
- Diversión.
- “Controlarla, en un principio”.



Consecuencias a largo plazo:

- Discusión con su mujer.
- Agotamiento físico.
- Desatender su casa.
- Fallar a personas.
- Fallar en trabajos.
- Buscar otros trapicheos más grandes.
- Aumento de consumo.
- Ideas paranoides: referenciales y de persecución.
- Alucinaciones visuales.

ANÁLISIS DE OTROS HÁBITOS ADICTIVOS

Otras drogas que usa/abusa habitualmente

A parte del consumo de cocaína, en la actualidad P. consume aproximadamente 4-5 porros/ día.

Actividades de azar y riesgo, etc.

A parte del consumo de estas sustancias, nuestro paciente no presenta otras conductas adictivas, y aunque tampoco presenta otras conductas impulsivas manifiestamente patológicas (ni sexuales, ni de azar, ni de conducción) hay que destacar la atracción de P. por el boxeo y el *spinning*; no considerándolo una conducta de riesgo, pero sí una conducta destinada a la búsqueda de emociones y estimulación, aunque con un carácter positivo.

EVOLUCIÓN DE LA DROGODEPENDENCIA:

Aparición y curso del problema

El consumo de cocaína en nuestro paciente comienza cuando vuelve de la mili y contacta con una persona de origen árabe que trafica con hachís y cocaína.

P. comienza a traficar con ambas sustancias para esta persona, indicando que durante ese primer año apenas prueba la coca en 2 ó 3 ocasiones.

Los consumos cambian cuando se da cuenta de que un hermano (el siguiente a él) le empieza a robar cocaína para su consumo. Como P. no puede decirlo en casa y ve que su hermano comienza a robarle y consumir cada vez más y “no puede decírselo a nadie”, comienza a consumir (llegando, refiere, a consumir de 6 a 7 gr./ día durante 4 ó 5 años).

Tras este periodo, va a vivir con su novia, con la que tiene su primera hija. Durante este primer periodo de convivencia con su mujer (aproximadamente un año y medio o dos años) indica que los consumos se reducen a 1 gr., consumiendo dicha cantidad con un grupo de amigos, y con una frecuencia aproximada de una vez cada 3 meses (“tengo a la niña y me calmo”). En esta época refiere que también deja de traficar.

Sin embargo los problemas de relación con su mujer hacen que aumente los consumos (cuando P. tiene 27 ó 28 años). Los consumos comienzan a aumentar. Siendo la pauta de consumo (desde hace 4 ó 5 años), la siguiente: consumir a solas en su furgoneta (ya que en casa no puede, pues está su mujer), llegando a no aparecer por casa en 2 ó 3 días, consumiendo con una pauta irregular en el tiempo hasta que se produce el agotamiento físico.

Para costearse los consumos empieza nuevamente a trapichear.

Dada esta situación, P. manifiesta repercusiones físicas, psíquicas y sobre todo familiares (su mujer le echa de casa) que le llevan a buscar tratamiento.

Recursos del paciente para hacer frente a la drogodependencia

(se expone más adelante)

Factores de predisposición o de vulnerabilidad a nivel biológico, personal, familiar social, cultural, etc.:

(se expone más adelante)

RELACIONES INTERPERSONALES

Posiblemente esa sea una de las áreas más importantes a trabajar, como ya hemos citado sucintamente con anterioridad.

Y es que P. siempre ha estado vinculado a un contexto de relación con chavales del barrio en un ambiente de calle (puesto que el mal ambiente familiar: padre alcohólico y maltratador, hacinamiento y problemas económicos lo propiciaba), donde ocupaba un lugar central el consumo de drogas, las peleas callejeras y los hurtos.

P. afirma que cuando era pequeño, en ciertas ocasiones se encargó de conseguir comida (a través de hurtos) para su familia.

Fruto de todo esto, las relaciones de P. han estado ligadas a gente consumidora, manifestando que “nunca ha sabido decir a los demás las cosas que no le gustaban”, usando como forma de decírselo el “hacerles una putada para que ellos se dieran cuenta”.

Así, pues, observamos déficits en Asertividad y en realización de críticas.

RESPUESTAS FAMILIARES A LA DROGODEPENDENCIA (ANTES Y DURANTE)

Si nos centramos en los padres y hermanos, hemos de decir que dado el ambiente familiar tan desestructurado, P nunca ha recibido apoyo para abandonar los consumos. Es más, a menudo se inculpa por haber “inducido” a los consumos a sus 2 hermanos (puesto que consumió en ocasiones con ellos y puesto que uno de sus hermanos le robaba droga para venderla y/o consumirla).

Una vez P. se va a vivir con su mujer, ésta tolera los consumos puntuales de aquel. Pero a medida que se cronifican y acentúan los consumos, la relación con su mujer se va deteriorando. Llegando P. a consulta cuando está viviendo en casa de sus padres (pues su mujer le ha echado de casa mientras no abandone los consumos). No obstante a las 3 ó 4 semanas, al ver los avances iniciales de P. ambos vuelven a vivir juntos, implicándose ella más en la recuperación de P.

Sin embargo, resultado de las continuas discusiones con su pareja y de las altas expectativas de cambio que ella tiene en P. (pero que nunca le dice con exactitud cuales son) hace que P. se marche de casa. Lo que ocasiona un estado de inestabilidad emocional, cansancio (por dormir en la furgoneta), dolor muscular y consumos caracterizados por una gran frecuencia y cantidad.

Las navidades las pasa con sus hermanas, pero también se producen consumos.

MOTIVACIÓN PARA EL TRATAMIENTO Y PROCESOS DE CAMBIO EN LA FASE DE EVALUACIÓN

Desde el primer momento nuestro paciente mostró alta motivación para el cambio, poniéndose a hacer cosas (acción) desde que llegó a consulta:

- Adhesión al tratamiento del centro.



- Eliminar contactos con personas y sitios de riesgo.
- Generación de actividades alternativas al consumo de tóxicos.
- ...
- ...

En cuanto a los procesos de cambio, observamos:

1. Una conciencia creciente del problema de consumo de cocaína (Aumento de conciencia).
2. Análisis más acorde de las consecuencias positivas y negativas de seguir consumiendo y de estar abstinentes (Reevaluación ambiental).
3. Hacer firme su compromiso de querer dejar de consumir (Autoliberación).
4. Alejamiento de E.E. antecedentes de la conducta de consumo (Control de E.E.).
5. Desarrollo de nuevas estrategias en hacer frente al *craving* (Contracondicionamiento).
6. Reforzamiento de la abstinencia (Manejo de reforzamientos).
7. Apoyo de su mujer (Relaciones de ayuda).

OTRAS ÁREAS A CONSIDERAR

Recursos del paciente

- Alta conciencia del problema.
- Alta motivación e implicación en el tratamiento.
- Autoeficacia a la hora de haber dejado otras drogas (heroína fumada cuando era joven).
- Capacidad de esfuerzo y constancia.
- Capacidad de superación.

- No presencia de patología orgánica.
- Responsabilidad.
- Capacidad para sobreponerse a las dificultades.

Autocontrol e impulsividad

Como todo paciente dependiente, el autocontrol e impulsividad de P. en lo que respecta al consumo de drogas se caracteriza por:

- “Necesidad” de consumo.
- No poder guardar nada (parte de la droga) para el día siguiente.
- La droga como eje central de su día a día.
- No poder parar una vez empieza los consumos.
- Tiempo entre la compra y el consumo muy escaso: “de 25 a 30 minutos”.

