

PAIDÓS Psicología Psiquiatría Psicoterapia

**Aaron T. Beck, Fred D. Wright,
Cory F. Newman y Bruce S. Liese**

Terapia cognitiva de las drogodependencias

Índice

Portada	
Sinopsis	
Portadilla	
Dedicatoria	
Agradecimientos	
Prefacio	
CAPÍTULO 1. PERSPECTIVA GENERAL DEL ABUSO DE SUSTANCIAS	
CAPÍTULO 2. MODELOS COGNITIVOS DE LA ADICCIÓN	
CAPÍTULO 3. TEORÍA Y TERAPIA DE LA ADICCIÓN	
CAPÍTULO 4. LA RELACIÓN TERAPÉUTICA Y SUS PROBLEMAS	
CAPÍTULO 5. FORMULACIÓN DEL CASO	
CAPÍTULO 6. ESTRUCTURA DE LA SESIÓN TERAPÉUTICA	
CAPÍTULO 7. EDUCAR A LOS PACIENTES EN EL MODELO COGNITIVO	
CAPÍTULO 8. ESTABLECER LAS METAS	
CAPÍTULO 9. TÉCNICAS DE TERAPIA COGNITIVA	
CAPÍTULO 10. MANEJO DEL «CRAVING» Y LOS IMPULSOS IRREFRENABLES DE CONSUMIR	
CAPÍTULO 11. PRESTAR ATENCIÓN A LAS CREENCIAS	
CAPÍTULO 12. MANEJO DE LOS PROBLEMAS VITALES EN GENERAL	
CAPÍTULO 13. INTERVENCIÓN ANTE LA CRISIS	
CAPÍTULO 14. TERAPIA DE LA DEPRESIÓN EN PERSONAS ADICTAS	
CAPÍTULO 15. IRA Y ANSIEDAD	
CAPÍTULO 16. TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD CONCOMITANTES	
CAPÍTULO 17. PREVENCIÓN DE RECAÍDAS EN LA TERAPIA COGNITIVA DEL ABUSO DE SUSTANCIAS	
APÉNDICE 1. CREENCIAS ACERCA DEL ABUSO DE SUSTANCIAS	
CUESTIONARIO DE CREENCIAS SOBRE EL «CRAVING» (CBQ)	
ESCALA DE PREVENCIÓN DE RECAÍDAS	
APÉNDICE 2. INVENTARIO PARA MANEJAR LA AMBIVALENCIA Y LOS DESLICES	
APÉNDICE 3. EJEMPLOS TÍPICOS DE LAS VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE UTILIZAR DROGAS	

APÉNDICE 4. REGISTRO DIARIO DE «CRAVING»

APÉNDICE 5. INFORME DEL PACIENTE SOBRE LA SESIÓN DE TERAPIA

APÉNDICE 6. POSIBLES RAZONES PARA QUE NO SE REALICEN LAS
TAREAS DE AUTOAYUDA ...

APÉNDICE 7. INTERVENCIÓN EN TERAPIA COGNITIVA CON PACIENTES...

Bibliografía

Notas

Créditos

Gracias por adquirir este eBook

Visita Planetadelibros.com y descubre una nueva forma de disfrutar de la lectura

¡Regístrate y accede a contenidos exclusivos!

Primeros capítulos

Fragmentos de próximas publicaciones

Clubs de lectura con los autores

Concursos, sorteos y promociones

Participa en presentaciones de libros

PlanetadeLibros

Comparte tu opinión en la ficha del libro
y en nuestras redes sociales:



Explora

Descubre

Comparte

Sinopsis

Fruto de la investigación y la experiencia práctica de Aaron T. Beck y sus colegas, esta se trata de una obra accesible a la vez que exhaustiva, y expone con gran claridad el modelo cognitivo del abuso de sustancias, la especificidad de la formulación de cada caso, el manejo de la relación terapéutica y la estructura de las sesiones de terapia.

TERAPIA COGNITIVA DE LAS DROGODEPENDENCIAS

Aaron T. Beck, Fred D. Wrigth, Cory F. Newman, Bruce S.
Liese

PAIDÓS 
Barcelona • Buenos Aires • México

Para Phyllis, Gwen, Jane y Ziana

AGRADECIMIENTOS

Nos gustaría mostrar nuestro agradecimiento a nuestros apreciados colegas en el campo del tratamiento y la investigación sobre el abuso de sustancias, los doctores Dan Baker, Lino Covi, Tom Horvath, Jerome Platt, Hal Urschel, David Wilson y Emmett Velten, por sus valiosos e inestimables comentarios y sugerencias en las versiones previas de este libro. Agradecimientos especiales también al doctor Kevin Kuehlwein, un miembro importante de nuestro propio equipo de terapia cognitiva en Filadelfia, por su completa evaluación y trabajo editorial en muchos de los capítulos del libro. Las sugerencias de todos han sido muy valiosas durante la realización de este proyecto. También nos gustará mostrar nuestro agradecimiento a Tina Inforzato, que realizó un trabajo manual impresionante al escribir todo este volumen y las anteriores versiones. Sin su esfuerzo incansable, este libro estaría aún «en el tintero».

PREFACIO

Se considera mayoritariamente que el abuso de sustancias es un problema social y legal muy grave. De hecho, la utilización de drogas ilegales puede ser responsable de más del 25 % de crímenes contra la propiedad y un 15 % de los crímenes violentos. Las pérdidas financieras relacionadas con estos crímenes se han estimado en 17.000 millones de dólares al año. Los homicidios también están muy relacionados con el tráfico de drogas. Aproximadamente un 14 % de los homicidios que se cometen cada año puede relacionarse de forma causal con las drogas. El coste de las actividades de la justicia destinadas contra el tráfico de drogas a nivel federal fue, en 1988, aproximadamente de 25.000 millones de dólares, comparados con el presupuesto de 1986, en que se gastaron 1.760 millones de dólares.

También, el consumo de drogas origina muchos problemas de salud. El alcohol puede llegar a dañar casi cualquier órgano del cuerpo, incluyendo el corazón, cerebro, hígado y estómago. Las drogas ilegales como la cocaína pueden afectar gravemente los sistemas neurológico, cardiovascular y respiratorio. Los cigarrillos pueden causar cáncer, enfermedades del corazón y otras enfermedades. La droga que se utiliza más ampliamente y de la que más se abusa es el alcohol. En Estados Unidos, dos tercios de la población bebe alcohol. Cerca de una décima parte de la población tiene problemas tan serios con el alcohol que podría considerarse «alcohólica» o «dependiente del alcohol». (¡Es interesante señalar que este grupo que forma el 10 % de americanos bebe más de la mitad de todo el alcohol disponible!)

Al menos 14 millones de americanos utilizan drogas ilegales cada semana. Durante los «meses álgidos» esta cifra puede crecer hasta 25 millones de consumidores. Algunos expertos han estimado que aproximadamente un 2,3 % de americanos mayores de doce años tienen un problema grave con las drogas ilegales, suficientemente importante como para poder justificar un tratamiento.

En cierta forma, hemos intentado poner un freno ante este abuso de drogas, considerándolas ilegales. Por ejemplo, la cocaína y la heroína son ilegales en Estados Unidos. Fumar cigarrillos cada vez se prohíbe más. En una ocasión se intentó frenar el

alcoholismo mediante mecanismos legales (es decir, prohibiéndolo). Obviamente, estos métodos nunca consiguen que estas sustancias estén completamente inaccesibles.

No todas las personas que utilizan drogas acaban siendo adictas a las mismas, aunque muchos se han preguntado a sí mismos: «¿Soy (o bien otra persona) un alcohólico (o abuso de otras sustancias)?». La Asociación Americana de Psiquiatría ha definido las adicciones con mucha especificidad. De hecho, el término oficial para describir una adicción es «dependencia de una sustancia». Existen una serie de signos característicos de la dependencia de sustancias, que incluyen: a) utilización reiterada y muy frecuente de la sustancia; b) utilización continuada de la misma, incluso aunque pueda causar problemas a la persona; c) tolerancia, y d) síndrome de abstinencia.

