



# TERAPIA COGNITIVA DE LAS DROGODEPENDENCIAS



# ÍNDICE

<i>Capítulo 1 – Perspectiva general del abuso de sustancias.....</i>	<i>1</i>
<i>Capítulo 2 – Modelos cognitivos de la adicción.....</i>	<i>2</i>
<i>Capítulo 3 – Teoría y terapia de la adicción.....</i>	<i>6</i>
<i>Capítulo 4 – La relación terapéutica y sus problemas.....</i>	<i>8</i>
<i>Capítulo 5 – Formulación del caso.....</i>	<i>11</i>
<i>Capítulo 6 – Estructura de la sesión terapéutica.....</i>	<i>12</i>
<i>Capítulo 7 – Educar a los pacientes en el modelo cognitivo.....</i>	<i>13</i>
<i>Capítulo 8 – Establecer las metas.....</i>	<i>14</i>
<i>Capítulo 9 – Técnicas de la terapia cognitiva.....</i>	<i>15</i>
<i>Capítulo 10 – Manejo del Craving y los impulsos irrefrenables de consumir.....</i>	<i>20</i>
<i>Capítulo 11 – Prestar atención a las creencias.....</i>	<i>22</i>
<i>Capítulo 12 – Manejo de problemas vitales en general.....</i>	<i>25</i>
<i>Capítulo 13 – Intervención ante la crisis.....</i>	<i>26</i>
<i>Capítulo 14 – Terapia de la depresión en personas adictas.....</i>	<i>28</i>
<i>Capítulo 15 – Ira y ansiedad.....</i>	<i>30</i>
<i>Capítulo 16 – Trastornos de la personalidad concomitantes....</i>	<i>32</i>
<i>Capítulo 17 – Prevención de recaídas.....</i>	<i>32</i>

# TERAPIA COGNITIVA de las DROGODEPENDENCIAS

## Capítulo 1 – Perspectiva general del abuso de sustancias

Las drogas son sustancias químicas que al introducirlas en el organismo afectan al sistema nervioso central, así como al modo de pensar, estado de ánimo y conducta de la persona que abusa de ellas. El consumo prolongado de drogas acaba generando consecuencias adversas en todas las áreas de la vida del consumidor y en consecuencia afecta también tanto a las personas más allegadas a éste como al ámbito social en el que se encuentra.

No obstante, durante siglos y desde el principio de los tiempos, las drogas han tenido muchas funciones individuales y sociales a lo largo de la historia, por todo el mundo. Hasta el siglo XIX el consumo de drogas estaba poco restringido y más o menos a partir de los 80 se empezó verdaderamente a tomar conciencia del problema de la adicción como una enfermedad gracias a las investigaciones de Doctores como: Benjamín Rush (1790), Magnus Huss (1849) o el Dr. Jellinek (1960).

Las drogas más utilizadas son:

- El alcohol.

En principio actúa como anestésico general, interfiriendo sutilmente con algunas funciones como el pensamiento, el razonamiento o el juicio. Sin embargo, a medida que la concentración en sangre va aumentando, los efectos se hacen más intensos hasta que incluso se afecta la función motriz básica, pudiendo llegar a ocasionar la muerte como resultado de la anulación de la respiración. El alcohol afecta directa o indirectamente a todos los órganos del cuerpo pudiendo causar daños de todo tipo siendo algunos irreversibles.

- Drogas ilegales más comunes: Marihuana, Cocaína y los opiáceos.

La marihuana tiene un efecto sedante en general pero varía según la condición del individuo que la consume. Se asocia a múltiples efectos físicos y psicológicos de tipo: alteraciones afectivas, depresión, síndrome amotivacional, disminución de memoria a corto plazo y enfermedades pulmonares.

La cocaína es extraordinariamente adictiva por su efecto rápido e intenso de sub-

dón energético. Los problemas que ocasiona su consumo prolongado son en el sistema nervioso central, atrofia cardíaca, accidentes cardiovasculares, colapsos respiratorios, hipertensión grave, etc.

Los opiáceos, incluyendo la heroína, la metadona y la codeína son drogas alta y peligrosamente adictivas que producen sensaciones de euforia, relajación y mejora del estado de ánimo además reducen el dolor, la ansiedad, la agresión y el impulso sexual, sometiendo al consumidor a un estado de esclavitud terrible por conseguir la siguiente dosis cada 24h y a cualquier precio.

## **Capítulo 2 – Modelos cognitivos de la adicción**

### **¿Por qué las personas usan drogas/alcohol?**

Algunas personas las usan por sus propiedades estimulantes o bien relajantes, porque alivian el aburrimiento y “expanden la conciencia”, para conseguir placer o experimentar la euforia en compañía con otros consumidores. Algunas drogas como la heroína, las benzodiacepinas o los barbitúricos, proporcionan un alivio temporal de la ansiedad, la tensión, el aburrimiento o el cansancio y algunas personas que las consumen creen que gracias a ellas harán frente mejor a las frustraciones y estrés de la vida sin tener en cuenta o sin tener conocimiento de que independientemente de que las drogas sean legales o ilegales, el abuso de éstas crea serios problemas personales, sociales y médicos y que al final no podrán controlar su vida eficazmente, de hecho las drogas serán las que controlen su vida.

Hay ciertas características que distinguen a un consumidor adicto de uno casual y radica en las prioridades ante el consumo, los adictos anteponen el consumo a los valores que los consumidores casuales priorizan antes que el consumo como pudiera ser: la familia, amigos, el trabajo...los adictos además se caracterizan por:

- su baja tolerancia ante la frustración
- tienen poco control de los impulsos
- son muy susceptibles
- baja autoestima, angustia emocional y desesperanza

### **¿Por qué no se deja de tomar drogas o alcohol?**

Principalmente los motivos para no querer dejar de consumir están relacionados con las creencias disfuncionales acerca de las drogas y el alcohol. Una de las creencias habituales es creer que dejar de tomar drogas producirá unos efectos secundarios intolerables con lo que se refuerza el miedo a los síntomas de la abstinencia. La creencia

de indefensión relacionada con la incapacidad de controlar el craving les limita para poder superar su adicción.

### **¿Por qué las personas necesitan ayuda?**

Las personas que padecen la enfermedad de la adicción manifiestan un desorden en prácticamente todas las áreas de su vida. En algunos casos las consecuencias del consumo de drogas les ha traído tal conjunto de dificultades que han perdido el control de su propia vida y por ello entre otras razones llegan a la conclusión de necesitar ayuda profesional.

Estas personas presentan un esquema mental disfuncional. Al empezar su proceso de recuperación cada individuo pasa por su propio proceso de cambio.

El proceso de cambio comprende diferentes fases:

1ª Fase → PRE-CONTEMPLATIVA (negación)

2ª Fase → CONTEMPLATIVA (conciencia ambivalente)

3ª Fase → DE ACCIÓN (decisión, es como el tto. intensivo)

4ª Fase → DE MANTENIMIENTO (es como el post-tto.)

5ª Fase → DE RECAÍDA (sea química o emocional es siempre una herramienta de recuperación)

### **¿Cómo puede ayudar la terapia cognitiva?**

La terapia cognitiva es un sistema de psicoterapia que intenta reducir las reacciones emocionales excesivas y conductas contraproducentes, mediante la modificación del pensamiento erróneo y las falsas creencias. El paciente aprende a resolver problemas y situaciones que anteriormente había considerado insuperables reevaluando y modificando sus pensamientos a través de una gran variedad de estrategias terapéuticas. La terapia cognitiva les proporciona las herramientas que les permitirán dejar de tomar drogas, beber alcohol o fumar y mantener el estado de abstinencia. El método consiste en enseñar al paciente a:

1. Controlar los pensamientos automáticos, irracionales, disfuncionales.
2. Identificar la relación entre pensamiento-sentimiento-conducta
3. Examinar y cuestionar la evidencia a favor y en contra de sus P.A
4. Sustituir estas cogniciones distorsionadas por interpretaciones más realistas.
5. Aprender a identificar o modificar las falsas creencias que le predisponen a distorsionar sus experiencias.

**¿Tienen las personas que abusan de las drogas problemas psiquiátricos adicionales?**

Sí, es común encontrarnos con “diagnósticos dobles” además de la adicción como Depresión, Trastornos de la personalidad o la combinación de ambos.

**¿Por qué las personas recaen después de no haber consumido durante un periodo sustancial?**

Algunos individuos tienen lapsus o desliz cuando ocurren situaciones estresantes o inusuales como la muerte de un ser querido, la pérdida de un trabajo o una discusión fuerte. Pero el motivo para recaer no se debe sólo a éstas situaciones sino al trabajo de la modificación de los pensamientos automáticos y las creencias subyacentes que determinarán el autocontrol del craving que experimente el individuo ante situaciones de riesgo.

**El fenómeno de la adicción**

**Craving e impulsos**

Es muy importante explicar al paciente los conceptos del fenómeno asociado al consumo para que pueda comprender su problema y pueda abordarlo con eficacia.