Apoyo social para el tratamiento

Uno de los handicaps más acusados en el caso de P. es la escasez de personas que apoyan su proceso de tratamiento.

Como ya citamos anteriormente: el ambiente familiar es desestructurado, el circuito de amigos está ligado a los consumos, de los hermanos no recibe apoyo. Sólo cuenta con el apoyo de su mujer, aunque hay que decir, que se encuentra bastante desbordada y en muchos momentos no sabe cómo ayudar a nuestro paciente.

CUESTIONARIOS Y ESCALAS

Para la evaluación de la problemática psicológica y consumo de tóxicos se usó entrevista semiestructurada para la realización de anamnesis, listado

de problemas, análisis topográfico y funcional de la conducta, y realización del plan del tratamiento.

DIAGNÓSTICO SEGÚN DSM-IV Y/O CIE-10

Dependencia de cocaína 304.20 (F14.2X)

FORMULACIÓN DEL CASO

Hipótesis de origen

P. se cría en un ambiente familiar caracterizado por hostilidad, alcohol y bajos recursos económicos, sociales y culturales.

La mayor parte de su tiempo lo ocupa en estar en la calle con los amigos del barrio, comenzado a “tontear” con el pegamento (8 ó 9 años), pasando posteriormente a consumir heroína esnifada (desde los 13 a los 17 años) haciendo uso de las drogas como forma de buscar emociones positivas nuevas, y escapar de los problemas del ambiente familiar.

De forma que cuando P. (que ya había dejado la heroína con 17 años) comienza a vender cocaína y hachís (con 21 años), no consume cocaína hasta que su hermano le roba droga y comienza a consumir por su cuenta (de lo cual P. se siente culpable) y aparecen problemas de relación con su mujer. No disponiendo de ninguna estrategia distinta a la droga para enfrentarse a estos.

Hipótesis de mantenimiento

Las variables que actualmente están manteniendo el consumo de cocaína son: la ganancia de dinero a través de trapicheos con la gente a la que

compra la cocaína (Ref +) y la liberación de problemas familiares que le permite la cocaína (Ref -).

Contraste de hipótesis

Para realizar el contraste de hipótesis dispusimos de la información aportada por uno de sus hermanos (también en tratamiento en nuestro centro) y su mujer.

OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

1º) Motivar para el cambio:

- Adherencia al tratamiento integral.

2º) Mantenimiento de la abstinencia:

- Manejo del *craving*.

3º) Reestructuración de sus actividades sociolaborales.

4º) Adquisición de un repertorio de H.H. de afrontamiento:

- H.H. asertivas.
- H.H. de rechazo.
- H.H. de prevención de recaídas.
- H.H. de afrontamiento de la ansiedad.
- H.H. de manejo de estado emocional disfórico.

5º) Aumento de la percepción de autoeficacia.

6º) Prevención de recaídas.

14. PLAN DE TRATAMIENTO



OBJETIVOS	TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN
1º) Motivar para el cambio: – Adherencia al tratamiento integral.	– Empatía. – Informar y aconsejar. – Aumentar la autoeficacia. – Hacer explícitas las incongruencias. – Remover la resistencia. – Imaginarse dentro de un tiempo. – Consecuencias positivas/ negativas de abandonar/ continuar el consumo. – Proporcionar varias alternativas.
2º) Mantenimiento de la abstinencia: – Manejo del <i>craving</i> .	– Tratamiento farmacológico. – Psicoeducación sobre el <i>craving</i>. – Lista de estrategias para hacer frente al <i>craving</i>: distractores físicos y psíquicos, búsqueda de apoyos, ... – Evolución del deseo a lo largo del tratamiento (análisis de los parámetros del deseo).
3º) Reestructuración de sus actividades sociolaborales.	– Derivación a mediación sociolaboral: búsqueda activa de empleo. – Actividades gratificantes diarias. – Búsqueda e incorporación a una red social no consumidora.
4º) Adquisición de un repertorio de H.H. de afrontamiento: – H.H. asertivas. – H.H. de rechazo. – H.H. de prevención de recaídas. – H.H. de afrontamiento de la ansiedad. – H.H. de manejo de estados emocionales disfóricos.	– Entrenamiento en H.H.S.S.: asertividad. – Prevención de recaídas. – Técnicas de desactivación: respiración, relajación progresiva,... – Actividades gratificantes. – Reestructuración ideas distorsionadas.
5º) Aumento de la percepción de autoeficacia.	– Análisis y refuerzo de logros. – Reestructuración cognitiva. – Análisis de HH conseguidas. – Refuerzo recursos personales (previos y que haya ido adquiriendo).
6º) Prevención de recaídas.	– Psicoeducación. – Diferenciación caída/ recaída. – Análisis de las cadenas conductuales de las situaciones de caída. – Entrenamiento en solución de problemas. – Identificación de situaciones de riesgo. – Desarrollo de estrategias para abordar dichas situaciones de riesgo. – Seguimientos.

EVALUACIÓN DEL CURSO DEL TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DEL CASO

Desde el primer momento nuestro paciente ha mostrado una gran motivación para dejar de consumir, actuando en consecuencia, al comenzar por evitar situaciones de riesgo (control de E.E.). No obstante, a los 10 días de empezar el tratamiento, P. tiene una recaída precipitada por una discusión con su padre (que siempre ha sido un antecedente de consumo). Sin embargo, pese a haber empezado a consumir refiere que se mete 2 rayas y tira el resto de la cocaína.

A partir de este momento, P. sigue sin consumir durante unos meses, aunque manifestando importantes deseos de consumo cuando existen momentos de gran ansiedad interna (que vienen desencadenados por no saber manejar determinadas situaciones: mal comportamiento de sus hijos, estar actualmente en paro...).

Este periodo de abstinencia viene interrumpido por un consumo cuando P. va a visitar a su primo para comprarle hachís y dado que no le encuentra, le espera en un bar cercano, donde unos amigos le ofrecen cocaína. Aunque es capaz de rechazar el primer ofrecimiento, consume cuando le ofrecen por segunda vez.

No obstante, para entender totalmente la caída hay que tener en cuenta que, si bien el ofrecimiento fue el precipitante, existe un desencadenante que está presente durante esas últimas semanas en la vida de P., y es el hecho de que nuestro paciente tiene que mediar en una deuda de 30 gramos de cocaína que tiene pendiente su hermano.

P. intercede por él y paga al “camello” de su hermano con el dinero que le fía otro “camello” con el que tiene más confianza, a condición de que su hermano vaya saldando la deuda poco a poco. Esta situación desborda a P., ya que por un lado oculta a su mujer tal “trapicheo” y por otro lado el “camello de confianza” al ver que el hermano de P. no responde, empieza a

mandar mensajes a P. por el móvil para que sea él quien salde la deuda de su hermano. Hecho que aunque no asusta a P., sí le influye en su día a día: “vuelvo al barrio mirando a todos lados”.

Después de este consumo, que ocurrió hace unas semanas, P. no ha vuelto a consumir. Algunos de los factores que hacen que siga abstinente son la alta motivación para el cambio, buen enganche con el centro, apoyo y vuelta al hogar con su mujer, pensar en el futuro con su mujer e hijas.