En la utilización y abuso de las drogas hay implicados factores culturales e históricos. Los avances históricos han influido en los patrones y las consecuencias de la utilización de unas drogas, ya sea positiva o negativamente. Dos siglos atrás, la extracción de sustancias químicas de los materiales textiles creó productos medicinales más potentes. La invención de la aguja hipodérmica, a mitad del siglo XIX, fue también otra especie de bomba en la medicina, lo que por otro lado permitió que los consumidores de droga consiguieran evitar los controles biológicos naturales, como son el sabor amargo y la baja absorción de sustancias a través del tracto digestivo. Muchas drogas sintéticas desarrolladas en el siglo XIX tenían aplicaciones médicas aunque, a su vez, crearon más posibilidades de que se pudiera abusar y volverse adicto a las mismas. Concluyendo, cualquier actividad que afecte a los sistemas de recompensa del cerebro conducirá en algunos casos a conductas contraproducentes y compulsivas.

Los factores sociales, ambientales y de personalidad han influido en el uso de sustancias de distintas formas, que van más allá de las propiedades farmacológicas simples de estos fármacos. Por ejemplo, el alcoholismo tiene mucha prevalencia entre ciertos grupos étnicos y prácticamente es inexistente en otros, como en los mormones, que requieren la abstinencia total antes de que la persona entre a formar parte del grupo. Por otro lado, otros subgrupos sociales pueden condicionar la aceptación del miembro al grupo a que utilicen drogas o beban. El ambiente social puede influir en el consumo de drogas o alcohol. Por ejemplo, los soldados en Vietnam utilizaron mucho las drogas ilegales pero, en su mayoría, abandonaron dicho hábito fuertemente arraigado después de volver a su hogar. Se ha demostrado que los ambientes empobrecidos, tanto en experimentos con animales como en estudios humanos, podían conducir a la adicción. Tal y como señaló Peele, el denominador común es la falta de otras posibles fuentes de satisfacción. Para acabar, nuestras experiencias clínicas nos indican que los individuos

adictos tienen cierta clase de actitudes adictivas que los convierten en personas que abusan de las drogas y no meramente consumidores de las mismas.

El tratamiento con éxito depende de la efectividad del clínico para tratar con estos peligros potenciales de adicción. ¿Y de qué forma? Tal y como señaló Marc Galanter, presidente de la Academia Americana de Psiquiatría sobre el Alcoholismo y la Adicción, se ha cuestionado la eficacia a largo plazo de los nuevos tratamientos farmacológicos. Los agentes dopaminérgicos y tricíclicos, así como la carbamazepina, en los pacientes con abuso de cocaína, tienen que demostrar aún su eficacia como tratamiento continuado. Contra los opioides, la naltroxona y la buprenorfina sólo ofrecen una contribución modesta en el terreno que tradicionalmente ocupaba el mantenimiento con metadona. La intervención con la transmisión GABAérgica parecía muy prometedora para los alcohólicos, aunque dichas promesas aún están lejos de una posible aplicación clínica (Galanter, 1993, págs. 1-2).

Hemos escrito este libro como respuesta a la necesidad creciente de formular y probar tratamientos rentables (coste/beneficios) para los trastornos por abuso de sustancias, un problema que parece que se esté multiplicando en la población a pesar de los mejores esfuerzos de la sociedad y de la prohibición internacional, el control nacional y la educación. Creemos que la terapia cognitiva, un modelo muy bien fundamentado y de eficacia demostrada, puede ser un instrumento muy útil para llegar a cubrir dicha necesidad.

Durante un tiempo, «el *counseling* y rehabilitación del abuso de drogas» fue considerado como una área específica dentro de la psicoterapia; ahora es evidente que casi todos aquellos profesionales que se dediquen a la práctica clínica encontrarán pacientes que utilizan y abusan de las drogas. Por tanto, es necesario que todos los profesionales de la salud mental reciban una especie de entrenamiento pautado o educación sobre el fenómeno social y psicológico que comprenden los trastornos por adicción. Nuestro libro intenta proporcionar una serie de métodos completos y detallados que pueden ser utilizados inmediatamente por el terapeuta y el *counselor* en el campo de las adicciones, independientemente de la cantidad de experiencia que hayan tenido con la terapia cognitiva o en el campo de las adicciones. Con este objetivo, nos hemos esforzado en desarrollar tan detallada y específicamente como fuera posible nuestro modelo y nuestros procedimientos. Realmente, recomendamos que aquellos que lean el libro, también lean varios de los otros libros importantes que citamos en este texto. Sin embargo, nuestra intención al escribir la *Terapia cognitiva de las drogodependencias* es proporcionar un manual adecuado y básico, que sea amplio, didáctico y aplicable.

Aunque los avances en este área se hayan realizado sobre todo mediante: a) nuevas intervenciones farmacológicas (antabuse, metadona y naltroxona); b) grupos de apoyo de doce etapas (Alcohólicos Anónimos, Narcóticos Anónimos y Cocainómanos Anónimos), y c) modelos y programas de aprendizaje social (prevención de recaídas, recuperación racional, etc.), cada uno de estos abordajes terapéuticos ha supuesto una serie de problemas que limitan la eficacia potencial de cada uno de ellos en el tratamiento de las adicciones. Por ejemplo, las intervenciones farmacológicas han proporcionado datos a corto plazo muy prometedores pero, a su vez, presentan dificultades con el cumplimiento y el mantenimiento de la abstinencia a largo plazo: los pacientes pueden que no tomen sus antagonistas o agonistas químicos, y por tanto, corren el riesgo de recaer cuando dejan sus medicaciones. Los programas de doce etapas o pasos proporcionan un apoyo social muy valioso y principios sistemáticos para orientarse a aquellos individuos que voluntariamente asisten y creen en las reuniones del programa, pero no pueden cubrir las necesidades de aquellos que no consiguen entrar o engancharse en dichos programas, o simplemente los abandonan. Los abordajes propios del aprendizaje social proporcionan modelos sofisticados del abuso de sustancias y su recaída, y se espera que acaben produciendo y acumulando datos empíricos importantes, pero hasta el momento los resultados existentes (con raras excepciones) han sido mucho peor descritos que las teorías de las cuales proceden.

Aunque el abordaje cognitivo que hemos explicado está más relacionado con la teoría sobre aprendizaje social del abuso de sustancias, nos gustaría insistir en que consideramos valiosas todas las intervenciones que antes hemos mencionado. La terapia cognitiva no se «opone» a los programas de doce etapas o los modelos psicobiológicos del abuso de sustancias. Hemos encontrado que estos sistemas de tratamiento alternativos pueden *complementar* nuestros procedimientos. Muchos de los pacientes con abuso de sustancias que hemos tratado en el Centro de Terapia Cognitiva, a la vez asisten a Narcóticos Anónimos y a grupos parecidos de doce etapas. Otros pacientes toman un amplio espectro de psicofármacos, desde antidepresivos hasta antabuse, bajo estricta supervisión médica. La conceptualización individualizada de los sistemas de creencias de cada paciente y las habilidades de afrontamiento a largo plazo (para manejar las preocupaciones cotidianas, así como tratar los impulsos y los *craving* específicos del abuso de las drogas) que proporciona la terapia cognitiva, pueden complementarse bien con la medicación y las reuniones de los grupos de doce etapas. La principal variable que parece que intervenga en si los pacientes participan o no de todas estas oportunidades terapéuticas (después de que han sido presentadas al paciente de manera correcta) no es

la compatibilidad práctica de estos tratamientos, sino la actitud de las *personas que administran los tratamientos*.

Actualmente, una versión preliminar de este libro sirve como manual de tratamiento en el Instituto Nacional de Abuso de Drogas, en un estudio de colaboración multicéntrica que pretende evaluar la eficacia de la terapia cognitiva, la terapia de apoyo y expresividad y el *counseling* general. Los datos obtenidos de este proyecto nos ayudarán a responder a dos preguntas muy importantes: a) ¿ha sido capaz el libro *Terapia cognitiva de las drogodependencias* de convertirse en un manual para el entrenamiento competente de terapeutas cognitivos para tratar pacientes con adicciones?; y b) ¿los pacientes que han recibido el tratamiento especificado en el texto han realizado avances importantes y demostrables? Para poder contestar a estas cuestiones, se proporciona a los terapeutas una supervisión muy intensiva (nota: los autores de este texto sirven con dicha finalidad), completada con la evaluación de la competencia y adherencia de manera regular; el tratamiento *no* se puede confundir con las medicaciones adyacentes: se realizan rutinariamente análisis de orina, y se administran y evalúan multitud de medidas *distintas* a las controladas *per se* para las drogas (para examinar cambios en el estado de ánimo y el funcionamiento adaptativo global).