El craving por consumir se refiere al deseo irrefrenable o ansia por la droga. (“querer”)

El impulso se refiere al acto como respuesta al craving. (“hacer”)

El tiempo que transcurre entre la experiencia del craving y la aplicación del impulso para llevarlo a cabo proporciona un intervalo de tiempo para la intervención terapéutica en el que se puede aplicar las técnicas de control para evitar consumir el craving.

**El rol de las creencias**

Las creencias que se tienen sobre los efectos positivos que proporcionan las drogas es lo que lleva al individuo a consumir.

**El “hábito de la droga”**

El patrón del consumo de drogas es un comportamiento compulsivo y disfuncional. El deseo de consumir es involuntario. Cuando una droga o el alcohol se toman para aliviar el estrés relacionado con el consumo, la tensión que ocurre de forma natural, la ansiedad o la tristeza, tienden a reforzar la creencia de que “necesito una droga”, del mismo modo que “no puedo tolerar sentimientos desagradables”.

### **La ecuación control/impulso**

No es necesario eliminar totalmente los craving por consumir o instaurar un control absoluto. Es suficiente con cambiar la fuerza relativa de alguna de las partes de la ecuación. Un cambio que implique la reducción del craving o un incremento del control, interrumpirá la progresión hacia la utilización de drogas a corto plazo. El objetivo es la abstinencia permanente, el tratamiento se dirigirá hacia ambas partes de la ecuación: incrementar el control y reducir el craving.

### **Incrementar el control**

Una parte de la terapia se dedicará a incrementar las habilidades de autocontrol. Las técnicas que se pueden utilizar son:

- reproducir durante la sesión situaciones estimulantes que provocan el craving del paciente e idear respuestas terapéuticas a ellas.
- manejar los pensamientos permisivos ante el consumo y refutarlos.

### **“Fuerza de voluntad”**

Enseñaremos al paciente adicto a modificar sus creencias y conductas de forma que tenga lugar cambios positivos en su autoimagen y en su estilo de vida aunque la eficacia de las técnicas dependerá de una serie de factores en relación a la capacidad de compromiso del paciente y cómo decida emplear su fuerza de voluntad.

### **Creencias adictivas**

Las creencias adictivas surgen cuando la persona ya es adicta, es decir, son características del trastorno y contribuyen a mantener la adicción así como el trasfondo de la recaída. Las creencias adictivas deben ser consideradas como un conjunto de ideas centradas alrededor de la búsqueda de placer, resolución de problemas, alivio y escape. Sirven principalmente para justificar el consumo.

### **Características que predisponen**

Las características de las personas que abusan de las drogas podrían existir en ellas antes de que la persona empezara a tomarlas, es decir, que se podrían considerar como factores que predisponen a la persona al consumo. Estas características son:

- poca tolerancia a los cambios de humor naturales, rechazando los sentimientos desagradables
- incapacidad para controlar sus emociones

- egocéntricos y centrados en darse gratificaciones inmediatas
- poca tolerancia a la frustración, impulsivos, reactivos
- poca tolerancia al aburrimiento
- pensamientos distorsionados y creencias disfuncionales

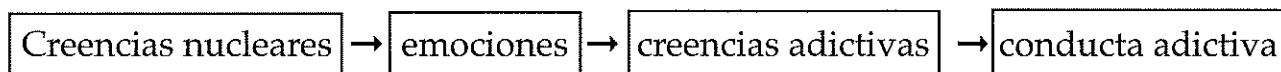
### Capítulo 3 – Teoría y Terapia de la adicción

Según la perspectiva cognitiva, la manera en que un individuo interpreta las situaciones en su vida, influirán en los sentimientos, motivaciones y acciones de su persona. Dichas interpretaciones provienen de sus creencias y estas creencias se pueden activar en ciertas situaciones, incrementando las reacciones ante las sensaciones asociadas a esa situación.

#### Distintos niveles de creencias

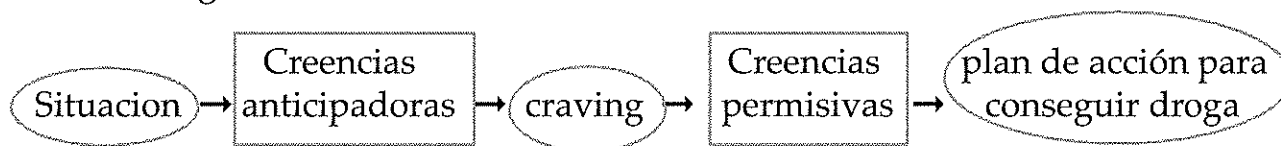
Las creencias adictivas provienen de una combinación de creencias nucleares. Hay un primer grupo de creencias nucleares que tienen que ver con: la supervivencia personal, la motivación por conseguir determinadas cosas, la libertad y la autonomía. Y el segundo grupo de creencias disfuncionales tiene que ver con la vinculación con otros individuos o con un grupo, es decir, con ser queridos o aceptados por los demás.

La secuencia de creencias nucleares generalmente avanza desde una creencia nuclear, como la visión negativa y exagerada de uno mismo, del ambiente o del futuro hasta los sentimientos de disgusto como la disforia o la ansiedad. Desde este punto, la persona con tendencia a la adicción experimentará craving y dependencia psicológica de las drogas. Ej.: "Necesito cocaína para sentirme mejor"



#### Secuencia de creencias

El estado de ánimo del paciente determinará la activación de la secuencia de las creencias nucleares que le conducen al consumo. A medida que la persona empieza a confiar en las drogas para contrarrestar sus sentimientos de angustia, desarrollará creencias asociadas con el alivio y la activación de éstas creencias son las que conducen al craving.





### **Creencias conflictivas**

El balance entre la fuerza relativa de cada creencia en un momento determinado influirá en la decisión del paciente de utilizar o abstenerse. A veces, la persona experimenta un conflicto entre el craving y el deseo. Esta ambivalencia produce el conflicto entre ambas creencias y generará un malestar probablemente mayor al que ya tenía inicialmente pudiendo llegar a reforzar el uso de drogas para aliviar tal intenso malestar.

### **Activación de creencias en situaciones estímulo**

La terapia cognitiva persigue modificar cada una de estas categorías de creencias: anticipadoras y permisivas, así como las nucleares que subyacen y potencian estas creencias relacionadas con las drogas, introduciendo y reforzando creencias más adaptativas. El craving aparece en una situación específica y parece que se active como una reacción refleja al estímulo, sin embargo, la situación no causa directamente el craving sino que activa la creencia relacionada con la droga y aparecen pensamientos automáticos derivados de esta creencia que a su vez conducen hacia el craving. Esto quiere decir, que a pesar de la rapidez en que se desarrolla este proceso, en cada etapa hay una oportunidad para intervenir cognitivamente y vencer la poca tolerancia del paciente a los sentimientos negativos o desagradables con otra solución que no sea el consumo de drogas.

### **Procesamiento de la información: significado, simbolismo y reglas**

Partimos de la base de que toda situación es neutra. Se convierte en un estímulo si la persona le confiere un significado especial. Por lo tanto, la tarea del terapeuta es ayudar al paciente a descodificar el simbolismo, códigos y creencias relacionadas con el consumo que le despiertan el craving, reprogramando el esquema mental disfuncional del paciente, modificando su sistema de creencias y creando de forma personalizada mediante el trabajo de autoconocimiento del paciente un nuevo sistema de creencias que le ayude a afrontar y ponerse a salvo de aquellas "situaciones" arriesgadas que le puedan llevar a posibles recaídas.

### **Bloqueo cognitivo**

Cuando se activan las creencias relacionadas con las drogas se produce un "bloqueo cognitivo" que inhibe la conciencia o la atención a las consecuencias negativas que conlleva el consumo de drogas a largo plazo. Este tipo de "visión de túnel" se manifiesta en todo tipo de pacientes deprimidos, de manera que asimilan la información negativa acerca de ellos mismo rápidamente, eludiendo la información positiva. Este fenómeno se conoce como "bloqueo cognitivo" ya que elude la parte de información correcta y realista.

## Capítulo 4 – La relación terapéutica y sus problemas

Para que cualquier terapia tenga éxito es importante y necesario: la colaboración entre paciente y terapeuta, el compromiso del paciente con el proceso de tratamiento y la alianza que logre el terapeuta con su paciente. No obstante, existen algunos factores adversos que dificultan en algún momento el tratamiento, como pueden ser:

- Que el paciente no venga voluntariamente.
- Que traiga ideas distorsionadas o negativas sobre la terapia.
- Que suelen ser poco sinceros.
- Que puedan traer dilemas de confidencialidad a causa de sus consecuencias delictivas o de otra índole.
- Que se sientan incómodos e incrédulos cuando el terapeuta se muestra realmente preocupado por sus problemas.
- Que desconfían del proceso de recuperación, del tto. y del terapeuta.

Es importante que el terapeuta se comunique sin emitir juicios y sea tolerante con cualquier tipo de paciente. El terapeuta necesita vigilar sus pensamientos y expresiones verbales (su lenguaje).