Sin embargo, como resultado de las continuas discusiones con su pareja y de las altas expectativas de cambio que ella tiene depositadas en P. (pero que nunca le dice con exactitud cuales son), P. se marcha de casa. Esto ocasiona un estado de inestabilidad emocional, cansancio (por tener que acabar durmiendo en la furgoneta), dolor muscular y consumo de grandes cantidades de cocaína y con gran frecuencia, durante 3 semanas aproximadamente.

Las navidades las pasa con sus hermanas, pero también se producen consumos frecuentes.

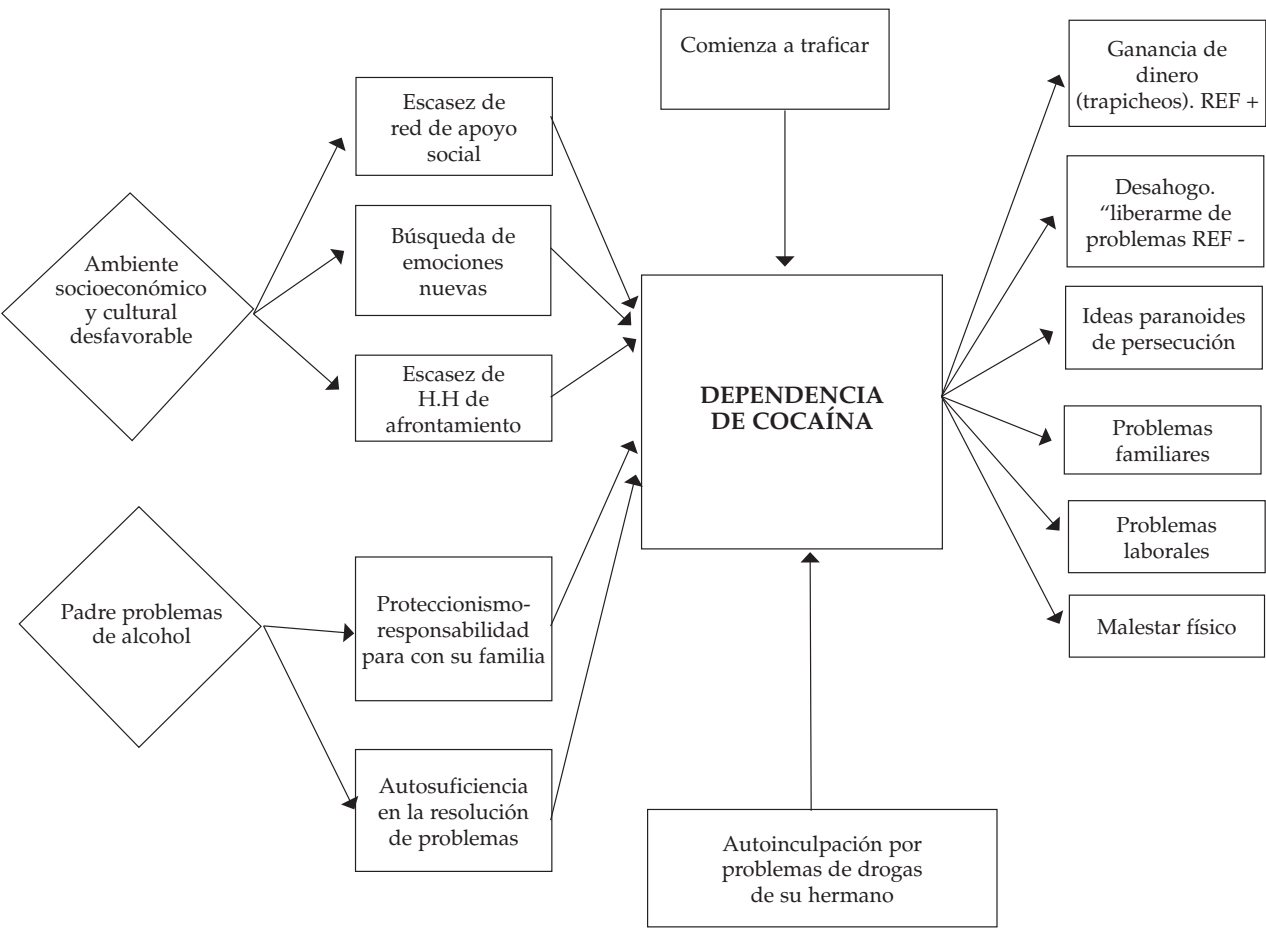
El pronóstico del caso es regular ya que es muy reciente la separación (la cual no está resuelta todavía). No obstante, cuando elabore ésta, también es preciso que P. aprenda a manejar variables como la ansiedad, adquiera habilidades asertivas, aprender a distanciarse de la problemática con su padre, disminuya el consumo de hachís, continúe con el tratamiento farmacológico, siga acudiendo periódicamente a citas, y se normalicen sus relaciones sociales y laborales.

ANEXO 1. ANÁLISIS FUNCIONAL CASO P.

ANTECEDENTES	CONDUCTA	CONSECUENTES
- Ansiedad (por estresores vitales). - Discusiones con la familia (especialmente con su padre). - "No poder expresar mis sentimientos" (no asertividad). - "Saltarme las rutinas". - Tener tiempo libre. - Tomarse + de 3 copas ("mareo por el alcohol"). - Sentir que alguien le está fallando. - Sentirse culpable (por "quitar cosas a los amigos porque no sabía cómo decirle cosas que no me gustaban", y así le dejan de hablar). - Que su mujer le eche en cara que ha consumido. - Trapichear. - Que su mujer le diga "a ver qué haces cuando bajas a la calle" EE^ para el consumo: - cansancio de llevar grandes consumos en las últimas semanas ("no poder más", "no poder ni aspirarla").	- Secuencia: * Llegar a casa (disimular). ↓ * Sacar al perro. ↓ * 1ª raya. ↓ * Meterme en el coche y consumir (hasta 3 días). - El tiempo entre comprar y consumir es de: 15- 30 minutos. - No puede "guardar" para el día siguiente (excepto cansancio físico por el consumo). - No posibilidad de parar cuando ha empezado a consumir.	- Discusión con su mujer. - Agotamiento físico. - Desatender su casa. - Liberarse de problemas (desahogo). - Ganancia de dinero. - Diversión. - "Controlarla en un principio". - Fallar a personas. - Fallar en trabajos. - Buscar otros trapicheos más grandes. - Aumento de consumo. - Agotamiento. - Ideas paranoides: referenciales y de persecución. - Alucinaciones visuales



ANEXO 2. MODELO FUNCIONAL P.



Red de recursos de atención a drogodependientes

9

En nuestro país, las actuaciones en el ámbito de las drogodependencias son competencia tanto estatal como autonómica. Ambas instituciones desarrollan tanto planes (programas y proyectos) de prevención, como de asistencia.

Así, el Plan Nacional Sobre Drogas se erige como el órgano estatal encargado tanto de las actuaciones legales en el Estado español, como de las políticas municipales (orquestradas en último término por los ayuntamientos de cada localidad) de prevención y asistencia en el campo de las drogodependencias.

Por otro lado, y de manera paralela a las políticas estatales y municipales, las políticas de intervención y prevención en drogodependencias también recaen en el gobierno autonómico de cada Comunidad Autónoma.