El abuso de drogas es un problema sociológico al igual que psicológico. Los factores como la pobreza y la falta de una adecuada educación y oportunidades laborales juegan un papel importante en esta epidemia. Sin embargo, creemos que es peligroso suponer que los pacientes con un nivel socioeconómico bajo no podrán beneficiarse de igual manera a como lo hacen los pacientes con un nivel socioeconómico alto. Aunque sea deseable el cambio social, el cambio individual no depende necesariamente de ello. Somos optimistas en la medida que creemos que la terapia cognitiva puede servir como un tratamiento individual importante en la sociedad de hoy, y esperamos que los resultados que obtengamos acaben demostrándolo.

CAPÍTULO 1

PERSPECTIVA GENERAL DEL ABUSO DE SUSTANCIAS

La estructura de América se encuentra profundamente afectada por los problemas de abuso de sustancias. Dichos problemas no sólo afectan directamente a los millones de americanos que sufren de abuso de sustancias sino que, indirectamente, afecta a las vidas de millones de personas más de la gran red social y profesional que los rodean. Uno de cada diez adultos en este país tiene problemas graves con el alcohol (Instituto de Medicina, IOM, 1987) y al menos uno de cada cuatro es adicto a la nicotina (Centros para el Control de Enfermedades, CDC, 1991a). Aproximadamente uno de cada 35 americanos de más de doce años abusa de drogas ilegales (IOM, 1990a). Este consumo de sustancias muestra profundas ramificaciones sociales, médicas y psicológicas tanto para el individuo como a niveles sociales más extensos. La CDC (1991b), por ejemplo, estimó que aproximadamente 434.000 personas en este país morían cada año como resultado de fumar tabaco y muchos miles de personas más mueren también como resultado del alcoholismo (IOM, 1987), y/o del abuso de sustancias ilegales (ION, 1999a). Sin embargo, deberíamos insistir en que el abuso de sustancias se hace extensivo a muchas más áreas y el número de víctimas es mucho mayor que las cifras someras que estamos dando a entender.

En este capítulo introductorio mostraremos el escenario para la terapia de conducta del abuso de sustancias. Empezaremos con una visión general de las sustancias psicoactivas y el abuso de las mismas, revisaremos brevemente la historia de la utilización de dichas sustancias, describiremos las sustancias más utilizadas comúnmente y de las que más se abusa, discutiremos los modelos cognitivos para comprender el abuso de sustancias y su recaída y chequearemos los métodos más tradicionales, para el tratamiento del abuso de sustancias.

Antecedentes: sustancias psicoactivas y abuso de las mismas

Las sustancias psicoactivas son productos químicos que afectan el sistema nervioso central, alterando el pensamiento de la persona que abusa de los mismos, su estado de ánimo y/o sus conductas. La tercera edición revisada del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III-R; Asociación Americana de Psiquiatría, APA, 1987) describe 10 categorías de sustancias psicoactivas: alcohol; anfetaminas o agentes simpaticomiméticos similares; *cannabis*; cocaína; alucinógenos; inhalantes; nicotina; opiáceos; fenciclidina (PCP) o agentes similares arilciclohexilaminas; y sedativas como los hipnóticos o ansiolíticos. Cada una de estas sustancias tiene propiedades y efectos únicos. Algunas sustancias de las que se abusa tienen poco potencial adictivo (p. ej., alucinógenos), mientras que otras tienen gran poder adictivo (p. ej., la cocaína *crack*). Algunas de ellas se suelen fumar (p. ej., nicotina, *cannabis* y cocaína *crack*); otras se ingieren oralmente (p. ej., alucinógenos y sedativos); mientras que otras se toman de forma intranasal (p. ej., cocaína en polvo e inhalantes). Algunas drogas hacen que la persona que las ingiere se sienta fuerte, animada (p. ej., anfetaminas y cocaína); algunas hacen que las personas se sientan con un estado de ánimo entristecido o relajadas (p. ej., alcohol, hipnóticos y ansiolíticos); mientras que otras (p. ej., alcohol y nicotina) producen simultáneamente ambos efectos en el consumidor.

El DSM-III-R distingue entre abuso de sustancias y dependencia de las mismas. El *abuso* se define como un patrón disfuncional de utilización de sustancias psicoactivas mientras que la *dependencia* (considerada algo más serio que el abuso) se define como incapacidad de control del consumo (es decir, adicción fisiológica). En este libro, no vamos a ahondar mucho en la distinción entre ambos términos. En vez de ello, consideramos cualquier patrón de consumo de sustancias psicoactivas como problemático y que requiere de intervención, si acaba generando consecuencias adversas ya sean sociales, profesionales, legales, médicas o interpersonales, independientemente de que dicho consumidor experimente, o no, tolerancia fisiológica o síndrome de abstinencia. Es más, aunque somos cautelosos ante las visiones simplistas del tipo o todo o nada, sobre la adicción y su recuperación, y aunque reconocemos que algunos pacientes tienen más capacidad que otros para mantener un consumo controlado y un abuso moderado, somos partidarios de un programa de tratamiento que se esfuerce por conseguir la abstinencia total. De esta forma, intentamos maximizar las oportunidades del paciente de mantener un estilo de vida capaz y responsable, reduciendo el riesgo de recaída y evitando mostrar a los pacientes la falsa impresión de que consideremos una mera *reducción* en su consumo de droga como un resultado positivo de la terapia.

Las sustancias psicoactivas han sido utilizadas por la mayoría de las culturas desde tiempos prehistóricos (Westermeyer, 1991). De hecho, durante siglos las drogas psicoactivas han tenido muchas funciones individuales y sociales. A nivel individual, han proporcionado estimulación, liberación tanto de los estados emocionales adversos como de los síntomas físicos indeseables, y estados alterados de conciencia. A nivel social, las sustancias psicoactivas han facilitado los rituales religiosos, ceremonias y han tenido finalidades médicas. Sabemos ya de la utilización del opio en China y en Egipto desde los primeros escritos de estas civilizaciones (Westermeyer, 1991). En la India se cita la marihuana desde «al menos, más allá del segundo milenio a.C.» (Brecher, 1972, pág. 397). Las pruebas de cómo utilizaban los mayas, aztecas e incas las drogas en su medicina y rituales, se pueden evidenciar en sus estatuas y dibujos de sus edificios y cerámica (Karan, Haller y Schnoll, 1991; Westermeyer, 1991). La utilización del alcohol se remonta a tiempos del Paleolítico (Goodwin, 1981) y la civilización mesopotámica ofreció una de las primeras descripciones clínicas de intoxicación y curación de la resaca.

Ya en tiempos modernos, la Organización Mundial de la Salud (OMS) se ha preocupado acerca de los problemas que origina el abuso de las drogas y el alcohol a escala mundial (Grant, 1986). Ya en 1968, la OMS realizó un estudio internacional del consumo de droga en la juventud (Cameron, 1968), y en un estudio más reciente (Smart, Murray y Arif, 1988) se revisaron los programas de prevención y abuso de drogas en 29 países. Sin embargo, Smart y sus colaboradores concluyeron en esta revisión que «la gravedad del problema de la droga es de sobras conocida en algunos países, pero no así en otros» (pág. 16). Actualmente la OMS está enfocando los problemas derivados del alcohol mediante la elaboración de un protocolo de prevención secundario (Babor, Korner, Wilber y Good, 1987).

Las decisiones y programas sobre la droga en Estados Unidos, se han visto profundamente afectados por actitudes históricas y socioculturales con relación a las drogas psicoactivas, desde un espectro menos restrictivo (p. ej., liberales) hasta muy restrictivo (p. ej., criminales). Por ejemplo, desde finales de 1700 hasta finales de 1800, las drogas psicoactivas (especialmente los narcóticos) se distribuían ampliamente en Estados Unidos. De hecho, Musto (1991) ha expuesto que el opio y la cocaína eran legales y estaban a disposición del público por medio del «farmacéutico local». Un escrito de la Unión de Consumidores (Brecher, 1972) describía el siglo XIX como «el paraíso de los drogatas» debido a las pocas restricciones que existían. Ya a finales de

1800 y principios de 1900, se empezaron a desarrollar las concepciones médicas de la adicción, influenciadas sobre todo por el temprano interés sobre el curso de las adicciones del doctor Benjamin Rush (1790). El primero que utilizó el término alcoholismo en 1849 fue un médico sueco, Magnus Huss (IOM, 1990b). Al mismo tiempo (finales de 1800 y principios de 1900) la política de Estados Unidos cada vez consideraba más criminalizable el consumo de droga. Sin embargo, entre 1960 y 1970 las actitudes acerca de las drogas se hicieron menos restrictivas a medida que las actitudes sociopolíticas de Estados Unidos se hacían más liberales. Simultáneamente, el modelo de enfermedad sobre las adicciones cada vez ganaba más adeptos, en parte debido al trabajo de Jellinek (1960).