Para que se establezca una compenetración adecuada entre paciente y terapeuta, el terapeuta debe tener en cuenta las otras facetas angustiosas de la vida de sus pacientes, como sus diagnósticos dobles, sus estados de disforia, sus sentimientos de vergüenza y baja autoestima, sus problemas familiares, así como cualquiera de las dificultades generales que les resultan estresantes y difíciles de afrontar. De esta manera el paciente se siente considerado más como una persona que como un pobre adicto y es más fácil hacerle ver y que considere la inutilidad del uso de drogas en su vida. Otra técnica útil para el buen trabajo en equipo es preguntarle abiertamente al paciente sobre sus pensamientos acerca de la terapia, al final de cada sesión. Es muy útil e importante poder oír las quejas de los pacientes, sin sentirse atacados personalmente. También es útil reforzar la alianza con elogios positivos verbales al paciente que se muestra colaborativo y con buenas actitudes.

### **Fomentar la confianza**

La confianza terapéutica es difícil de establecer y más difícil aún de mantener. A pesar de que el paciente llegue a confiar en el terapeuta, el terapeuta no debe confiar del todo en el paciente ya que es habitual y comprensible la falta de sinceridad de éstos. El terapeuta se gana la confianza con ciertas conductas sencillas como:

- a) Estar disponible de forma regular
- b) Ser puntuales en las sesiones
- c) Devolver las llamadas de teléfono
- d) Estar disponible en casos de emergencias
- e) Mostrar preocupación e interés por el paciente incluso cuando éste deja de asistir a una sesión
- f) Permanecer en contacto con el paciente mientras dure el tratamiento terapéutico, sea cual sea la situación del paciente.
- g) No hace comentarios despectivos sobre otras personas o situaciones.
- h) Da ejemplo con su propia conducta y es coherente entre lo que dice y hace.

### **Establecer límites**

Es muy importante que el terapeuta establezca con el paciente previamente al comienzo del tratamiento unas reglas, pautas y acuerdos sobre la relación terapéutica que van a tener, basados en el respeto entre ambos y lo más importante es cumplirlo, especialmente el terapeuta a la hora en que se presente un desafío por parte del paciente porque su firmeza y ejemplo es lo que determinará una buena relación, segura, de respeto y confianza mutua.

### **Proteger la confidencialidad**

Es necesario explicar al paciente que todo cuanto le cuente durante las sesiones de tratamiento será estrictamente confidencial, a menos, que el paciente quiera o pida al terapeuta que le explique a otra persona algo acerca de él. Por otro lado, hay que informar al paciente de que existe alguna excepción acerca de esta regla, por ejemplo, en los casos en que la seguridad del mismo paciente u otra persona o niño se encuentren en peligro de muerte, (amenaza de suicidio, asesinato, contagios de enfermedades víricas, etc) el terapeuta está obligado legalmente a comunicarlo a las autoridades pertinentes, sin embargo, se le puede decir al paciente que esto ocurriría sabiéndolo él primero, que no se hará nada sin informarle de lo que va a pasar, para que de esta manera tenga la oportunidad (el paciente) de colaborar y ser ayudado y apoyado por el terapeuta en todo momento.

### **Mantener la credibilidad**

Una manera de mantener la credibilidad y confianza es cuando el terapeuta admite que no lo sabe todo y que estaba equivocado respecto a algo. En definitiva es importante una comunicación del terapeuta sincera, humilde y abierta con el paciente

### **Mantener un espíritu de colaboración**

- El terapeuta debe separar la personalidad del paciente de las conductas relacionadas con el abuso de drogas para facilitar el espíritu colaborativo del paciente y poder trabajar conjuntamente los problemas de éste cuando consume o no drogas.
- Un elemento clave de la colaboración es el compromiso. No manipular al paciente ni dejarse manipular por él. También es aconsejable el equilibrio y el arte de saber aplicar la flexibilidad en la relación terapéutica.
- El terapeuta permite al paciente elegir un tema que le guste para tratar durante la sesión invirtiendo un tiempo determinado. Éste acuerdo le da la ventaja al terapeuta de poder después debatir otras cuestiones más importantes y útiles al haber creado un ambiente previo de alianza y colaboración.

### **Resistir la confabulación con el paciente**

Algunos pacientes abusan de la confianza ofrecida por el terapeuta y tratan de conseguir un trato especial. Se puede preservar la relación terapéutica si el terapeuta comunica sencillamente su honradez y expresa su deseo de continuar proporcionando asistencia terapéutica.

### **Apelar a la autoestima positiva de los pacientes**

Este abordaje sirve para fortalecer la alianza y provocar mayor colaboración. Utilizar las actitudes positivas del paciente, ayuda a la hora de abordar otras situaciones en las que se bloquea y deja de colaborar, se le recuerdan sus aspectos positivos para ayudarles a tomar conclusiones y acciones más positivas.

### **Manejar las luchas de poder**

Es normal que a lo largo del tratamiento haya momentos en que terapeuta y paciente se encuentren raros y con pensamientos negativos por alguna o ambas partes. Estas son algunas pautas para tratar estas situaciones:

- 1) No luchar fuego contra fuego.** *Quiere decir, no reaccionar ante la hostilidad o ira del paciente y mostrar una respuesta natural enfocada en la preocupación genuina del bienestar del paciente y sus intereses.*
- 2) Mantener la sinceridad.** *Quiere decir, estar dispuesto a enfrentarse a la reacción del paciente al decirle lo que verdaderamente hay que decirle, ponerle límites aunque ello le moleste y hacerlo con firmeza y respeto.*
- 3) Permanecer centrados en las metas del tratamiento.** *Esto quiere decir, cuando el paciente y terapeuta no están de acuerdo, es útil que el terapeuta ponga atención a los objetivos mutuos.*

*4) Permanecer centrados en las habilidades favorables, así como en las propias (del terapeuta). Quiere decir, que el terapeuta debe trabajar sus pensamientos automáticos respecto al paciente y su evolución, se puede ayudar centrándose en las habilidades y no en las dificultades.*

*5) Desmarcar al paciente con auténtica humildad y empatía. Quiere decir, mostrarse realmente humano y considerado con una comunicación amorosa y sincera.*

*6) Enfrentarse, pero usando la diplomacia. Quiere decir, usar las mismas frases o expresiones del paciente, de esas que el terapeuta va apuntando a lo largo de las sesiones, y utilizarlas como argumento infalible para hacerle ver al paciente su propia distorsión y conflicto.*

## Capítulo 5 – Formulación del caso

Para realizar un buen planteamiento del caso de un paciente y poder comprender la complejidad de la persona, es necesario reunir la mayor información posible del paciente que nos permita responder a las siguientes preguntas:

- a) ¿cómo empezó el paciente a utilizar drogas?
- b) ¿cómo se pasa del consumo al abuso y dependencia?
- c) ¿por qué el paciente no ha sido capaz de parar el consumo por sí mismo?
- d) ¿cómo se desarrollan las principales creencias?
- e) ¿cómo actuaba el paciente antes de tomar drogas?
- f) ¿qué interpretaciones podemos hacer acerca de las circunstancias de alto riesgo y la forma en que se relacionan con el consumo de drogas?

Un buen planteamiento del caso ayuda a establecer unas pautas directivas en las sesiones y por tanto a elaborar estrategias e intervenciones terapéuticas adecuadas.

Los 10 aspectos más importantes de una conceptualización del caso son:

1. Datos pertinentes sobre la infancia.
2. Problemas personales actuales.
3. Esquemas y creencias nucleares.
4. Reglas, creencias o supuestos condicionales.
5. Estrategias compensatorias.
6. Situaciones vulnerables.
7. Creencias y pensamientos automáticos. (especialmente relacionados con las drogas)

8. Emociones.
9. Conductas.
10. Integración de los datos anteriores.

## Capítulo 6 – Estructura de la sesión terapéutica

La estructura de la sesión terapéutica es una de las características más importantes y esenciales de la Terapia Cognitiva. Ayuda a centrarse en los problemas presentes del paciente. La estructuración ofrece una buena atmosfera de trabajo, efectividad para mejorar la resolución de problemas y evita desviarse del rumbo al que se decide ir. Los elementos más importantes que estructuran una sesión son:

1º - Establecer la agenda.

Ayuda a sacar el máximo partido del tiempo, mantiene la sesión centrada en unos temas, establece un ambiente de trabajo en equipo y evita desviarse del objetivo de la terapia.

2º - Chequear el estado de ánimo del paciente.

Permite identificar los cambios en el estado de ánimo del paciente que le pudieran llevar a recaídas.

3º - Retroalimentación de la última sesión.

Mantiene una relación de continuidad entre sesiones y los objetivos del tratamiento.

4º - Comentar los puntos a tratar en la agenda del día.

Ayuda al paciente a aprender a priorizar algunos temas de la lista, a permanecer centrados en los puntos importantes, a sacar el máximo provecho del tiempo y a contribuir activamente al debate.

5º - Interrogatorio socrático.

La habilidad de utilizar esta técnica ayudará positivamente al paciente a realizar sus propios descubrimientos.