Finalmente, no debemos olvidar la labor desarrollada por O.N.G.s. que a través de convenios y conciertos, unas veces con los ayuntamientos y otras con las comunidades autónomas, brindan servicios de toda índole en el ámbito que nos toca.

A continuación, vas a encontrar una serie de direcciones, teléfonos y webs de organismos estatales, autonómicos y municipales que brindan servicios de atención y prevención del consumo de drogas en nuestro país.



Plan nacional sobre drogas:

C/ Recoletos 22.

28014. Madrid

Tlf: 915961622

Web: www.Pnsd.Msc.Es

Madrid salud:

C/ Montesa 22.

28006. Madrid

Tlf: 91 480 13 33.

**Servicio telefónico de orientación
familiar contra el alcohol y otras
drogas**

Tlf: 91 365 92 00

**Fad. Fundación de ayuda contra
la drogadicción:**

Avda de Burgos 1 y 3

28036. Madrid

Tlf: 91 471 39 01

Tlf: 900 161 515

**Unad. Unión nacional de
asociaciones de
drogodependientes**

C/ San Bernardo, 97- 99

Edificio Colomina, 2º a

28015. Madrid

Tlf: 902 313 314

Cruz roja española

Web: www.cruzroja.es

**Facoma. Asociación de alcohólicos de
la comunidad de Madrid**

Tlf: 91 468 17 29

Web: www.facoma.itgo.com

**Asociación deportistas contra la
droga**

C/ Cinco Lagunas, 39

28023 Madrid

Tlf: 91 357 48 28

**Agencia antidroga de la comunidad
de Madrid**

Consejería de sanidad y consumo

C/ Julián Camarillo, 4-b

28037 madrid

teléfonos: 91 426 95 60 y 91 426 95 58

// atención al público: 901 350350

Fax: 91 426 95 66

Página web:

[www.madrid.org/cs/satellite?idco
nsejeria=1109266187266&idlistconsj
=1109265444710&c=cm_
agrupador_fp&pagenome=comuni
dadmadrid%2festructura&idorgani
smo=1109266228185&language=es
&cid=1109266187266](http://www.madrid.org/cs/satellite?idco
nsejeria=1109266187266&idlistconsj
=1109265444710&c=cm_
agrupador_fp&pagenome=comuni
dadmadrid%2festructura&idorgani
smo=1109266228185&language=es
&cid=1109266187266)

Comisionado regional para la droga

Consejeria de familia e igualdad de
oportunidades

C/ Mieses, 26

47071 - Valladolid

Teléfono: 983 41 23 31 y 983 41 22 72

Fax: 983 41 24 29

Página web: www.jcyl.es/scsiau/satellite/up/es/familia/page/plantillan2dglemabuscadores/1132826308792/_/_/_

Dirección general de planificación y atención sociosanitaria

Consejería de sanidad
Pza. Zocodover, 7- 1º
45005 Toledo
Teléfono: 925 389 200
Página web: www.jccm.es/sanidad/salud/index.htm

Plan de Galicia sobre drogas

Consejería de sanidad
Edificio administrativo San Lázaro,
s/n
15783 Santiago de Compostela
-A Coruña-
Teléfonos: 981 54 18 55 y 981 54 18 56
Fax: 981 541865

Unidad de coordinación del plan de drogas para asturias

Consejería de salud y servicios sanitarios
C/ Ildefonso Sánchez del Río, 5 bajo.
33001 Oviedo
Teléfono: 985 668 153. Fax: 985 668 152
E-mail: drogas@princast.es
Página web: www.princast.es/pls/portal301/url/page/pag_sanidad/pag_san_prev_drogas_fp

Dirección general de salud pública - servicio de drogodependencias

Consejería de sanidad y servicios sociales
C/ Federico Vial, nº 13 - 4ª planta
39009 Santander
Teléfono de información: 942 20 77 92
Teléfono de prevención: 942 20 79 53
página web: www.saludcantabria.org/saludpublica/pag/drogas.aspx

Departamento de vivienda y asuntos sociales

Dirección de drogodependencias
C/ Donostia-San Sebastián, 1
01010 Vitoria-Gasteiz
Teléfono: 945 018 104
Páginas web: www.gizartegaiak.Ej-gv.Net // www.drogomedia.com

Plan foral de drogodependencias.

Dirección técnica
Consejería de salud
C/ Amaya , 2ª A, pta. Baja
31002 Pamplona
Teléfonos: 848 421438 / 848 421439
/ 848 421440 / 848 421441 / 848 421443
Fax: 848 42 35 10
E-mail: pfdrogod@cfnavarra.es



**Sección de drogodependencias de la
dirección general de salud pública**

Consejería de salud y consumo
C/ Ramón y Cajal, 68

50004 Zaragoza

Tfno: 976 714591

Fax: 976 714338

E-mail: cbaranguan@aragon.Es

Atención prevención: 968 366 822

Atención asistencia: 968 365 813

Observatorio regional sobre drogas:
968 368 969

**Subdirección general de
drogodependencias**

Departamento de salud

Roc Boronat, 81-85

08005 Barcelona

Teléfono: 93 551 35 88 //

atención al público 93 412 04 12

Página web: [www.gencat.net/](http://www.gencat.net/sanitat/depsan/units/sanitat/html/es/dir86/index.html)

[sanitat/depsan/units/sanitat/](http://www.gencat.net/sanitat/depsan/units/sanitat/html/es/dir86/index.html)
[html/es/dir86/index.html](http://www.gencat.net/sanitat/depsan/units/sanitat/html/es/dir86/index.html)

**Dirección general de
drogodependencias**

Consejería de sanidad

Guardia Civil, 30 entlo.

46020 Valencia

Teléfono: 963870392. Fax: 963870354

// Atención al público 900 161515

Comisionado para las drogas

Consejería para la igualdad y
bienestar social

C/ Héroes de Toledo, 14. Edificio
Junta de Andalucía

41006 Sevilla

Teléfonos: 95 5048323 y 95 5048333

// Atención al público: 900 845 040

Página web: [www.juntadeandalucia.](http://www.juntadeandalucia.es/igualdadybienestarsocial/export/drogodependencia/html/index.html)

[Es/igualdadybienestarsocial/](http://www.juntadeandalucia.es/igualdadybienestarsocial/export/drogodependencia/html/index.html)
[export/drogodependencia/html/](http://www.juntadeandalucia.es/igualdadybienestarsocial/export/drogodependencia/html/index.html)
[index.html/](http://www.juntadeandalucia.es/igualdadybienestarsocial/export/drogodependencia/html/index.html)

**Secretaría técnica de
drogodependencias**

Consejería de sanidad y consumo

Avda. De las Américas, nº 2

06800 Mérida

Teléfono: 924 382770 //

Atención al público: 900 210994

Fax: 924 382769

Página web: www.Sobredrogas.Info

Consejería de sanidad

Secretaría autonómica de atención
al ciudadano, ordenación sanitaria
y drogodependencias

Ronda de Levante, 11. 30008 Murcia

Teléfonos: 968 365 849 y 968 367 831

**Dirección general de atención a las
drogodependencias**

Consejería de sanidad

Rambla General Franco, nº 53

38071 Santa Cruz de Tenerife

teléfono: 922.474.669

Fax: 922.474.36

Plaza del fuero real de Gran Canaria
Edificio Tamarco, 4 bajo
35004 Las Palmas de Gran Canaria
Teléfono: 928 452 287
Fax: 928 452 316
E-mail: dgdrogas@gobiernodecanarias.org
Página web: www.gobiernodecanarias.org/sanidad/dgad/