Desde 1980, Estados Unidos ha vuelto a ser menos tolerante y más restrictivo acerca de las drogas. Al menos dos hechos podrían explicar dicho fenómeno: a) cada vez se han hecho más evidentes, con el aumento del consumo, los efectos negativos de las drogas en los individuos, la familia y la sociedad, y b) las actitudes sociopolíticas en Estados Unidos han tendido, en general, a ser cada vez más conservadoras. Sin embargo, y al mismo tiempo, cada vez existe más controversia acerca del modelo de enfermedad de la adicción («Modelo Actual de Enfermedad», 1992, Fingarette, 1988; Peele y Brodsky, con Arnold, 1991) y la criminalización de las sustancias psicoactivas (R. L. Miller, 1991).

LAS DROGAS MÁS UTILIZADAS

Alcohol

El alcohol es simultáneamente una sustancia química, un brebaje y una droga que «modifica intensamente el funcionamiento del sistema nervioso» (Levin, 1990, pág. 1). Aproximadamente un 10 % de americanos en Estados Unidos tienen serios problemas con la bebida; un 60 % son bebedores entre *light* a moderados; y el resto, un 30 % de los adultos de Estados Unidos, no consume alcohol. Sin embargo, el abuso del alcohol explica aproximadamente un 81 % de las hospitalizaciones por trastornos debidos al abuso de sustancias (IOM, 1987). Es importante señalar que la mitad del consumo de alcohol de este país es realizado por sólo un 10 % de bebedores graves. El porcentaje de hombres que bebe es mayor que el de mujeres, y un mayor porcentaje de hombres son bebedores graves.

Al principio el alcohol actúa como un anestésico general, interfiriendo sutilmente con algunas funciones como el pensamiento, el razonamiento o el juicio (Miller y Muñoz,

1976). Sin embargo, a medida que la concentración de alcohol en sangre va aumentando (CAS), los efectos se hacen más intensos hasta que incluso se afecta la función motriz básica. Ante niveles de CAS aún mayores, aparece el sueño y en último término se puede producir la muerte como resultado de la anulación de la respiración.

«El alcohol afecta casi todos los órganos del cuerpo ya sea directa o indirectamente (Instituto Nacional de Abuso del Alcohol y Alcoholismo, NIAAA, 1990, pág. 107). Por tanto, si el abuso es crónico, el alcohol puede causar serios y múltiples problemas médicos, que van desde daños en el hígado, el páncreas, el tracto gastrointestinal, el sistema cardiovascular, el sistema inmunológico, el sistema endocrino y el sistema nervioso. También se ha asociado enormemente el alcohol como una de las causas que conducen a muertes accidentales en Estados Unidos: accidentes con vehículos de motor, caídas y accidentes relacionados con el fuego. Es más, aproximadamente un 30 % de los suicidios y la mitad de todos los homicidios están relacionados con el alcohol (IOM, 1987), así como las estimaciones de muertes anuales relacionadas con el alcohol van desde 69.000 a 200.000 por año (IOM, 1987). Además, un porcentaje significativo tanto de los crímenes violentos como no violentos se cometen bajo la influencia del alcohol (McCord, 1992). La utilización crónica del alcohol también puede tener otras consecuencias sociales importantes, como perder una carrera, los amigos y la familia. Por ejemplo, una cantidad importante de abusos sexuales y físicos está relacionada con estados de intoxicación del agresor (Clayton, 1992; Frances y Miller, 1991; Harstone y Hansen, 1984), y la disfunción familiar general se suele asociar con el alcoholismo de uno o más de sus componentes adultos (Heath y Stanton, 1991). Las complicaciones médicas se pueden transmitir incluso a la siguiente generación, ya que si la madre bebe durante la época de embarazo, puede provocar el síndrome del alcohol fetal y otros defectos serios de nacimiento. De hecho, la exposición prenatal al alcohol es una de las causas más importantes de retraso mental en la cultura occidental (NIAAA, 1990, pág. 139).

Drogas ilegales

De acuerdo con la IOM (1990a) al menos 14 millones de personas consumen drogas ilegales cada mes. Durante los meses en que se alcanza el punto más alto, el consumo llega hasta más de 25.000 millones de usuarios. Se ha estimado que aproximadamente un 2,3 % de la población de Estados Unidos mayores de doce años han tenido un problema suficientemente serio como para requerir tratamiento. Sin embargo, esta estadística es sustancialmente más grande para los individuos que están encarcelados (33 %) o en libertad condicional (25 %). Cuando se incluye a estas personas en los datos

epidemiológicos, la estimación de los problemas originados por el consumo ilegal de drogas en el total de la población es de un 2,7 %.

Si tenemos en cuenta el coste social del consumo de drogas ilegales, se estima que más del 25 % de crímenes contra la propiedad y un 15 % de crímenes violentos están relacionados con la utilización ilegal de drogas por el criminal. La pérdida de dinero estimada con relación a estos crímenes se ha estimado en 1.700 millones de dólares por año. Los homicidios también están muy relacionados con las actividades que rodean las transacciones de droga. Aproximadamente un 14 % de homicidios al año están relacionados de manera causal con las drogas. El coste de las actividades judiciales relacionadas con estos crímenes, contra el tráfico de drogas a nivel federal, fueron aproximadamente de 25.000 millones de dólares en 1988, en comparación con 1.760 millones de gasto en 1986. En las siguientes secciones presentaremos descripciones breves de tres de las drogas ilegales más comunes: marihuana, cocaína y los opiáceos.

En 1972, un escrito de la Unión de Consumidores identificó la marihuana como la cuarta droga psicoactiva más popular en el mundo, después de la cafeína, la nicotina y el alcohol (Brecher, 1972, pág. 402). Aunque el consumo de la marihuana ha disminuido desde 1979, sigue siendo la droga de consumo más extendida en la sociedad occidental (APA, 1987; Weiss y Millman, 1991).

Normalmente la marihuana se fuma, aunque también se puede ingerir. Tal y como Weiss y Millman (1991) exponen, a pesar de su efecto general sedativo, los efectos psicoactivos de la marihuana en el usuario son muy variados, «... dependen sobre todo de la personalidad del usuario, sus expectativas y el ambiente en el que está» (pág. 160).

Se han debatido intensamente los efectos de la marihuana sobre la salud y éste sigue siendo un tema muy polémico, probablemente debido a los efectos no sistemáticos de la droga en el individuo y a través de diferentes personas. Durante algún tiempo, la marihuana se consideraba relativamente segura y no adictiva (Brecher, 1972). Sin embargo, en el presente se asocia a múltiples efectos físicos y psicológicos, desde labilidad afectiva y depresión, síndrome amotivacional, disminución de la memoria a corto plazo y enfermedades pulmonares (Weiss y Millman, 1991). De acuerdo con el DSM-III-R, la dependencia de la marihuana se caracteriza por la utilización abusiva de la misma (p. ej., diaria) con un deterioro sustancial. La dependencia de la marihuana también predispone a las personas ante otros problemas psicológicos, al igual que los dependientes del *cannabis* también son probablemente policonsumidores de otras sustancias o padecen otros trastornos psiquiátricos (APA, 1987; Weiss y Millman, 1991).

La cocaína es un potente estimulante del sistema nervioso central que produce

euforia, alerta y sensación de bienestar. También disminuye la ansiedad y las inhibiciones sociales incrementando la energía, la autoestima y la sexualidad. Actualmente la cocaína es una de las drogas ilegales utilizada más ampliamente. De hecho, el consumo de la cocaína se incrementó en 1991, «a pesar de los tres años de guerra de la administración Bush contra las drogas» (Mental Health Report, 1992, pág. 5). Seguramente, para muchas personas los efectos tan positivos a corto plazo de la cocaína, tanto psicológicos como fisiológicos, superan los peligros asociados con la adquisición y el consumo de la misma. Siguiendo a Gawin y Ellinwood (1988): «El objetivo de esta euforia directa, de raíz farmacológica, es tan dominante que el usuario es capaz de ignorar algunos signos de desastre personal que se van acumulando» (pág. 1174).