6º - Resúmenes parciales.

Son recomendables hacerse repetidas veces a lo largo de cada sesión para asegurarnos la comprensión del paciente de las tareas asignadas y de las explicaciones terapéuticas.

### 7º - Asignación de actividades entre sesiones.

Las tareas son una parte muy importante del tratamiento y se deben tomar las medidas apropiadas para que el paciente las cumpla.

### 8º - Feedback en la sesión de la terapia

Se usa para clarificar algunos aspectos que no se hayan comprendido así como posibles malas interpretaciones que hayan podido ocurrir durante la terapia.

## Capítulo 7 – Educar a los pacientes en el modelo cognitivo

Es esencial que los pacientes adquieran una comprensión conceptual de su problema y condición así como las asociaciones y las relaciones causales entre la cognición, el afecto, la conducta, el craving y la utilización de drogas. Los pacientes necesitan aprender acerca de los pensamientos automáticos y sus creencias.

### Descubrir cómo los pacientes formulan sus problemas

*Cuando el terapeuta trata de explorar las “razones” por las que el paciente consume drogas comienza a comprender la “realidad interna” del paciente. De este modo, el terapeuta va indagando acerca de lo que piensa el paciente sobre sí mismo, su problema, cómo lo solucionaría él, por qué cree que no ha podido solucionarlo por sí mismo. También comprueba el grado en el que el paciente se cree lo que dice y piensa para demostrarle y enseñarle que sus creencias no son lo mismo que su conducta.*

### Demostrar las relaciones entre situaciones, cogniciones, afecto, craving, conducta, creencias y consumo de drogas

*Un método importante para enseñar a los pacientes cómo deben reconocer sus pensamientos automáticos es hacer que relacionen sus pensamientos actuales, los que tienen en la sesión de terapia. Se le explica al paciente la relación de cómo un pensamiento te lleva a una emoción y una emoción te conecta con una creencia acerca de la droga y esto te impulsa a tomar acción con la conducta de ir a tomarla. El terapeuta explica que la forma en que interpretamos los acontecimientos viene determinada sobre todo por nuestro sistema de creencias. Las creencias se encuentran en un estado profundo de nuestra conciencia hasta que se activan por alguna situación específica. Las creencias disfuncionales llevan a que las personas interpreten mal las situaciones, generalicen en exceso, exageren, vean las cosas como si fueran o todo o nada y se impliquen en otros errores de pensamiento. Se puede usar como ejemplo muy útil la historia de Cristóbal Colón. Existen otros métodos para ayudar al paciente a identificar sus creencias como los cuestionarios específicos acerca del abuso, del craving, preguntas tipo “flecha descendente”, o haciéndoles un diagrama del escenario del craving.*

*A veces, nos encontraremos con dificultades a la hora de educar al paciente sobre el modelo cognitivo, algunos no logran identificar sus pensamientos e incluso creen que no piensan nada, se les puede preguntar sobre sus sentimientos en este momento para ayudarles desde ahí, pero es importante que aprendan a distinguir los pensamientos y los sentimientos y que comprendan y pongan nombre a los sentimientos, son importantes la ansiedad, la ira, la tristeza, la vergüenza y la culpa.*

## Capítulo 8 – Establecer las metas

Establecer unas metas claras para llevar a cabo el tratamiento crea una dirección y da un sentido al trabajo en equipo. Ayuda a centrarse en cómo conseguir los objetivos del paciente y evita que se tengan expectativas irreales sobre la terapia. Las metas claras se concretan en las posibilidades de cambio y sirven para abordar los problemas de forma organizada y sistemática. Saber cuáles son los objetivos a largo plazo de la terapia y el orden de prioridad en que serán tratados los mismos, evitará que se produzcan desvíos o cambios de temas en la terapia. Es importante que ambos establezcan las metas, paciente y terapeuta, ya que esto refuerza la alianza terapéutica y la colaboración por parte del paciente al sentir que forma parte del proceso de cambio en su recuperación. También es importante comprender las metas para evaluar los avances terapéuticos y los resultados de éstas.

### Reglas generales para establecer las metas

1. Trabajar conjuntamente para establecer las metas.
2. Establecer las metas en términos positivos de manera que se relacionen con la abstinencia.
3. Ser concreto y definir las metas en términos conductuales que se puedan medir.

*El terapeuta ayuda al paciente a definir sus metas de tratamiento en términos conductuales más específicos, le ayuda a ordenar sus ideas, a concretar sus objetivos y a resumirlos en puntos claros, como por ejemplo encontrar un trabajo, dejar de consumir, hacer más deporte, etc. y una vez están ordenadas las metas del paciente, el terapeuta puede empezar a pensar en las operaciones necesarias para conseguirlas y los criterios mediante los cuales se va a valorar los resultados del tratamiento.*

### Metas estándar del tratamiento

- A. Reducir la dependencia de la droga y ayudar a desarrollar técnicas de afrontamiento de los impulsos y los craving.



## B. Ayudar al paciente a que aprenda a afrontar los problemas de su vida.

En la primera fase del tratamiento es muy importante y necesario facilitar la comprensión del paciente de las diversas **VENTAJAS / INCONVENIENTES** de tomar o no tomar drogas y alcohol. *Al hacer este ejercicio, el terapeuta puede obtener algunas metas concretas y positivas a raíz de las "ventajas de no consumir", como tener más dinero, pensar mejor, pagar las facturas, etc. pero deberá trabajar con las "ventajas de consumir" tipo: me siento mejor, soy capaz de tener amigos, me integro con los demás, etc. y no quitarle la posibilidad de seguir teniendo eso sino darle un enfoque de poder conseguirlo igualmente pero sin consumir, es decir, establecerlo como nuevas metas.*

### **Tratar las contradicciones del paciente directamente**

*Frecuentemente los pacientes se sienten saturados debido a los errores de sus pensamientos, exageran sus dificultades y minimizan las posibilidades de acciones para corregirlos y creen que no hay otra solución que volver a consumir. El terapeuta le ayuda a reenfocar sus problemas de una manera más esperanzadora. La reestructuración consiste en hacer que el paciente reúna datos objetivos acerca de las situaciones, generar formas alternativas de interpretarlas y empezar a buscar soluciones.*

## **Capítulo 9 – Técnicas de la Terapia Cognitiva**

Las técnicas cognitivas tratan las creencias relacionadas con las drogas y los pensamientos automáticos que contribuyen a los impulsos y los craving, mientras que las técnicas conductuales se centran en las acciones que interactúan causalmente con los procesos cognitivos, enseñando al paciente habilidades para tratar con situaciones de alto riesgo.

### **Principios básicos**

#### **- La relación terapéutica**

*La eficacia de las técnicas cognitivas dependen en gran medida de la relación entre paciente y terapéutica, siendo de gran importancia el papel del terapeuta a la hora de mostrarse cálido, empático y sincero.*

#### **- La conceptualización cognitiva del caso**

Se define como recoger, sintetizar e integrar los datos relativos del paciente, de forma que se generen hipótesis refutables acerca de sus creencias.

#### **- El método socrático**

*El método socrático conduce al paciente a través de preguntas abiertas a contemplar, evaluar*

y sintetizar diversas fuentes de información y sirve de guía al paciente en el descubrimiento de sus patrones de pensamientos y acciones distorsionados. El objetivo del método socrático es que el paciente aprenda a pensar de forma independiente (es decir, autónomamente) y de manera racional.

### - Asignación de actividades entre sesiones

Las tareas que se asignan entre sesiones tienen mucha importancia ya que forman parte del tratamiento. Representan la práctica de las técnicas cognitivas donde el cambio es lo más importante. Es conveniente asignarlas conjuntamente, paciente y terapeuta, chequear que el paciente las entienda, chequear los pensamientos acerca de las tareas que tiene el paciente, incluso practicarlas durante la sesión previamente si fuera necesario...

## Técnicas cognitivas

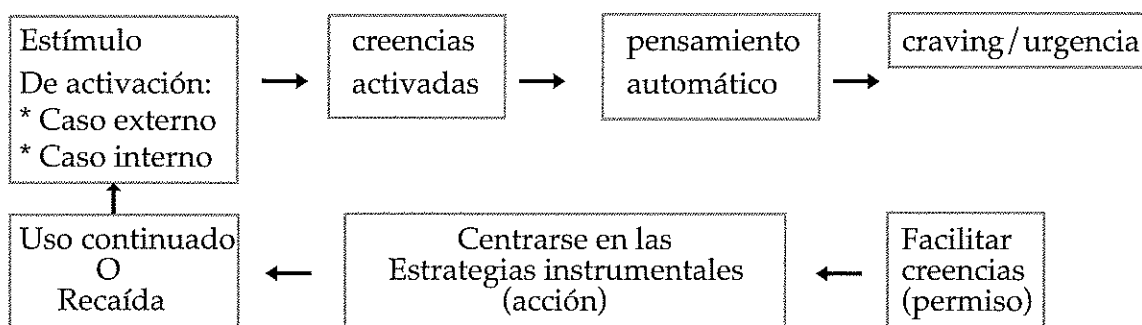
### - Análisis de las ventajas y desventajas

El adicto suele tender a minimizar las desventajas y maximizar las ventajas de consumir drogas, por ello esta técnica cognitiva que consiste en analizar las consecuencias de tomar o no tomar drogas, es una de las más útiles. Se suelen dibujar cuatro celdas a rellenar por el paciente, con ayuda del terapeuta. El objetivo es que el paciente consiga una visión más precisa, objetiva y equilibrada del consumo de la sustancia que la que tenía previamente.