Plan autonòmic de drogues

Conselleria de salut i consum
C/ Zuloaga, nº 2
07005 Palma de Mallorca
Teléfono: 971 47 30 38
Fax: 971 47 33 85
E-mail: pladrogues@dgsanita.caib.es
Página web: www.infodrogues.caib.es/

Bibliografía

- AVIA, M. D y VÁZQUEZ, C. (1998). *El optimismo inteligente*. Madrid: Alianza editorial.
- BECK, A.T.; WRIGHT, F.D.; NEWMAN, C.F. y LIESE, B.S. (1999) *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Barcelona: Paidós.
- BECOÑA, E. y VÁZQUEZ F.L. (2001). *Heroína, cocaína y drogas de síntesis*. Madrid: Síntesis.
- DRYDEN, W. y MATWEYCHUK, W. (2003). *Cómo superar las adicciones*. Barcelona: Hispano Europea.
- D´ZURILLA, T.J. (1993). *Terapia de la resolución de conflictos: competencia social, un nuevo enfoque en la intervención clínica*. Bilbao: Desclée De Brower.
- ECHEBURÚA, E. (2001). *Abuso de alcohol*. Madrid: Síntesis.
- ENGLE, E. y ARKOWITZ, H. (2006). *Ambivalence in psychotherapy: facilitating readiness to change*. Nueva York: Guilford Press.
- FESTINGER, L. (1975). *Teoría de la disonancia cognoscitiva*. Madrid: Instituto de estudios políticos.
- GAVINO, A. (1997). *Técnicas de terapia de conducta*. Barcelona: Martínez Roca.
- GRAÑA, J.L. (1994). *Conductas adictivas*. Madrid: Debate.
- GILBERT, P. (1998). "The evolved basis and adaptative functions of cognitive distortions". *British journal of medical psychology*, 71, 447- 463.
- GORSKI T.T. y MILLER M. (1982). *Counseling for relapse prevention*, Independence MO, Herald House / Independence Press.

- HARVEY, A.; WATKINS, E.; MANSELL, W. y SHAFRAN, R. (2004). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders*. Oxford University press.
- LABRADOR, F.J.; MUÑOZ, M. y CRUZADO, J.A. (1998). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid: Pirámide.
- LÁZARO EZQUERRA, E.E.; TARANCO ROBLES, M.; CORTÉS, M.; PLAZA LÓPEZ, M.D., MARTÍNEZ VERA, S. Guía de mediadores (2000). Mando regional Centro y Agencia antidroga de la Comunidad de Madrid.
- MACLEOD, C. y CAMPBELL, L. (1992). "Memory accessibility and probability judgements: and experimental evaluation of the availability heuristic". *Journal of personality and social Psychology*, 63, 890- 902.
- MAÑOSO, V.; LABRADOR, J. y FERNÁNDEZ-ALBA, A. (2004). "Tipo de distorsiones cognitivas durante el juego en jugadores patológicos y no jugadores". *Psicothema* 2004, Vol 16, nº 4, 576- 581.
- MARLATT, G.A. y GORDON J.R. (1985). *Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviours*. Nueva York, Guilford Press.
- MARTÍNEZ, J.M. y TRUJILLO, H. (2003). *Tratamiento del drogodependiente con trastornos de personalidad*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- MILLER, W.R. y ROLLNICK, S. (1999). *Entrevista motivacional*. Barcelona: Paidós.
- PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS: <http://www.pnsd.msc.es/>
- PROCHASKA, J.O.; NORCROSS, J.C. y DICLEMENTE, C. (1994) *Changing for good: the revolutionary program that explain the six stages of change and teaches you how to free yourself from bad*. Nueva York: William Morrow
- SCHWARTZ, B. (2005). *¿Por qué más es menos? La tiranía de la abundancia*. Madrid: Taurus.
- TEJERO, A.; TORRENTS, O. y ROBERT, A. (2007) "Técnica constructivista de intervención en la resolución de la ambivalencia y la motivación para el cambio en adicciones: la rejilla de Nelly". Barcelona. *XIII Congreso de la SET*.
- TVERSKY, A. y KAHNEMAN, D. (1982). "Judgement under uncertainty: heuristic and biases". En D. Kahneman, P. Slovic y A. Tversky (eds.), *Judge-*

- ment under uncertainty: heuristic and biases* (pp 3- 20). Nueva York: Cambridge University Press.
- VÁZQUEZ, C. (2006). "Ciencias cognitivas y psicoterapias cognitivas: una alianza problemática". *Revista de psicoterapia*, 16, 43- 63.
- VÁZQUEZ, C. (2003). *Técnicas cognitivas de intervención clínica*. Madrid: Síntesis.
- VÁZQUEZ, C.; HERVÁS, G. y HO, S.M.Y (2006). "Intervenciones clínicas basadas en la psicología positiva: fundamentos y aplicaciones". *Psicología conductual*, 14, 401- 432.
- WEIL, A. y ROSEN, W. (1999). *Del café a la morfina*. Barcelona: Punto de lectura.
- WASTHON, A.M. (1995). *La adicción a la cocaína*. Barcelona: Paidós.