La cocaína es un alcaloide (como la cafeína y la nicotina) que se extrae de la hoja de la coca. En su estado puro, las hojas de coca se pueden masticar, aunque esta práctica está casi restringida a las poblaciones nativas en los países productores de cocaína (APA, 1987).

En Estados Unidos, la cocaína se suele tomar por vía intranasal (p. ej., esnifada o aspirada) en la forma de polvo de cocaína hidrociorada. En este estado, el consumidor extiende el polvo en una superficie dura y entonces lo prepara en «líneas», que se esnifan (Karan y otros, 1991). En forma de polvo, la cocaína hidrociorada también se puede mezclar con agua y administrarse vía intravenosa con una inyección. Este proceso se conoce como «chutarse» o «inyectarse» (Karan y otros, 1991). La inyección intravenosa de cocaína produce unos efectos psicológicos y fisiológicos muy intensos en 30 segundos (Jones, 1987).

La cocaína también se puede fumar como una pasta o en forma de alcaloide (es decir, «base»). En esta forma también produce su efecto en unos segundos. La cocaína *crack* (llamada de esta forma por el sonido de la cocaína cuando es pura) suele ser la forma base corriente que se vende relativamente barata, empaquetada y ya preparada para su uso en pequeñas dosis (Karan y otros, 1991). De acuerdo con Karan y otros (1991), el *crack* barato, aproximadamente de 2 a 10 dólares por frasquito, «ha estado ampliamente disponible en las calles de muchas ciudades americanas desde 1985» (pág. 125), haciéndolo más accesible al presupuesto de muchos adolescentes e incluso de la gente más empobrecida. Además de esta mayor disponibilidad, nos encontramos con el hecho de que la cocaína *crack* produce un «subidón o colocón» de enorme intensidad, casi instantáneo. Por tanto, la cocaína *crack* es extraordinariamente adictiva, produciendo un deterioro sustancial del funcionamiento diario, por término medio al cabo de sólo unas

semanas de su consumo (Gawin y Ellinwood, 1988; Smart, 1991), mucho más rápido, por ejemplo, que el consumo intranasal de la cocaína. Estas características de la cocaína *crack* hacen que predisponga a un rápido crecimiento de la prevalencia de su abuso.

De hecho, muchos observadores han sugerido que la utilización de cocaína ya ha alcanzado niveles epidémicos (Weinstein, Gottheil y Sterling, 1992). En la prensa popular, por ejemplo, un artículo biográfico ilustrado del *Reader's Digest* describe la cocaína como «el demonio entre nosotros» (Ola y D'Aulaire, 1991). Esto contrasta sorprendentemente con la glorificación que se hace de la cocaína en las películas y en las canciones entre 1970 y 1980, cuando la cocaína era considerada la droga escogida por los poderosos y opulentos. En la prensa científica, Gawin y Ellinwood (1988) explican que «creyendo que la droga era segura, millones de personas probaron la cocaína, y explotó el abuso de la misma» (pág. 1173). Estos autores describen que un 15 % de los americanos han probado la cocaína, y 3 millones de personas han abusado de la cocaína regularmente desde 1986, motivando «un aumento cinco veces mayor de los adictos a la heroína» (pág. 1173). Smart y Adlaf (1990) informan del aumento de personas tratadas por abuso de cocaína desde 1980. Cohen (1991) atribuye esta «explosión de la cocaína» a factores de provisión (p. ej., bajo coste, disponibilidad y alta rentabilidad), factores externos (p. ej., presión de los compañeros y las representaciones hechas por los medios de comunicación sobre el uso de la droga), factores internos (p. ej., hedonismo, sociopatía, depresión y estrés vital) y factores intrínsecamente relacionados con la droga (p. ej., «el imperativo farmacológico»). Sorprendentemente, el abuso de la cocaína ocurre y persiste a pesar de los graves problemas médicos que se asocian con su consumo: daños en el sistema nervioso central, atrofia cardíaca, accidentes cerebrovasculares, colapsos respiratorios, grave hipertensión, exacerbación de las enfermedades crónicas y complicaciones psiquiátricas (Estroff, 1987). Debido a que el abuso de la cocaína ha producido menos tratamientos alternativos farmacológicos que los producidos ante otros tipos de abusos de drogas ilegales, como la heroína (Alterman, O'Brien y McLellan, 1991; Covi, Baker y Hess, 1990; Stine, 1992) y debido a la gravedad y extensión de los problemas relacionados con la cocaína, en este manual de tratamiento hemos puesto proporcionalmente más énfasis en la cocaína y el *crack*, que en otro tipo de drogas.

Los opiáceos, incluyendo la heroína, la metadona y la codeína, son drogas que farmacológicamente se parecen a la morfina. Las drogas de este grupo producen sensaciones de euforia, relajación y mejora del estado de ánimo. También tienen la ventaja de que reducen el dolor, la ansiedad, la agresión y el impulso sexual (IOM,

1990a), y son consideradas altamente adictivas. De acuerdo con Thomason y Dilts (1991):

Los opiáceos tienen la capacidad de gobernar toda la atención del individuo, sus recursos y energía, y centrarlos, exclusivamente, en la obtención de la próxima dosis a cualquier precio. Este círculo vicioso se repite cada 24 horas al día, 365 días al año, desde el principio al final. La comprensión de las implicaciones del abuso de opiáceos impresiona y asombra a las personas que tienen inquietud por conocer (pág. 103).

Aunque la utilización de agentes farmacológicos agonistas como la metadona (y antagonistas como la naltroxona) han representado tradicionalmente un aspecto muy importante del tratamiento del abuso de heroína, la metadona, por sí misma, está desafortunadamente sujeta a varias formas de abuso (p. ej., tráfico en los mercados negros o su utilización con otras drogas). Además, muchos consumidores de heroína consideran que la metadona es inferior a la «verdadera droga», lo que les conduce a la falta de cumplimiento y al abandono en los programas de tratamiento (Grabowski, Stitzer y Henningfield, 1984). Por tanto, consideramos que los planteamientos farmacológicos (incluso en el caso de la heroína) representan una estrategia terapéutica incompleta a menos que se utilicen en combinación con otros abordajes como los grupos de apoyo y la terapia cognitiva.

Nicotina

Fumar cigarrillos es de lejos la causa de muerte simple más fácil de evitar que existe en Estados Unidos. De hecho, se ha estimado que unas 434.000 personas murieron en 1988 debido al consumo de cigarrillos (CDC, 1991b). Esta cifra incluye aquellos que murieron por cáncer, enfermedades de pulmón, enfermedades del corazón, incendios causados por fumar sin cuidado y enfermedades renales y del páncreas. Aproximadamente 49,4 millones de americanos (28,1 %) son consumidores regulares de tabaco (CDC, 1991a), a pesar del hecho de que se conozca que es una de las causas destacadas de morbilidad y mortalidad en este país.

Sin embargo, desde mediados de 1970 se ha reconocido que el número de fumadores ha disminuido considerablemente. Históricamente, más hombres que mujeres fuman y, sin embargo, una mayor proporción de hombres que de mujeres lo han dejado. Se ha vaticinado que hacia el año 1995 habrá más mujeres fumadoras que hombres. Irónicamente y a pesar de la unión histórica y publicitaria entre los cigarrillos y el estatus, la riqueza y lo atractivo, se da el caso de que, cada vez más, la gente con menos estatus social es la que más fuma. Por ejemplo, el número de fumadores entre las minorías, los pobres y la gente con menos educación, ha crecido, y se espera que esta tendencia continúe (Pierce, Fiore y Novotny, 1989).

La nicotina es el ingrediente psicofarmacológico adictivo en los cigarrillos. Tal y como hemos mencionado antes, la dependencia de la nicotina se incluye en el DSM-III-R, al mismo tiempo que las dependencias de otras sustancias psicoactivas (alcohol, opiáceos, cocaína, etc.). No sorprende que hayamos encontrado que el proceso adictivo con el tabaco sea análogo al proceso comprendido en otras sustancias psicoactivas. Por tanto, aunque la adicción a la nicotina no esté asociada con el mismo grado de consecuencias sociales, profesionales y legales como en el caso de las adicciones a otras drogas ilegales, sus peligros médicos y el hecho de que un hábito de consumo de cigarrillos temprano en la vida conduzca frecuentemente a la adicción de sustancias «más duras» (Henningfield, Clayton y Pollin, 1990), lo convierte en un área importante para la intervención en salud mental. Aunque este libro se centre poco en los métodos específicos para la eliminación del hábito de fumar, creemos que los mismos principios de evaluación y tratamiento (p. ej., afrontamiento del *craving*¹ y modificación de las creencias) que postulamos en este libro son plenamente aplicables al paciente adicto a la nicotina.