### - Identificar y modificar las creencias asociadas con la droga

Normalmente las personas adictas no están atentas a las creencias que tienen asociadas a dichas sustancias y creen que su consumo se debe a factores externos como ciertas situaciones, o factores internos como por ejemplo el estrés.

En terapia cognitiva se muestra al paciente algunas de las creencias típicas asociadas a las drogas como: "fumar me relaja", "De todas formas mi vida es un asco así que las drogas no la van a estropear más", "si dejo de consumir drogas me deprimiré", "las drogas me hacen más creativo"... y luego se aplican a los patrones de consumo específicos del paciente. El terapeuta explica e ilustra el "**modelo cognitivo de abuso de sustancias**" y lo rellena conjuntamente con el paciente anotando las creencias básicas, pensamientos automáticos, sentimientos y conductas que son pertinentes a la vida del paciente.



### - La técnica de flechas descendentes

Es muy común que las personas adictas tengan pensamientos catastróficos acerca de su consumo, de ellos mismos, de los demás, del futuro, y en general (la triada cognitiva). Esta técnica es muy útil para tratar creencias de este tipo. El terapeuta suele pedir al paciente que intente profundizar un poco más sobre las emociones negativas más intensas que manifiesta el paciente, formulando variaciones sucesivas de la pregunta "¿qué significa eso para ti?" hasta llegar a la creencia nuclear o subyacente de esos pensamientos. El objetivo es ayudar al paciente a <<descatastrofizar>>, es decir, reevaluar y modificar los pensamientos catastróficos.

### - Reatribución de responsabilidad

Normalmente los pacientes responsabilizan de sus conductas y consumo a factores externos a ellos mismos. La reatribución de responsabilidades requiere la aplicación habilidosa del método socrático de manera que el paciente no se sienta juzgado o atacado.

### - Registro diario de pensamientos

El RDP es una estrategia fundamental en la terapia cognitiva que consiste en un formulario con formato de 5 columnas que completa el paciente, anotando lo que está pasando por su cabeza en el momento en que note que su estado de ánimo está empeorando, bien sea el pensamiento o la imagen mental.

SITUACIÓN	PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS	EMOCIONES	RESPUESTA RACIONAL	RESULTADO
Describe: 1. Acontecimiento actual que lleva a emociones desagradables. O 2. Flujo de pensamientos, soñar despierto o recuerdos, que llevan a emociones desagradables. O 3. Sensaciones físicas angustiosas.	1. Escribe los pensamientos automáticos que van precedidos de emociones.  2. Evalúa la automaticidad de la creencia de 0-100%	1. Especificar tristeza, ansiedad, enfado, etc.  2. Valorar el grado de la emoción 0-100%	1. Escribir una respuesta racional a los p.a.  2. Valorar la racionalidad de la creencia 0-100%	1. Revalorar la creencia en los pensamientos automáticos 0-100%  2. Especificar y valorar las emociones consecuentes 0-100%

Algunas preguntas que ayudan a formular respuestas racionales:

- ¿Qué evidencias existen de que el pensamiento sea verdadero?
- ¿Hay alguna explicación alternativa?
- ¿Qué es lo peor que puede pasar?, ¿Puedo vivir con ello?, ¿Qué es lo mejor que puede pasar?, ¿Cuál es el resultado más realista?
- ¿Qué debería hacer acerca de ello?
- ¿Cuál es el efecto de creer en pensamientos automáticos?, ¿Cuál puede ser el efecto de cambiar mi pensamiento?
- Si "alguien a quien aprecio" estuviera en mi lugar, ¿Qué le diría?

### **- Imaginación**

Esta técnica sirve para ayudar al paciente a visualizar el "autocontrol" y evitar el abuso de drogas y también sirve para cambiar las creencias y los pensamientos asociados a ellas.

### **Técnicas conductuales**

#### **- Programación y control de la actividad**

*El control de actividades y su programación pueden ser estrategias básicas útiles para comprender y controlar las conductas relacionadas con la droga y fomentar a cambio otras actitudes más productivas y funcionales. Esta estrategia sirve para saber el estado anímico del paciente durante la semana. El inventario de actividades diarias ayuda a establecer un orden nuevo en las actividades de la vida del paciente y a que éste se sienta satisfecho consigo mismo por su capacidad para cumplir sus propios objetivos, fuera del consumo.*

#### **- Experimentos conductuales**

*Se utilizan para probar la validez de las creencias relacionadas con las drogas y las creencias nucleares del paciente. Normalmente con estos experimentos el paciente aprende lecciones importantes. Otra variable de estas técnicas es actuar "como si" y sirven también para modificar las creencias y conductas relacionadas con las drogas.*

#### **- Repaso conductual (role-playing)**

En esta técnica se simula las situaciones en las que el paciente tiene dificultades y se le ayuda a interactuar con sus problemas reales en un espacio seguro, a través de la interpretación. El terapeuta enseña respuestas más adaptativas y convierte la situaciones en más funcionales.

### **- Entrenamiento en relajación**

*Todo adicto busca relajarse al consumir drogas, la técnica del entrenamiento en relajación es una manera de conseguir lo mismo pero de una manera segura y sana. Además se establece en el paciente una nueva creencia de que controla y es responsable de sus respuestas ante la vida.*

### **- Asignación de actividades entre sesiones graduadas**

*Se trata de ir poco a poco animando al paciente a cambiar sus conductas disfuncionales por nuevas conductas funcionales que pueda ir integrando en su nueva manera de vivir sin consumir.*

### **- Resolución de problemas**

Normalmente los pacientes con abuso de drogas suelen ser impulsivos y tienen poca experiencia en resolver sus problemas de una manera racional y constructiva. Para ayudarles a resolver sus problemas se les debe enseñar los principios de resolución de problemas, que son:

- Definir el problema con términos específicos y claros.
- Hacer una tormenta de ideas en busca de soluciones.
- Examinar los pros y los contras de cada solución propuesta teniendo en cuenta cómo afectaría el presente, el futuro y las personas significativas.
- Escoger la mejor solución hipotetizada.
- Aplicar la conducta después de planificarla, prepararla y practicarla.
- Valorar el resultado y evaluar la solución de otros problemas posibles.

### **- Ejercicio**

*El terapeuta debe animar al paciente a implicarse en el ejercicio físico, como parte del tratamiento. Esta actividad ayudará al paciente a redefinirse a sí mismo como saludable e incluso a mejorar su autoimagen, lo cual podría causarle disonancias cognitivas y motivarle para modificar su patrón de abuso de sustancias.*

### **- Control de estímulos**

*Para poder minimizar el contacto con los estímulos que disparan el consumo de drogas, se anima a los pacientes a identificar dichos estímulos (internos y externos), que los exponen a situaciones de alto riesgo y preparar métodos para manejar estos estímulos cuando se encuentren con ellos.*

## **Obstáculos comunes en el tratamiento**

Cuando el paciente parece no responder favorablemente a la terapia cognitiva se debe revisar la relación terapéutica, la conceptualización del caso, la tendencia a la automedicación que pueda presentar el paciente, recordar como terapeuta que las resistencias del paciente reflejan su miedo a afrontar sus dificultades sin el consumo de drogas. Es importante también revisar la historia del paciente de forma que permita un cambio en el tratamiento. En el aspecto de las tareas es fundamental que se determinen de manera conjunta, colaborando terapeuta y paciente, chequear que el paciente las comprende y considerar en conjunto los posibles obstáculos que pueden aparecer al realizar dichas tareas para preparar un plan concomitante. Y finalmente practicar las tareas durante las sesiones.

## **Capítulo 10 – Manejo del craving y los impulsos irrefrenables de consumir**

Los craving y los impulsos irrefrenables por consumir, descontrolados, son los factores más importantes de abandono terapéutico e incluso a veces llegan a provocar la recaída después de largos periodos de abstinencia, sobre todo porque resurgen durante y después del tratamiento. El terapeuta evalúa la percepción del paciente acerca de sus craving para ayudarlo a comprender los distintos factores que contribuyen al craving y reenfocar sus experiencias desarrollando formas más adecuadas para tratar estos problemas.