1. *Relatos para el crecimiento personal*. CARLOS ALEMANY (ED.). (6ª ed.)
2. *La asertividad: expresión de una sana autoestima*. OLGA CASTANYER. (30ª ed.)
3. *Comprendiendo cómo somos. Dimensiones de la personalidad*. A. GIMENO-BAYÓN. (5ª ed.)
4. *Aprendiendo a vivir. Manual contra el aburrimiento y la prisa*. ESPERANZA BORÚS. (5ª ed.)
5. *¿Qué es el narcisismo?* JOSÉ LUIS TRECHERA. (2ª ed.)
6. *Manual práctico de P.N.L. Programación neurolingüística*. RAMIRO J. ÁLVAREZ. (5ª ed.)
7. *El cuerpo vivenciado y analizado*. CARLOS ALEMANY Y VÍCTOR GARCÍA (EDS.)
8. *Manual de Terapia Infantil Gestáltica*. LORETTA ZAIRA CORNEJO PAROLINI. (5ª ed.)
9. *Viajes hacia uno mismo. Diario de un psicoterapeuta en la postmodernidad*. FERNANDO JIMÉNEZ HERNÁNDEZ-PINZÓN. (2ª ed.)
10. *Cuerpo y Psicoanálisis. Por un psicoanálisis más activo*. JEAN SARKISSOFF. (2ª ed.)
11. *Dinámica de grupos. Cincuenta años después*. LUIS LÓPEZ-YARTO ELIZALDE. (7ª ed.)
12. *El eneagrama de nuestras relaciones*. MARIA-ANNE GALLEN - HANS NEIDHARDT. (5ª ed.)
13. *¿Por qué me culpabilizo tanto? Un análisis psicológico de los sentimientos de culpa*. L. ZABALEGUI. (3ª ed.)
14. *La relación de ayuda: De Rogers a Carkhuff*. BRUNO GIORDANI. (3ª ed.)
15. *La fantasía como terapia de la personalidad*. F. JIMÉNEZ HERNÁNDEZ-PINZÓN. (2ª ed.)
16. *La homosexualidad: un debate abierto*. JAVIER GAFO (ED.). (3ª ed.)
17. *Diario de un asombro*. ANTONIO GARCÍA RUBIO. (3ª ed.)
18. *Descubre tu perfil de personalidad en el eneagrama*. DON RICHARD RISO. (6ª ed.)
19. *El manantial escondido. La dimensión espiritual de la terapia*. THOMAS HART.
20. *Treinta palabras para la madurez*. JOSÉ ANTONIO GARCÍA-MONGE. (11ª ed.)
21. *Terapia Zen*. DAVID BRAZIER. (2ª ed.)
22. *Sencillamente cuerdo. La espiritualidad de la salud mental*. GERALD MAY.
23. *Aprender de Oriente: Lo cotidiano, lo lento y lo callado*. JUAN MASÍÁ CLAVEL.
24. *Pensamientos del caminante*. M. SCOTT PECK.
25. *Cuando el problema es la solución. Aproximación al enfoque estratégico*. RAMIRO J. ÁLVAREZ. (2ª ed.)
26. *Cómo llegar a ser un adulto. Manual sobre la integración psicológica y espiritual*. DAVID RICHÓ. (3ª ed.)
27. *El acompañante desconocido. De cómo lo masculino y lo femenino que hay en cada uno de nosotros afecta a nuestras relaciones*. JOHN A. SANFORD.
28. *Vivir la propia muerte*. STANLEY KELEMAN.
29. *El ciclo de la vida: Una visión sistémica de la familia*. ASCENSIÓN BELART - MARÍA FERRER. (3ª ed.)
30. *Yo, limitado. Pistas para descubrir y comprender nuestras minusvalías*. MIGUEL ÁNGEL CONESA FERRER.
31. *Lograr buenas notas con apenas ansiedad. Guía básica para sobrevivir a los exámenes*. KEVIN FLANAGAN.
32. *Alí Babá y los cuarenta ladrones. Cómo volverse verdaderamente rico*. VERENA KAST.
33. *Cuando el amor se encuentra con el miedo*. DAVID RICHÓ. (3ª ed.)
34. *Anhelos del corazón. Integración psicológica y espiritualidad*. WILKIE AU - NOREEN CANNON. (2ª ed.)
35. *Vivir y morir conscientemente*. IOSU CABODEVILLA. (4ª ed.)
36. *Para comprender la adicción al juego*. MARÍA PRIETO URSÚA.
37. *Psicoterapia psicodramática individual*. TEODORO HERRANZ CASTILLO.
38. *El comer emocional*. EDWARD ABRAMSON. (2ª ed.)
39. *Creer en intimidad. Guía para mejorar las relaciones interpersonales*. JOHN AMODEO - KRIS WENTWORTH. (2ª ed.)
40. *Diario de una maestra y de sus cuarenta alumnos*. ISABEL AGÜERA ESPEJO-SAAVEDRA.
41. *Valórate por la felicidad que alcances*. XAVIER MORENO LARA.
42. *Pensándolo bien... Guía práctica para asomarse a la realidad*. RAMIRO J. ÁLVAREZ.
43. *Límites, fronteras y relaciones. Cómo conocerse, protegerse y disfrutar de uno mismo*. CHARLES L. WHITFIELD.
44. *Humanizar el encuentro con el sufrimiento*. JOSÉ CARLOS BERMEJO.
45. *Para que la vida te sorprenda*. MATILDE DE TORRES. (2ª ed.)
46. *El Buda que siente y padece. Psicología budista sobre el carácter, la adversidad y la pasión*. DAVID BRAZIER.
47. *Hijos que no se van. La dificultad de abandonar el hogar*. JORGE BARRACA.
48. *Palabras para una vida con sentido*. Mª. ÁNGELES NOBLEJAS. (2ª ed.)
49. *Cómo llevamos bien con nuestros deseos*. PHILIP SHELDRAKE.
50. *Cómo no hacer el tonto por la vida. Puesta a punto práctica del altruismo*. LUIS CENCILLO. (2ª ed.)
51. *Emociones: Una guía interna. Cuáles sígo y cuáles no*. LESLIE S. GREENBERG. (3ª ed.)
52. *Éxito y fracaso. Cómo vivirlos con acierto*. AMADO RAMÍREZ VILLAFÁNEZ.
53. *Desarrollo de la armonía interior. La construcción de una personalidad positiva*. JUAN ANTONIO BERNAD.
54. *Introducción al Role-Playing pedagógico*. PABLO POBLACIÓN KNAPPE Y ELISA LÓPEZ BARBERÁ Y COLS.
55. *Cartas a Pedro. Guía para un psicoterapeuta que empieza*. LORETTA CORNEJO.
56. *El guión de vida*. JOSÉ LUIS MARTORELL.
57. *Somos lo mejor que tenemos*. ISABEL AGÜERA ESPEJO-SAAVEDRA.