Abuso de sustancias múltiples

Los individuos que abusan de una sustancia psicoactiva, probablemente también abusan simultáneamente de otra sustancia. De hecho, entre un 20 % y 30 % de los alcohólicos entre el público en general, y aproximadamente un 80 % en los programas de tratamiento, dependen de, al menos, otra droga. Una de las combinaciones más frecuentes es el alcohol, la marihuana y la cocaína (N. S. Miller, 1991, pág. 198).

N. S. Miller (1991) explicó que el abuso de sustancias múltiples ocurría por múltiples razones. Por ejemplo, algunas drogas aumentan los efectos de otras, mientras que otras se utilizan para evitar algunos efectos secundarios indeseables de otras drogas. Algunas drogas se utilizan para tratar los efectos secundarios del síndrome de abstinencia producido por otras drogas y, de igual forma se utilizan como sustitutos de otras drogas.

Los correlatos médicos y psicológicos del abuso de sustancias múltiples son numerosos (N. S. Miller, 1991). Incluyen desde problemas asociados con cada droga individual (p. ej., el abuso del alcohol asociado con problemas en el hígado y el corazón) así como aquellos más asociados a sustancias múltiples (p. ej., sobredosis inducidas por interacción entre drogas).

DOBLE DIAGNÓSTICO: ABUSO DE SUSTANCIAS Y OTROS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS

La coexistencia de abuso de sustancias con otros trastornos mentales es algo bastante

frecuente (p. ej., Ananth y otros, 1989; Brown, Ridgely, Pepper, Levine y Ryglewicz, 1989; Bunt, Galanter, Lifshutz y Castaneda, 1990; Davis, 1984; Hesselbrock, Meyer y Kenner, 1985; Kranzler y Liebowitz, 1988; Nace, Saxon y Shore, 1986; Nathan, 1988; Penick y otros, 1984; Regier y otros, 1990; Ross, Glaser y Germanson, 1988; Schneier y Sins, 1987). En un estudio de más de 20.000 americanos realizada por Regier y otros (1990) se encontró que los individuos con trastornos psiquiátricos mostraban 2,7 veces más probabilidad de tener problemas con el alcohol u otras drogas, comparados con aquellos que no tenían problemas psiquiátricos. De hecho, un 37 % de los individuos con abuso de sustancias coexisten con algún trastorno mental en el Eje I.

A partir de estos datos, parece claro que los individuos con abuso de sustancias deberían beneficiarse de una intervención terapéutica que simultáneamente se enfocara también a sus trastornos mentales. La terapia cognitiva es ideal para estos individuos ya que fue desarrollada y probada en pacientes con depresión, ansiedad y trastornos de personalidad (véase Hollon y Beck, en prensa, para una revisión extensa sobre el tema). De hecho, un componente importante de la terapia cognitiva comprende la conceptualización del caso (Persons, 1989), definida como la evaluación y la integración de la información histórica, el diagnóstico psiquiátrico, el perfil cognitivo y otros aspectos del funcionamiento (véase capítulo 5, en este libro, para una descripción detallada de la conceptualización del caso). Por ejemplo, cuando se encuentra la coexistencia de un trastorno psiquiátrico con abuso de una droga o alcohol en un paciente, el terapeuta se centra simultáneamente en el abuso de sustancias y los síntomas del síndrome psiquiátrico así como en otros factores propios de la interacción (véanse capítulos 14, 15 y 16, en este libro, para aprender más sobre el tratamiento de los pacientes con doble diagnóstico).

Prevención de recaídas

El abuso de sustancias y su dependencia se caracterizan tanto por su remisión como por su recaída. En una revisión clásica realizada por Hunt, Barnett y Branch (1971) se encontró que la heroína, la nicotina y el alcohol se asociaban de forma similar por sus altas tasas y patrones de recaídas (pág. 455; véase figura 1.1). Estos investigadores encontraron que dos tercios de los individuos tratados recaían en tres semanas. Muchos investigadores han especulado acerca del significado de estos descubrimientos, y la mayoría infieren que reflejan procesos comunes que subyacen a estas adicciones. De hecho, desde la publicación de Hunt y colaboradores (1971), los especialistas en

adicciones se han centrado en desarrollar y evaluar modelos más exhaustivos de la adicción que incluyan todas las sustancias psicoactivas, al igual que el juego o la ingesta de comida compulsiva.

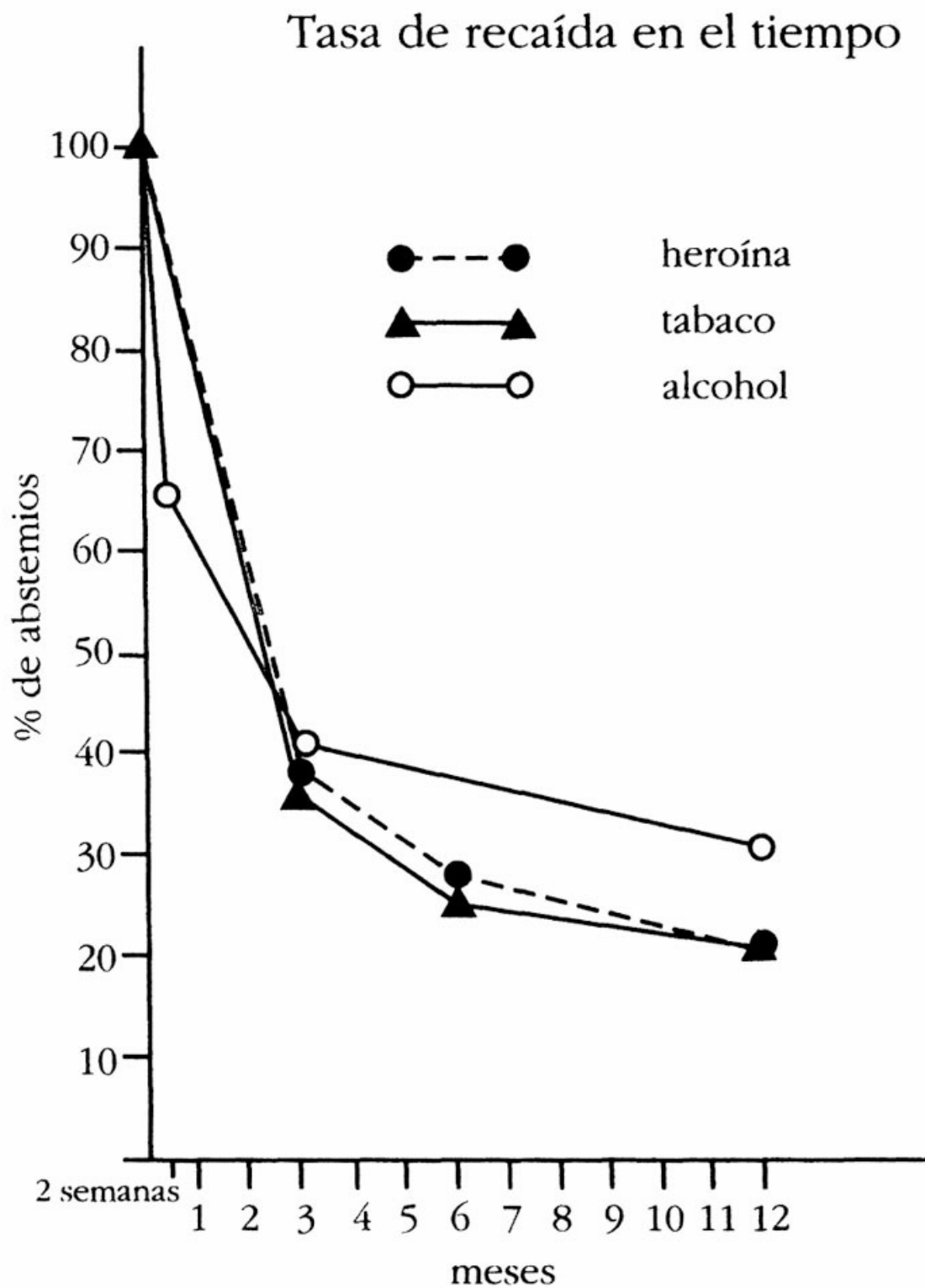
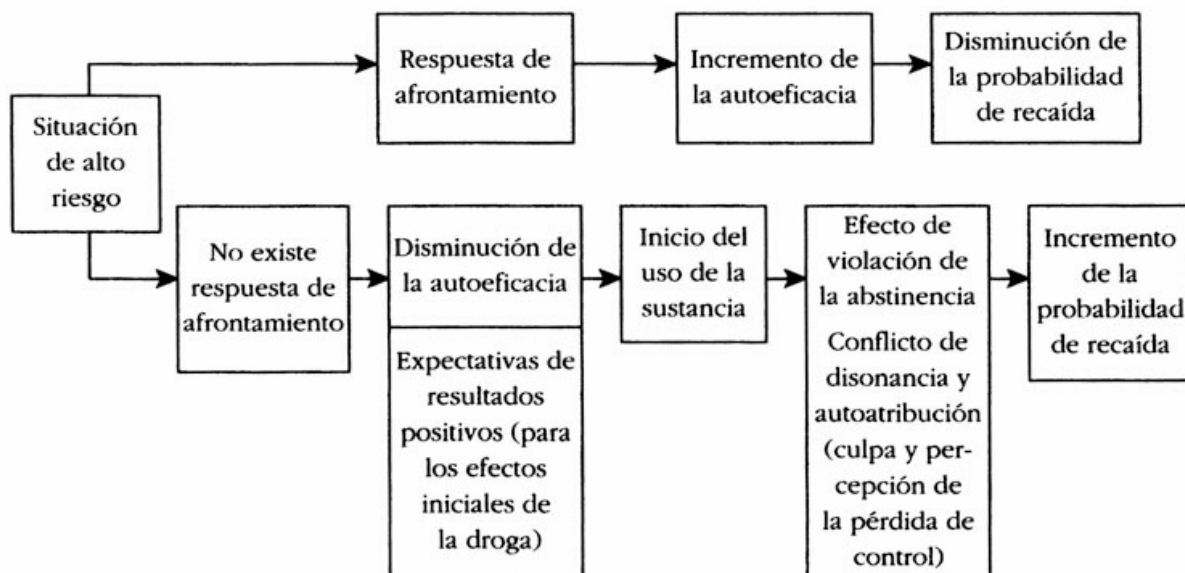