### **Tipos de craving**

#### **1. Respuesta a los síntomas de abstinencia.**

*El terapeuta debe tener en cuenta que aquellos pacientes que han dejado de consumir sustancias como heroína o cocaína experimentarán unos síntomas notables en la abstinencia, en el caso de heroinómanos pueden ser síntomas febriles y en el de cocainómanos una profunda depresión durante el mono, con lo que el terapeuta debe ser empático ante la aguda sensación de dolor y sufrimiento que manifiestan estos pacientes y lo más importante, informarles de que dicho malestar es temporal.*

#### **2. Respuesta a la falta de placer.**

*Generalmente los pacientes consumen para no experimentar los pensamientos y sentimientos desagradables, se puede dar que en una sesión se les despierte el craving cuando se traten ciertos temas o dificultades por lo que es aconsejable evaluar el estado de ánimo del paciente y el grado de craving al final de una sesión que haya sido particularmente estresante.*

### **3. Respuesta “condicionada” a las señales asociadas con drogas.**

*El terapeuta debe ayudar al paciente a estar consciente de los craving y afrontarlos cuando aparecen simplemente como resultado de asociaciones por estímulos cotidianos como ver a una persona en particular, la esquina de una calle, una determinada hora del día, etc.*

### **4. Respuesta a los deseos hedónicos.**

*Este tipo de craving es difícil de combatir con la terapia ya que surgen de la experiencia de magnificar el grado de satisfacción de una actividad ya agradable con el uso de la droga y por tanto aparece cuando el paciente sencillamente experimenta un estado de ánimo positivo natural.*

#### **Craving: comprender la experiencia del paciente**

Un terapeuta puede empezar a comprender los craving que experimenta su paciente identificando sus pensamientos automáticos asociados a esta experiencia. Se puede utilizar la técnica de la imaginación, haciendo referencia a la última vez que consumió el paciente, para inducir el craving durante la sesión pero es importante explicarle primero al paciente lo que se pretende hacer y la finalidad de este ejercicio, que es la de ayudarlo a identificar las señales o estímulos para afrontar los craving.

#### **Afrontar los craving**

Algunas técnicas para reducir la aparición de craving:

##### **a) La distracción**

- Dar instrucciones al paciente para centrarse en todo lo que le rodea.
- Hablar con otras personas, compartir.
- Evitar el ambiente que dispara su craving haciendo algo concreto al respecto como dar un paseo, conducir, visitar a un amigo...
- Realizar tareas domésticas.
- Escribir o leer.
- Jugar con cartas, rompecabezas, juegos de mesa...

##### **b) Las tarjetas flash**

Puede usar frases que incluyan las ventajas que encuentra el paciente de no tomar drogas y las cosas que podría comprar con el dinero gastado en la droga.

### ***c) Imaginación***

*Esta técnica consiste en reenfocar los pensamientos que conducen al craving sustituyéndolos de varias maneras según las situaciones, por ejemplo con recuerdos de imágenes negativas que le recuerden sus consecuencias más desagradables durante el consumo o imágenes positivas que le ayuden a fortalecer su autoestima visualizando sus habilidades y capacidades para resolver sus propios asuntos sin la necesidad de consumir. Se trata de distraer la atención en el momento que identifique la sensación del craving haciendo uso de la imaginación.*

### ***d) Respuestas racionales a pensamientos automáticos relacionados con los impulsos***

Se recomienda al paciente llevar una libreta y boli consigo para anotar los pensamientos y sentimientos desagradables cada vez que experimenten craving y responder a las preguntas, ¿Qué estoy pensando en este momento?, ¿qué estoy sintiendo? (RDP), ¿Qué evidencia a favor y contra hay de pensar esto?, ¿Hay otras formas de ver esto?, ¿Cuáles son las consecuencias reales de este pensamiento?, ¿Cuáles son los inconvenientes de seguir pensando esto?, ¿Qué acción constructiva puedo realizar para solucionar este problema? Y luego verlos en la sesión con el terapeuta para revisar las respuestas.

### ***e) Programación de actividades***

*La finalidad de programar nuevas actividades constructivas en el espacio libre que dispone el paciente cuando deja de consumir drogas es que tengan la posibilidad de recuperar sus hobbies olvidados o ayudarles a desarrollar sus propias habilidades para hacer cosas que les guste y les hagan sentir bien sin necesidad de consumir.*

### ***f) Técnicas de relajación***

*Es una herramienta útil para afrontar emociones como la ansiedad o la ira y disminuir el estrés del día a día.*

## **Capítulo 11 – Prestar atención a las creencias**

Según la terapia cognitiva las creencias tienen una influencia enorme en los sentimientos y conductas. Hay tres tipos de creencias pertinentes en los casos de pacientes con abuso de sustancias:

→ Anticipadoras, son las creencias que comprenden expectativas de recompensa.

→ Las relacionadas con el Alivio, son aquellas que suponen que la utilización de las drogas acabará con un estado de malestar determinado.



→ Y Permisivas, son aquellas que consideran que tomar drogas es aceptable, a pesar de las posibles consecuencias. Se denominan “racionalizaciones” que “justifican” el consumo de drogas. Son autoengaños.

Un objetivo ideal para la terapia cognitiva es identificar y eliminar las creencias adictivas del paciente y enseñarle a sustituirlas por creencias de control más adaptativas, de manera que el paciente pueda mantener la abstinencia.

Algunos métodos específicos para tratar los sistemas de creencias problemáticas de los pacientes son:

### 1.- Evaluar creencias

Para comprender las creencias que tiene cada paciente sobre las drogas se debe hacer una evaluación cuidadosa. Esta se puede hacer durante las sesiones de terapia haciendo preguntas abiertas tipo:

- ¿Cuáles son tus pensamientos acerca de .....?
- ¿Qué pasa por tu cabeza cuando ocurre.....?
- ¿Cómo podrías explicar que .....?
- ¿Cómo interpretas que.....?
- ¿Qué significa .....para ti?
- ¿Cuál es la regla que aplicas aquí?
- ¿Qué idea te formaste de esa situación?

O mediante cuestionarios específicos que han sido diseñados para evaluar creencias generales, para evaluar el estado de ánimo o para evaluar creencias relacionadas con las drogas.

### 2.- Orientar al paciente hacia el modelo de terapia cognitiva

Orientar al paciente implica modificar sus creencias acerca de sus adicciones, desde una perspectiva externa hacia una orientación interna.

Ej. *“No tengo el control en absoluto” → “Soy responsable de mi consumo de drogas y de mi recuperación de la adicción”*

Como parte de este proceso de orientación al paciente, hay una serie de términos que cabe definir y que incluyen “creencias adictivas”, “creencias de control”, “pensamientos automáticos”, “situaciones estímulos”, “craving”, “desliz” y “recaída”. Luego, hay que explicar las interrelaciones entre estos fenómenos, poniendo especial énfasis en el papel que interpretan las creencias en el proceso adictivo.

### **3.- Examinar y probar las creencias adictivas**

Las creencias adictivas se van desarrollando a largo del tiempo. El resultado es que se acaban asimilando mucho y se vuelven extremadamente resistentes al cambio. Para poder ayudar al paciente a examinar sus creencias disfuncionales y que las reemplace por creencias más constructivas y alternativas, se le ayuda a refutar cada una de ellas, planteándole cuestiones que le permitan validar estas creencias. Este proceso se conoce como “método socrático” y algunas preguntas apropiadas que pueden ayudar a aflojar las creencias adictivas del paciente serían:

- ¿Qué evidencias tienes de estas creencias?
- ¿Cómo sabes que estas creencias son verdad?
- ¿Dónde está eso escrito?
- ¿Dónde has aprendido eso?
- ¿Tienes mucha confianza en esa creencia?

### **4.- Desarrollar creencias de control**

El terapeuta ayuda al paciente a desarrollar creencias de control:

a) con el descubrimiento guiado que consiste en preguntas tipo:

- ¿Qué harías si no pudieses conseguir droga?
- ¿Cuáles son las ventajas de no tomar droga?
- ¿De qué otra forma puedes ver esta situación?
- ¿De qué otra forma podrías conseguir el mismo resultado?

b) con el RDP donde el paciente anota las creencias adictivas que le alimentan el craving y después escribe respuestas racionales o creencias de control alternativas.

c) con el análisis de V-D de consumir. La finalidad es reconducir la atención del paciente a las desventajas de tomar drogas y las ventajas de abstenerse.

### **5.- Practicar la activación de creencias de control**

Se pueden utilizar las tarjetas flash o la técnica de imaginación en las sesiones.

### **6.- Asignar actividades entre sesiones para fomentar estas creencias**

Son una parte muy importante y fundamental para el tto.

## Capítulo 12 – Manejo de problemas vitales en general

Generalmente cuando una persona no para de consumir drogas se encuentra con una serie de problemas como:

- darse cuenta de que el consumo de drogas no les ayuda a que sus obligaciones actuales, responsabilidades y problemas cotidianos desaparezcan de forma mágica.
- que al desarrollar más tolerancia a la droga, necesita más tiempo, gastar más energía y más dinero.
- que le aumenta el estrés y con ello las ganas de escapar del mismo consumiendo sustancias.
- las consecuencias de los malos hábitos como relaciones dañadas, fracasos escolares, laborales, problemas legales, etc.