58. *El niño que seguía la barca. Intervenciones sistémicas sobre los juegos familiares.* GIULIANA PRATA; MARIA VIGNATO y SUSANA BULLRICH.
59. *Amor y traición.* JOHN AMODEO.
60. *El amor. Una visión somática.* STANLEY KELEMAN.
61. *A la búsqueda de nuestro genio interior: Cómo cultivarlo y a dónde nos guía.* KEVIN FLANAGAN.
62. *A corazón abierto. Confesiones de un psicoterapeuta.* F. JIMÉNEZ HERNÁNDEZ-PINZÓN.
63. *En vísperas de morir. Psicología, espiritualidad y crecimiento personal.* IOSU CABODEVILLA ERASO.
64. *¿Por qué no logro ser asertivo?* OLGA CASTANYER Y ESTELA ORTEGA. (6ª ed.)
65. *El diario íntimo: buceando hacia el yo profundo.* JOSÉ-VICENTE BONET, S.J. (2ª ed.)
66. *Caminos sapienciales de Oriente.* JUAN MASÍA.
67. *Superar la ansiedad y el miedo. Un programa paso a paso.* PEDRO MORENO. (8ª ed.)
68. *El matrimonio como desafío. Destrezas para vivirlo en plenitud.* KATHLEEN R. FISCHER y THOMAS N. HART.
69. *La posada de los peregrinos. Una aproximación al Arte de Vivir.* ESPERANZA BORÚS.
70. *Realizarse mediante la magia de las coincidencias. Práctica de la sincronicidad mediante los cuentos.* JEAN-PASCAL DEBAILLEUL y CATHERINE FOURGEAU.
71. *Psicoanálisis para educar mejor.* FERNANDO JIMÉNEZ HERNÁNDEZ-PINZÓN.
72. *Desde mi ventana. Pensamientos de autoliberación.* PEDRO MIGUEL LAMET.
73. *En busca de la sonrisa perdida. La psicoterapia y la revelación del ser.* JEAN SARKISOFF.
74. *La pareja y la comunicación. La importancia del diálogo para la plenitud y la longevidad de la pareja. Casos y reflexiones.* PATRICE CUDICIO y CATHERINE CUDICIO.
75. *Ante la enfermedad de Alzheimer. Pistas para cuidadores y familiares.* MARGA NIETO CARRERO. (2ª ed.)
76. *Me comunico... Luego existo. Una historia de encuentros y desencuentros.* JESÚS DE LA GÁNDARA MARTÍN.
77. *La nueva sofrología. Guía práctica para todos.* CLAUDE IMBERT.
78. *Cuando el silencio habla.* MATILDE DE TORRES VILLAGRÁ. (2ª ed.)
79. *Atajos de sabiduría.* CARLOS DÍAZ.
80. *¿Qué nos humaniza? ¿Qué nos deshumaniza? Ensayo de una ética desde la psicología.* RAMÓN ROSAL CORTÉS.
81. *Más allá del individualismo.* RAFAEL REDONDO.
82. *La terapia centrada en la persona hoy. Nuevos avances en la teoría y en la práctica.* DAVE MEARNES y BRIAN THORNE.
83. *La técnica de los movimientos oculares. La promesa potencial de un nuevo avance psicoterapéutico.* FRED FRIEDBERG. INTRODUCCIÓN A LA EDICIÓN ESPAÑOLA POR RAMIRO J. ÁLVAREZ
84. *No seas tu peor enemigo... ¡...Cuando puedes ser tu mejor amigo!* ANN-M. McMAHON.
85. *La memoria corporal. Bases teóricas de la diafreoterapia.* LUZ CASASNOVAS SUSANNA.
86. *Atrapando la felicidad con redes pequeñas.* IGNACIO BERCIANO PÉREZ. CON LA COLABORACIÓN DE ITZIAR BARRENENGOA. (2ª ed.)
87. *C.G. Jung. Vida, obra y psicoterapia.* M. PILAR QUIROGA MÉNDEZ.
88. *Creer en grupo. Una aproximación desde el enfoque centrado en la persona.* BARTOMEU BARCELÓ.
89. *Automanejo emocional. Pautas para la intervención cognitiva con grupos.* ALEJANDRO BELLO GÓMEZ, ANTONIO CREGO DÍAZ.
90. *La magia de la metáfora. 77 relatos breves para educadores, formadores y pensadores.* NICK OWEN.
91. *Cómo volverse enfermo mental.* JOSÉ LUÍS PIO ABREU.
92. *Psicoterapia y espiritualidad. La integración de la dimensión espiritual en la práctica terapéutica.* AGNETA SCHREURS.
93. *Fluir en la adversidad.* AMADO RAMÍREZ VILLAFÁNEZ.
94. *La psicología del soltero: Entre el mito y la realidad.* JUAN ANTONIO BERNAD.
95. *Un corazón auténtico. Un camino de ocho tramos hacia un amor en la madurez.* JOHN AMODEO.
96. *Luz, más luz. Lecciones de filosofía vital de un psiquiatra.* BENITO PERAL.
97. *Tratado de la insupportabilidad, la envidia y otras "virtudes" humanas.* LUIS RAIMUNDO GUERRA. (2ª ed.)
98. *Crecimiento personal: Aportaciones de Oriente y Occidente.* MÓNICA RODRÍGUEZ-ZAFRA (ED.).
99. *El futuro se decide antes de nacer. La terapia de la vida intrauterina.* CLAUDE IMBERT. (2ª ed.)
100. *Cuando lo perfecto no es suficiente. Estrategias para hacer frente al perfeccionismo.* MARTIN M. ANTONY - RICHARD P. SWINSON. (2ª ed.)
101. *Los personajes en tu interior. Amigándote con tus emociones más profundas.* JOY CLOUG.
102. *La conquista del propio respeto. Manual de responsabilidad personal.* THOM RUTLEDGE.
103. *El pico del Quetzal. Sencillas conversaciones para restablecer la esperanza en el futuro.* MARGARET J. WHEATLEY.
104. *Dominar las crisis de ansiedad. Una guía para pacientes.* PEDRO MORENO, JULIO C. MARTÍN. (7ª ed.)
105. *El tiempo regalado. La madurez como desafío.* IRENE ESTRADA ENA.
106. *Enseñar a convivir no es tan difícil. Para quienes no saben qué hacer con sus hijos, o con sus alumnos.* MANUEL SEGURA MORALES. (10ª ed.)
107. *Encrucijada emocional. Miedo (ansiedad), tristeza (depresión), rabia (violencia), alegría (euforia).* KARMELO BIZKARRA. (4ª ed.)
108. *Vencer la depresión. Técnicas psicológicas que te ayudarán.* MARISA BOSQUED.

109. *Cuando me encuentro con el capitán Garfio... (no) me engancho. La práctica en psicoterapia gestalt.* ÁNGELES MARTÍN Y CARMEN VÁZQUEZ.
110. *La mente o la vida. Una aproximación a la Terapia de Aceptación y Compromiso.* JORGE BARRACA MAIRAL. (2ª ed.)
111. *¡Deja de controlarme! Qué hacer cuando la persona a la que queremos ejerce un dominio excesivo sobre nosotros.* RICHARD J. STENACK.
112. *Responde a tu llamada. Una guía para la realización de nuestro objetivo vital más profundo.* JOHN P. SCHUSTER.
113. *Terapia meditativa. Un proceso de curación desde nuestro interior.* MICHAEL L. EMMONS, PH.D. Y JANET EMMONS, M.S.
114. *El espíritu de organizarse. Destrezas para encontrar el significado a sus tareas.* PAMELA KRISTAN.
115. *Adelgazar: el esfuerzo posible. Un sistema gradual para superar la obesidad.* AGUSTÍN CÓZAR.
116. *Crecer en la crisis. Cómo recuperar el equilibrio perdido.* ALEJANDRO ROCAMORA. (2ª ed.)
117. *Rabia sana. Cómo ayudar a niños y adolescentes a manejar su rabia.* BERNARD GOLDEN, PH. D.
118. *Manipuladores cotidianos. Manual de supervivencia.* JUAN CARLOS VICENTE CASADO.
119. *Manejar y superar el estrés. Cómo alcanzar una vida más equilibrada.* ANN WILLIAMSON.
120. *La integración de la terapia experiencial y la terapia breve. Un manual para terapeutas y consejeros.* BALAJAISON.
121. *Este no es un libro de autoayuda. Tratado de la suerte, el amor y la felicidad.* LUIS RAIMUNDO GUERRA.
122. *Psiquiatría para el no iniciado.* RAFAEL EUBA.
123. *El poder curativo del ayuno. Recuperando un camino olvidado hacia la salud.* KARMELO BIZKARRA. (2ª ed.)
124. *Vivir lo que somos. Cuatro actitudes y un camino.* ENRIQUE MARTÍNEZ LOZANO. (4ª ed.)
125. *La espiritualidad en el final de la vida. Una inmersión en las fronteras de la ciencia.* IOSU CABODEVILLA ERASO.
126. *Regreso a la conciencia.* AMADO RAMÍREZ.
127. *Las constelaciones familiares. En resonancia con la vida.* PETER BOURQUIN. (5ª ed.)
128. *El libro del éxito para vagos. Descubra lo que realmente quiere y cómo conseguirlo sin estrés.* THOMAS HOHENSEE.
129. *Yo no valgo menos. Sugerencias cognitivo- humanistas para afrontar la culpa y la vergüenza.* OLGA CASTANYER. (2ª ed.)
130. *Manual de Terapia Gestáltica aplicada a los adolescentes.* LORETTA CORNEJO. (2ª ed.)
131. *¿Para qué sirve el cerebro? Manual para principiantes.* JAVIER TIRAPU.
132. *Esos seres inquietos. Claves para combatir la ansiedad y las obsesiones.* AMADO RAMÍREZ VILLAFÁÑEZ.
133. *Dominar las obsesiones. Una guía para pacientes.* PEDRO MORENO, JULIO C. MARTÍN, JUAN GARCÍA Y ROSA VIÑAS (2ª ed.)
134. *Cuidados musicales para cuidadores. Musicoterapia Autorrealizadora para el estrés asistencial.* CONXA TRALLERO FLIX Y JORDI OLLER VALLEJO
135. *Entre personas. Una mirada cuántica a nuestras relaciones humanas.* TOMEU BARCELÓ
136. *Superar las heridas. Alternativas sanas a lo que los demás nos hacen o dejan de hacer.* WINDY DRYDEN
137. *Manual de formación en trance profundo. Habilidades de hipnotización.* IGOR LEDOCHOWSKI
138. *Todo lo que aprendí de la paranoia.* CAMILLE
139. *Migraña. Una pesadilla cerebral.* ARTURO GOICOECHEA