Figura 1.1. Tasa de recaída con el tiempo para la heroína, el tabaco y la adicción al alcohol. De Hunt, Barnett y Branch (1971), pág. 456. Copyright 1971 por Clinical Psychology Publishing Co., Inc.

Marlatt y sus colaboradores (Brownell, Marlatt, Lichtenstein y Wilson, 1986; Marlatt, 1978; Marlatt, 1982; Marlatt y Gordon, 1985) han realizado una contribución importante a la literatura científica sobre la adicción con su modelo cognitivo-conductual de prevención de la recaída. Siguiendo el modelo de Marlatt y Gordon (1985) (véase figura 1.2) los individuos se ven a sí mismos como si tuvieran una sensación o percepción de control o autoeficacia. Cuando se enfrentan con situaciones de alto riesgo, esta sensación se ve amenazada. Estas situaciones de alto riesgo para el abuso de drogas del paciente incluyen desde estados físicos o estados emocionales negativos o positivos, conflictos interpersonales, presión social o exposición a las señales asociadas con la droga. Cuando los individuos se enfrentan a estas situaciones de alto riesgo deben responder con conductas de afrontamiento. Aquellos que tienen respuestas de afrontamiento efectivas, desarrollan mayor autoeficacia y como consecuencia existe menos probabilidad de recaída. Aquellos que tienen relativamente menor número de respuestas de afrontamiento o ninguna, experimentarían una disminución en su autoeficacia y un aumento de las expectativas sobre los efectos positivos que produciría la droga, seguido de un desliz, es decir, empieza de nuevo el consumo de la droga. Este consumo inicial desemboca en lo que Marlatt llama el Efecto de la violación de la abstinencia (EVA; p. ej., percepción de la pérdida de control) y un aumento final de la probabilidad de recaída.



El trabajo de Marlatt y sus colaboradores ha tenido un profundo impacto en el conocimiento de las conductas adictivas. De hecho, actualmente la mayoría de textos habituales sobre las adicciones tratan de la prevención de la recaída, ya sea de una forma u otra. Aunque casi todo el trabajo que se ha realizado sobre prevención de recaídas se ha generado a partir del modelo cognitivo-conductual (p. ej., Chiauuzzi, 1991), varios programas (p. ej., Alcohólicos Anónimos), e incluso los defensores del modelo de enfermedad, recientemente han incrementado el énfasis en la prevención de las recaídas (p. ej., Gorski y Miller, 1986).

Modelos de adicción

Numerosos modelos teóricos se han desarrollado para poder explicar las conductas adictivas (véanse Baker, 1988; Blane y Leonard, 1987, para revisiones recientes). Tal y como mencionamos anteriormente, la tendencia dominante entre los expertos en adicciones es hacia el desarrollo de modelos exhaustivos que expliquen todas las adicciones.

MODELOS COGNITIVOS DE LA ADICCIÓN

Se han desarrollado y evaluado gran variedad de modelos cognitivos relativos a la adicción (p. ej., Abrams y Niaura, 1987; Marlatt, 1978, 1985; McDermut, Haaga y Shayne, 1991; Stacy, Newcomb y Bentler, 1991; Tiffany, 1990; Wilson, 1987a, 1987b) desde la clásica presentación de la teoría del aprendizaje cognitivo social de Bandura (1969, 1977).

Marlatt (1985) describe cuatro procesos cognitivos relacionados con las adicciones que reflejan los modelos cognitivos: autoeficacia, resultados esperados, atribuciones de causalidad y procesos de toma de decisiones. La autoeficacia se refiere al juicio que cada uno tiene sobre su propia habilidad para manejarse de forma competente en situaciones desafiantes o de alto riesgo, es decir peligrosas. Ejemplos de creencias de autoeficacia elevadas los podemos encontrar en las siguientes frases: «Yo *puedo* afrontar satisfactoriamente las tentaciones de utilizar drogas» o «Yo *puedo* decir “no” a las

drogas». Ejemplos de creencias de baja autoeficacia incluirían lo siguiente: «Soy un esclavo de las drogas, «*No puedo* pasar un día sin drogas», «*No puedo* conseguir lo que quiero, por tanto, de todas formas utilizo las drogas». Marlatt (1985) explica que los niveles de autoeficacia bajos se asocian con recaídas mientras que niveles de autoeficacia elevados se asocian con la abstinencia. Marlatt (1985) también explica que la autoeficacia se incrementa en función del éxito; en la medida en que los individuos escojan de forma apropiada no utilizar las drogas, experimentarán un incremento del sentimiento de autoeficacia, por ejemplo, creyendo que su sentimiento de orgullo es mayor que su necesidad de sentirse «colocado».

Los resultados esperados se refieren a las anticipaciones que hace el individuo acerca de los *efectos* de una sustancia o actividad adictiva. Entre los resultados esperados positivos se deberían incluir las siguientes creencias: «Me hará sentir bien para la fiesta de esta noche», o «No me sentiré tan tenso si lo uso». En la medida en que uno espera un resultado más positivo que negativo de la utilización de las drogas, más probabilidad tiene de continuar usándolas.

Las atribuciones de causalidad se refieren a las creencias de un individuo acerca de si la utilización de la droga es atribuible a factores internos o externos. Por ejemplo, un individuo puede creer lo siguiente: «Nadie que viva en mi barrio llegará a ser un consumidor de droga» (factor externo), o «Soy adicto físicamente al alcohol y mi organismo no puede sobrevivir sin él» (factor interno). Marlatt (1985) explica que este tipo de creencias externalizantes es muy probable que acabe produciendo un consumo continuado de droga, ya que el individuo percibe su utilización como predestinada y fuera de control. Por ejemplo, el EVA es la tendencia de la persona a creer que es incapaz de controlar el uso de sustancias después de un desliz inicial. Es decir, el EVA ocurre cuando una persona ha tenido un «lapsus» o «desliz» (es decir, haber utilizado una droga después de haberse abstenido de ella durante algún tiempo) y atribuye su desliz a una «falta de poder de voluntad» (es decir, un factor causal interno). Bajo dichas circunstancias, este individuo probablemente tenderá a *continuar* usando la droga, acabando en una recaída completa. Esto es análogo a la descripción de Beck (1976) del pensamiento todo-nada; por ejemplo: «He fallado, así que de todas formas, seguiré consumiendo».