Y algunos terminan pidiendo ayuda profesional, con lo que el terapeuta se enfrenta con la tarea no solo de ayudar al paciente a dejar de consumir drogas sino de enseñarle a tratar las dificultades reales de su vida.

**El enigma del <<huevo o la gallina>>: ¿quién apareció primero, el abuso de sustancias o los problemas vitales asociados?**

Es necesario evaluar si los problemas del paciente preceden o son posteriores al trastorno por abuso de sustancias. Esta información puede ayudarnos a descubrir los factores que disparan el consumo de drogas ya que los problemas vitales del paciente representan “situaciones estímulo” que desencadenan una serie de creencias, pensamientos automáticos y acciones dirigidas al consumo. Es importante ser consciente de la forma en que estos problemas llegan a formar parte de un círculo vicioso en el que vertiginosamente se va perdiendo cada vez más el control y se deriva en el sufrimiento de un estrés continuo y crónico en la vida del paciente.

*Problemas → creencias → pensamientos → impulsos/craving → creencias permisivas → recaída ← Vitales automáticos*

### **Problemas vitales:**

#### **- Problemas matrimoniales y familiares**

Es vital que el paciente sea consciente de las personas o lugares que asocia con el consumo de drogas y evitar estos estímulos especialmente al principio del tto hasta que más adelante aprenda a enfrentarse a ellos. Si estas personas son miembros de su familia será mucho más complicado ayudar al paciente.

**- *Estatus socioeconómico***

Los extremos socioeconómicos comprenden de igual modo pacientes adictos, cada uno de ellos con creencias acerca de las drogas particulares pero hay un factor común tanto en los pacientes de alto nivel económico como del bajo, su vulnerabilidad ante la presión de sus compañeros.

**- *Estresores cotidianos***

Los estresores cotidianos pueden incluir acontecimientos que provocan un sentimiento de frustración, ansiedad, ira, fatiga y soledad. Cuando estos acontecimientos ocurren frecuentemente o son de forma crónica, el terapeuta necesita ayudar a su paciente con abuso de drogas a prever y responder adaptativamente a sus reacciones disfuncionales ante dichas situaciones para que el paciente aprenda a afrontarlas y solucionar aquellas situaciones de riesgo de volver a consumir.

**- *Problemas legales***

Suelen estar presentes los problemas con la justicia cuando hay consumo de drogas. También de tipo pérdida de la custodia de los hijos, infracciones de tráfico, etc. con lo que el terapeuta deberá trabajar con su paciente para ayudarlo a ver esas situaciones de manera más funcional.

**- *Problemas médicos***

El terapeuta debe tener en cuenta los aspectos médicos implicados en el abuso de sustancia y educar al paciente acerca de dichos asuntos, como podrían ser: el insomnio, mal humor, desnutrición, demasiada somnolencia, enfermedades de transmisión sexual, etc.

## **Capítulo 13 – Intervención ante la crisis**

Una crisis supone un cambio no planificado, repentino y frecuentemente no deseado, en la vida de una persona, y se asocia normalmente con el estrés emocional.

En la terapia cognitiva una crisis se considera como un estresor que presenta por un lado un peligro de recaída pero también una oportunidad para aprender. En la medida que los pacientes afronten con éxito las crisis sin el uso de las drogas, aumentará su autoestima y sus habilidades futuras de afrontamiento. Es una responsabilidad muy importante del terapeuta estar disponible para los pacientes en sus momentos de crisis para ayudarles a controlar dichas situaciones.

Las crisis típicas que presentan los pacientes con abuso de sustancias comprenden: que vuelva a consumir, rotura de relaciones significativas, episodios de violencia, reducción económica, pérdida de empleo, problemas legales, de delincuencia, emergencias médicas, sobredosis, suicidios.

### ***Sobredosis y suicidio***

El terapeuta debería: a) determinar la localización del paciente; b) mantenerse con el paciente en contacto permanente; c) evaluar el nivel de la conducta suicida; d) dependiendo de si amenaza con hacerlo habiendo consumido o no, contactar con la policía, una ambulancia u otra persona cercana que pueda hacer esta tarea para que el terapeuta pueda mantener el contacto permanente con el paciente.

### ***Signos de alarma***

- Cuando un paciente llega tarde a la terapia repetidas veces o no aparece y no llama para cancelarla.
- Cuando muestra un cambio de ánimo o de conducta muy marcado.
- Cuando se dificulta la comunicación entre el terapeuta y paciente porque el paciente está ilocalizable o muestra signos de cansancio exagerados.
- Cuando el paciente menciona por sí mismo episodios en los que “casi” ha tomado drogas.

### **Principios generales para tratar una crisis**

- 1º - Evaluar las intenciones que tiene el paciente de querer volver a consumir drogas como técnica para afrontar su vida.
- 2º - Estar atento a la desesperanza y fatalismo del paciente ante sus capacidades.
- 3º - Ayudar al paciente a utilizar sus crisis como una oportunidad para practicar habilidades de afrontamiento y ayudarle a verlo como parte del proceso de su recuperación.
- 4º - Observar (para posteriormente tratar) las creencias disfuncionales y conductas problemáticas habituales del paciente que subyacen a las circunstancias de crisis.

## Capítulo 14 – Terapia de la Depresión en Personas Adictas

Los trastornos del estado de ánimo suelen aparecer frecuentemente como un añadido a los trastornos por abusos de sustancias. Los pensamientos y creencias negativas típicas de la depresión se deberían considerar como una parte del programa de tratamiento.

### **Aplicación del modelo cognitivo de la depresión**

La triada cognitiva negativa comprende la visión que el paciente tiene de sí mismo, su situación actual en la vida y la de su futuro. Las personas que se ven atrapadas en una situación sobre la cual no tienen control, creen que están indefensas o bien que son socialmente indeseables y sólo pueden ver un muro lleno de dificultades y decepciones que probablemente les lleve a: sentirse tristes, expresar pesimismo acerca del futuro, considerar el suicidio como solución, pérdida de energía y motivación, pérdida de apetito sexual, alimenticia y de otras actividades que antes le resultaban placenteras. Todos estos síntomas se pueden considerar como metas de intervención terapéuticas.

### **Creencias asociadas con la depresión**

Las creencias disfuncionales tienen un efecto muy poderoso en el pensamiento de las personas adictas, su manera de sentir, su motivación y su conducta.

Algunos pensamientos típicos son:

- \*Autoconcepto negativo: “estoy indefenso”, “soy débil”, “soy un fracaso”...
- \*Actitud negativa sobre el pasado: Nunca he hecho nada bien”, “siempre he sido infeliz”
- \*Actitud negativa ante la vida presente: “mi familia me ha abandonado”, mi trabajo es aburrido”, “hay demasiadas presiones sobre mí y no puedo soportarlas”...
- \*Actitud negativa acerca del futuro: “si intento algo no funcionará”, “no merezco nada mejor en esta vida”, “las cosas solo pueden empeorar”...

El terapeuta puede someter a evaluación cada una de estas creencias disfuncionales y ayudar al paciente a modificarlas.

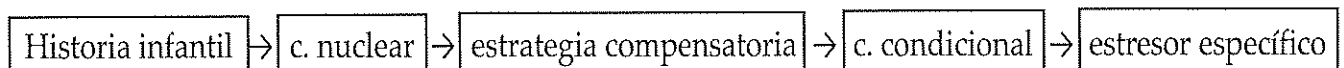
### **Abordaje terapéutico**

#### *Temporización de la intervención*

El terapeuta deberá cuestionarse el grado de intensidad de los síntomas depresivos del paciente para empezar a elaborar el tratamiento.

### **Formulación del caso**

Se deben identificar en particular los síntomas cognitivos, específicamente los pensamientos automáticos y los tipos de distorsiones cognitivas. También se deben relacionar los P.A. con los síntomas afectivos y motivacionales consecuentes. A medida que la historia vital del paciente se va desentrañando, el terapeuta puede construir un diagrama conceptual que contenga la secuencia de acontecimientos externos y reacciones externas.



### **Seleccionar síntomas diana**

El síntoma “diana” se define como un componente del trastorno depresivo que implica sufrimiento o incapacidad funcional. Estos síntomas se dividen en cinco categorías:

- 1) Síntomas afectivos. Tristeza, pérdida de gratificación, apatía, pérdida de sentimientos y del afecto hacia otros, pérdida de la sonrisa, ansiedad.
- 2) Síntomas motivacionales. Deseo de suicidio, de evitar problemas o incluso actividades cotidianas normales.
- 3) Cognitivas. Pensamientos dicotómicos, sobregeneralización, abstracción selectiva, personalización, duras autocríticas.
- 4) Conductual. Pasividad, aislamiento.
- 5) Fisiológicas o vegetativas. Trastornos del sueño y del apetito.

El terapeuta debe tomar la decisión junto con el paciente de que síntoma diana quiere tratar en base a.

- 1º- qué síntomas son los más estresantes para el paciente
- 2º- que síntomas son los más viables para la intervención terapéutica

### **Sacar a la luz pensamientos automáticos y creencias**

Es necesario que el paciente cuestione sus ideas y pensamientos. El terapeuta trata las creencias depresógenas mediante explicaciones y reenfoque.