Serie MAIOR

1. *Anatomía Emocional. La estructura de la experiencia somática* STANLEY KELEMAN. (7ª ed.)
2. *La experiencia somática. Formación de un yo personal.* STANLEY KELEMAN. (2ª ed.)
3. *Psicoanálisis y análisis corporal de la relación.* ANDRÉ LAPIERRE.
4. *Psicodrama. Teoría y práctica.* JOSÉ AGUSTÍN RAMÍREZ. (3ª ed.)
5. *14 Aprendizajes vitales.* CARLOS ALEMANY (ED.). (11ª ed.)
6. *Psique y Soma. Terapia bioenergética.* JOSÉ AGUSTÍN RAMÍREZ.
7. *Crecer bebiendo del propio pozo. Taller de crecimiento personal.* CARLOS RAFAEL CABARRÚS, S.J. (11ª ed.)
8. *Las voces del cuerpo. Respiración, sonido y movimiento en el proceso terapéutico.* CAROLYN J. BRADDOCK.
9. *Para ser uno mismo. De la opacidad a la transparencia.* JUAN MASÍ CLAVEL
10. *Vivencias desde el Enneagrama.* MAITE MELENDO. (3ª ed.)
11. *Codependencia. La dependencia controladora. La dependencia sumisa.* DOROTHY MAY.
12. *Cuaderno de Bitácora, para acompañar caminantes. Guía psico-histórico-espiritual.* CARLOS RAFAEL CABARRÚS. (4ª ed.)
13. *Del ¡viva los novios! al ¡ya no te aguanto! Para el comienzo de una relación en pareja y una convivencia más inteligente.* EUSEBIO LÓPEZ. (2ª ed.)
14. *La vida maestra. El cotidiano como proceso de realización personal.* JOSÉ MARÍA TORO.
15. *Los registros del deseo. Del afecto, el amor y otras pasiones.* CARLOS DOMÍNGUEZ MORANO. (2ª ed.)

16. *Psicoterapia integradora humanista. Manual para el tratamiento de 33 problemas psicosensoresiales, cognitivos y emocionales.* ANA GIMENO-BAYÓN Y RAMÓN ROSAL.
17. *Deja que tu cuerpo interprete tus sueños.* EUGENE T. GENDLIN.
18. *Cómo afrontar los desafíos de la vida.* CHRIS L. KLEINKE.
19. *El valor terapéutico del humor.* ÁNGEL RZ. IDÍGORAS (Ed.). (3ª ed.)
20. *Aumenta tu creatividad mental en ocho días.* RON DALRYMPLE, PH.D., F.R.C.
21. *El hombre, la razón y el instinto.* JOSÉ Mª PORTA TOVAR.
22. *Guía práctica del trastorno obsesivo compulsivo (TOC). Pistas para su liberación.* BRUCE M. HYMAN Y CHERRY PEDRICK.
23. *La comunidad terapéutica y las adicciones Teoría, Modelo y Método.* GEORGE DE LEON.
24. *El humor y el bienestar en las intervenciones clínicas.* WALEED A. SALAMEH Y WILLIAM F. FRY.
25. *El manejo de la agresividad. Manual de tratamiento completo para profesionales.* HOWARD KASSINOVE Y RAYMOND CHIP TAFRATE.
26. *Agujeros negros de la mente. Claves de salud psíquica.* JOSÉ L. TRECHERA.
27. *Cuerpo, cultura y educación.* JORDI PLANELLA RIBERA.
28. *Reír y aprender. 95 técnicas para emplear el humor en la formación.* DONI TAMBLYN.
29. *Manual práctico de psicoterapia gestalt.* ÁNGELES MARTÍN. (5ª ed.)
30. *Más magia de la metáfora. Relatos de sabiduría para aquellas personas que tengan a su cargo la tarea de Liderar, Influenciar y Motivar.* NICK OWEN
31. *Pensar bien - Sentirse bien. Manual práctico de terapia cognitivo-conductual para niños y adolescentes.* PAUL STALLARD.
32. *Ansiedad y sobreactivación. Guía práctica de entrenamiento en control respiratorio.* PABLO RODRÍGUEZ CORREA.
33. *Amor y violencia. La dimensión afectiva del maltrato.* PEPA HORNO GOICOECHEA. (2ª ed.)
34. *El pretendido Síndrome de Alienación Parental. Un instrumento que perpetúa el maltrato y la violencia.* SONIA VACCARO - CONSUELO BAREA PAYUETA.
35. *La víctima no es culpable. Las estrategias de la violencia.* OLGA CASTANYER (COORD.); PEPA HORNO, ANTONIO ESCUDERO E INÉS MONJAS.
36. *El tratamiento de los problemas de drogas. Una guía para el terapeuta.* MIGUEL DEL NOGAL TOMÉ.
37. *Los sueños en psicoterapia gestalt. Teoría y práctica.* ÁNGELES MARTÍN.

Este libro se terminó de imprimir
en los talleres de RGM, S.A., en Urduliz,
el 6 de noviembre de 2009.



Serendipit

A I O

R

El volumen que tienes en tus manos es el resultado de varios años de experiencia clínica con personas drogodependientes, así como de una revisión bibliográfica de los más importantes autores del campo de las adicciones.

Los objetivos del libro son dar a conocer las áreas esenciales en el trabajo con personas drogodependientes (respondiendo a la pregunta ¿qué abordar?) y dar cuenta de las técnicas, estrategias y habilidades terapéuticas para trabajar cada una de estas áreas (respondiendo a la pregunta ¿cómo hacerlo?). El resultado es una guía práctica para todos aquellos profesionales (médicos, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales, educadores, etc) que trabajan día a día en el campo de las drogodependencias, y para todas aquellas personas interesadas en ampliar sus conocimientos en este campo.

El texto está escrito en un lenguaje sencillo, accesible y con una intencionalidad absolutamente práctica. Prueba de ello son los capítulos 7 y 8, que presentan ejemplos prácticos de tratamiento. Por último, también se incluye un listado de recursos de atención a personas drogodependientes que puede ser de gran utilidad tanto para profesionales como para neófitos.

ISBN: 978-84-330-2361-2



9 788433 023612

www.edesclée.com

DESCLÉE DE BROUWER