### **Manejar la ideación suicida**

Estas ideas se deben tratar abiertas y francamente, hay que tratar la desesperación subyacente y la autoimagen negativa. Valorar las razones por las que vivir o morir.

### ***Reacciones negativas ante la terapia***

Es frecuente que el paciente sufra recaídas sintomáticas de depresión durante el tratamiento. Cuando han sido aliviados dichos síntomas se puede abordar los problemas externos que interactúan y agravan los síntomas del paciente.

### **Aplicación de técnicas conductuales**

#### ***Cambio cognitivo mediante el cambio conductual***

El terapeuta ayuda al paciente a cambiar su pobre autoimagen por una más realista mediante actividades constructivas para demostrarle que sus creencias sobre sí mismo no son del todo ciertas. Tratamos de que el paciente recuerde habilidades o cualidades del pasado y le ayudamos a potenciarlas.

### ***Programar actividades***

Es muy importante ayudar al paciente a estructurar su vida y programar un plan de actividades diarias que le saquen de la pereza y falta de motivación.

## **Capítulo 15 - Ira y Ansiedad**

La Ira es uno de los problemas más importantes de las relaciones humanas. Produce un efecto indeseable no solo a las personas a las que se les muestra sino también a quien la siente. Gran parte de la ira es el resultado del significado simbólico que va unido al acontecimiento, el mecanismo cognitivo implicado en magnificar este impacto y el grado de responsabilidad atribuido a la otra persona.

### **Poca tolerancia ante la frustración**

Los paciente sobrerreaccionan ante situaciones que interfieren con la satisfacción de sus deseos o realización de sus objetivos y suelen ser impacientes, de manera crónica, intolerantes e inquietos. El pensamiento que predomina es dicotómico: "ahora o nunca" y cuando no consiguen lo que quieren se les dispara la ansiedad. Los pacientes con PTF tienen la sensación de ser atacados constantemente, tienden a "personalizar" las situaciones y a malinterpretarlas como una amenaza hacia ellos, reaccionan con ira porque en el fondo, se perciben a sí mismos como personas débiles o indefensas. Otro aspecto a tener en cuenta es cómo, a quién y en qué medida atribuye el paciente las responsabilidades en general, este es un tema que debe trabajarse en terapia.



### Listado para la evaluación de la PTF

1. Gratificaciones inmediatas.
2. Los significados idiosincráticos sobre los retrasos, interferencias o bloqueos.
3. Maximizar las circunstancias.
4. Las distorsiones cognitivas: pensamientos dicotómicos, abstracción selectiva, sobregeneralizados, catastróficos, y personalizados.
5. Deberes y obligaciones según el paciente.
6. Las expectativas y las demandas absolutistas.
7. El control sobre otros.
8. La manifestación de la ira.
9. La creencia nuclear de "Estoy indefenso" y "soy indeseable"
10. Las creencias asociadas con la droga.
11. Baja autoestima y mucha autocrítica.

### Tratar aspectos específicos

*Imperativos y necesidades*

*Significado del acontecimiento: miedos escondidos*

*La responsabilidad*

*Control*

*Manejar la ira contra el terapeuta*

*Conductas de abuso y control de la ira*

*Entrenamiento en asertividad y resolución de problemas*

*Resolución de problemas y entrenamiento en habilidades*

*Tratar la tendencia a ser catastrofista*

## Capítulo 16 – Trastornos de la Personalidad Concomitantes

Existe una elevada tasa de prevalencia de trastornos de la personalidad entre personas que abusan de las sustancias, ya que en muchos casos las drogas sirven a estas personas para aliviar a corto plazo sus síntomas, porque el abuso de drogas es un criterio sintomático de muchos trastornos, y porque el consumo de drogas puede agravar estos trastornos. Los pacientes con estas patologías duales son especialmente difíciles de tratar por características como:

1. Sus síntomas más crónicos son egosintónicos, es decir, que no perciben que nada esté mal en su personalidad, tendiendo a justificar constantemente sus comportamientos dañinos.
2. Sus conductas y actitudes son típicamente nocivas para los que los rodean.
3. Son extremadamente resistentes al cambio, no queriendo cambiar ni contemplar de forma objetiva sus conductas o actitudes desadaptativas.
4. Sus problemas suelen ser sinónimos de su personalidad, por lo que cambiarlos es una grave pérdida de identidad para ellos.

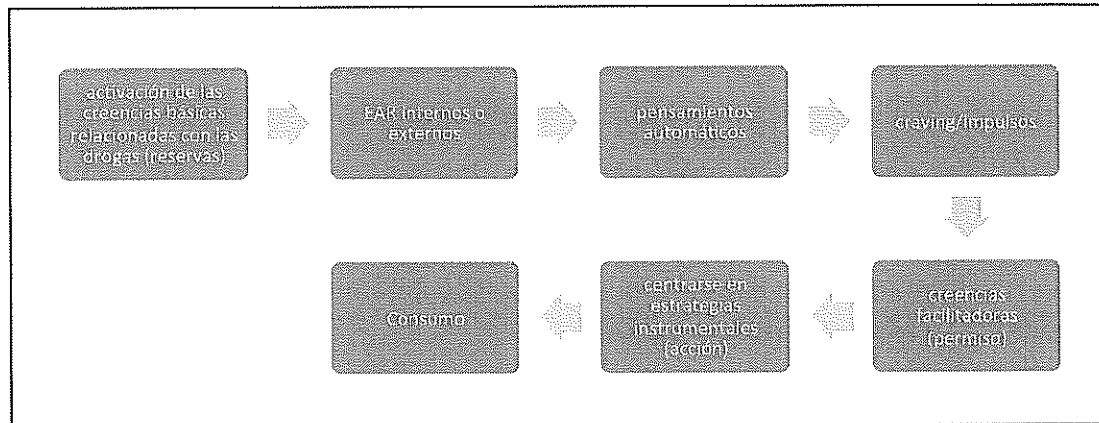
Además, cuando un paciente con trastorno de la personalidad abusa de las sustancias, tiende a tener un patrón de consumo más rígido y compulsivo, además de un riesgo de recaída más elevado. Esto no quiere decir que tratar a pacientes con abuso de sustancias y trastornos concomitantes del eje II sea una tarea imposible, sino que es importante hacer un diagnóstico exhaustivo para detectar estos casos y atender a las dificultades que presentan, colaborando con otros profesionales o remitiendo a los pacientes si es necesario. Para esto es importante guiarse por los criterios y cuestionarios del DSM, así como investigar bien las anteriores experiencias de tratamiento del paciente.

Algunos de los trastornos que solemos encontrar son: TPAS (trastorno de personalidad antisocial), TPB (trastorno de personalidad borderline), personalidad dependiente, evitativo, pasivo-agresivo, obsesivo-compulsivo, narcisista e histriónico.

## Capítulo 17 – Prevención de Recaídas

Cambiar las conductas indeseables temporalmente suele ser relativamente sencillo para muchas personas; sin embargo mantener cambios conductuales a largo plazo parece mucho más difícil. De hecho, la mayoría de las personas que han dejado las drogas han tenido alguna recaída, y esto más probablemente ocurrirá después de los 90 días de limpieza.

## Modelo Cognitivo de Recaídas



EAR (estímulos de alto riesgo) internos: depresión, soledad, aburrimiento, ira, frustración, dolor físico.

Externos: lugares, personas, cosas asociadas con el consumo.

Las recaídas son un reto importante tanto para pacientes como terapeutas ya que pueden disparar pensamientos y creencias contraproducentes en ambos. Es importante que el terapeuta ayude al paciente a ver la recaída como una oportunidad para reforzar su estrategia de limpieza, aunque por supuesto sin que parezca que le estamos animando a tener esa experiencia.

### Técnicas para prevenir y controlar la recaída

#### *Identificación de los EAR*

Hay que incrementar la conciencia del paciente de los EAR para reducir la probabilidad de exposición. Para ello es importante revisar las historias acerca de las ocasiones en que ha recaído en el consumo, con o sin tratamiento. Se puede pedir al paciente que los identifique y que además proponga estrategias para afrontar cada uno.

#### *Estrategias Cognitivas para los EAR*

- Desarrollar creencias de control para contrarrestar las creencias de consumo, como por ejemplo: puedo afrontar las emociones negativas sin tener que tomar drogas.
- Idear actividades de distracción: deporte, escribir, jugar con los niños... son una estrategia a corto plazo pero proporcionan un tiempo entre el craving y la acción, y son una oportunidad para el paciente de ver como el craving disminuye si no se consume.

### *Estrategias Conductuales*

- Ayudar a desarrollar y practicar métodos para afrontar problemas frecuentes tales como discusiones conyugales
- Mantener relaciones significativas con personas al margen de las drogas
- Exposición gradual a los EAR in vitro y in vivo, con un plan de acción.
- Hacer un análisis de V/I de consumir y llevar una tarjeta en el bolsillo para los EAR.
- Desarrollar redes de apoyo social.