Marlatt (1985) también describe el abuso de sustancias y la recaída como un proceso cognitivo de toma de decisiones. Demostró (con un ejemplo divertido) que el abuso de sustancias es el resultado de múltiples decisiones, en tanto en cuanto conduce, o no, al uso posterior de sustancias. Además, también explicó que algunas decisiones al principio

parecen como irrelevantes al abuso de sustancias («aparentemente decisiones irrelevantes»); sin embargo, estas decisiones, al final, acaban provocando mayor probabilidad de recaídas debido al incremento de empuje que lo dirige hacia situaciones de mayor riesgo. En este ejemplo, Marlatt «inocentemente» escoge sentarse en la sección de fumadores del aeroplano, después de haberse mantenido sin fumar durante varios meses. Como resultado de esta decisión, será más vulnerable a recaer (porque se expone a otros fumadores, a su humo y a sus ofrecimientos de fumar cigarrillos). Vemos aquí el mismo fenómeno en los pacientes que se quejan de haber tenido la intención de permanecer abstemios del alcohol u otras drogas ilegales, sólo por el hecho de aceptar alegremente una invitación de encontrarse con un amigo en una taberna local, o haber decidido orgullosamente desviarse de su camino con la finalidad de ir por la esquina de una calle donde se vendían las drogas. Cuando dichos pacientes cometen un error, tanto con el alcohol como con la droga, parece sorprendente observar que no son capaces de darse cuenta de las maneras en que ellos mismos se predisponen a fallar en sus decisiones, que los *conducen* al accidente presente.

Desafortunadamente, los modelos cognitivos del abuso de sustancias no han sido integrados adecuadamente en muchos programas de tratamiento de las adicciones (IOM, 1990a; Miller y Hester, 1985). Este libro proporciona un tratamiento centrado, paso a paso, basado en el modelo cognitivo de Beck (1976). Es nuestro deseo que los capítulos que siguen estimulen e incrementen la aplicación de este modelo cognitivo del abuso de sustancias, tanto desde situaciones de tratamiento, como desde distintas modalidades.

La motivación para el cambio

Los esfuerzos que se realizan para analizar el tratamiento de las adicciones son incompletos si no se considera el tema de la motivación. Miller y Rollnick (1991) se centraron en este tema, explicando que muchos adictos tienen pensamientos auténticamente *contradictorios* acerca de cambiar (antes que ejercer poca resistencia, tener poca voluntad o problemas de carácter). Los autores consideran la motivación como un «estado de predisposición o anhelo apremiante de cambiar, que fluctuaría de un momento a otro y de una situación a otra» (pág. 14).

Prochaska, DiClemente y Norcross (1992) han proporcionado un modelo exhaustivo para la conceptualización de la motivación de los pacientes para cambiar. En su trabajo, Prochaska y otros (1992) han identificado cinco estadios de cambio, precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento. En el estadio de *precontemplación*, los individuos están menos implicados en superar sus problemas y están menos motivados a cambiar sus conductas problemáticas. En el estadio de

contemplación, los individuos desean examinar los problemas asociados con su abuso de sustancias y tienen en consideración las implicaciones del cambio, aunque no hagan aún ninguna acción constructiva para ello. También existe mayor probabilidad de que respondan más positivamente a enfrentarse con los problemas y la educación, aunque todavía estarán ambivalentes. En el estadio de *preparación*, a los pacientes les gustaría hacer cambios reales y por tanto desean ayuda para sus problemas, aunque se sientan perdidos en cuanto a saber lo que es necesario para poder estar al margen de la droga. En el estadio de *acción*, los individuos han tomado un compromiso para cambiar y han empezado ya a modificar sus conductas. Prochaska y otros (1992) han señalado que éste es un estado especialmente estresante, que requiere de bastante apoyo y aliento terapéutico. En el estado de *mantenimiento*, los individuos intentan continuar el proceso que ya han empezado en los estadios de contemplación y acción. En los últimos años, durante los que se ha puesto mucho énfasis en la prevención de las recaídas, el estadio de mantenimiento ha recibido una atención especial.

Prochaska y DiClemente (1986) advierten de que el proceso de cambio es muy complejo. Explican que la «mayoría de individuos no progresan linealmente a través de los distintos estadios de cambio» (pág. 5). Alternativamente, ofrecen un «modelo de puerta giratoria» (pág. 6), que se basa en el supuesto de que los individuos hacen múltiples giros alrededor del círculo de los estadios, antes de conseguir sus objetivos a largo plazo. Además, también observan que algunos individuos se anclan en los primeros estadios del cambio.

En palabras de Prochaska y DiClemente (1986): «La terapia de las conductas adictivas puede progresar de manera adecuada si tanto el cliente como el terapeuta están centrados en el mismo estadio de cambio» (pág. 6). Utilizando la dependencia de la nicotina como ejemplo, un fumador en el estadio precontemplativo se beneficiará poco de los consejos acerca de las estrategias específicas para dejar de fumar. Sin embargo, el mismo fumador responderá bien a las cuestiones relacionadas con el mantenimiento de la salud, que puede conducir a un debate posterior sobre los efectos que provoca fumar en la salud, que a su vez, conducirá a comentar los beneficios que produce dejar de fumar, y que, *ocasionalmente*, permitirá plantear las estrategias específicas a adoptar. Está claro que una de las mejoras en esta área de trabajo podría provenir de comprender las causas que hacen que el paciente esté preparado a buscar ayuda (Tucker y Sobell, 1992).

El modelo de Prochaska y otros (1992) es una guía muy útil. Sin embargo, es importante señalar que no es imposible tratar a los pacientes que se encuentran en el

estadio precontemplativo de cambio (especialmente si están bajo mandato judicial para que asistan a terapia). En cambio, no es posible garantizar el éxito en el tratamiento de los pacientes que están en la fase de cambio o mantenimiento. Se requiere del mismo grado de vigilancia y compromiso del terapeuta cognitivo, independientemente del estadio de cambio en el que se encuentre la persona con una adicción.

OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

Algunos modelos de adicción (p. ej., Alcohólicos Anónimos y otros programas con el modelo de enfermedad) consideran la abstinencia total como el único objetivo posible del tratamiento. Los defensores de estos modelos consideran la adicción como un fenómeno todo/nada, donde cualquier uso es patológico y la abstinencia es considerada como un estado de «recuperación» (antes que «recuperado»). En cambio, los defensores del modelo cognitivo-conductual tienden, en su mayoría, a considerar que una utilización *light* o moderada (p. ej., «bebida controlada») puede llegar a ser una meta u objetivo del tratamiento aceptable, en algunos casos.

Durante un tiempo, la bebida controlada fue un tema extremadamente controvertido (Marlatt, 1983). Sin embargo, ahora normalmente se acepta que las metas del tratamiento pueden variar de acuerdo con las necesidades del paciente, sus problemas y su respuesta previa al tratamiento. Por ejemplo, Sobell, Sobell, Bogardis, Leo y Skinner (1992), estudiaron bebedores con problemas para determinar su preferencia por las metas del tratamiento trazadas por sí mismos o por el terapeuta (p. ej., abstinencia *versus* bebida controlada). Encontraron que la mayoría de las personas preferían establecer sus propias metas y creían que sería mucho más probable conseguirlas; todavía era más probable que los sujetos del estudio con problemas más graves de bebida prefirieran trazar sus propias metas. En general, estamos de acuerdo en preferir un abordaje de colaboración con el paciente a la hora de establecer las metas. Por tanto, en la medida en que se permite a los pacientes con adicciones más graves establecer una meta un tanto modesta de *reducción* del abuso de una sustancia, en vez de introducir a estos pacientes resistentes a una terapia de curso más completa, estamos a favor de la utilización controlada de una sustancia. Sin embargo, a largo plazo creemos *firmente* en ayudar a los pacientes a ser libres de la droga y del alcohol por completo.

El tratamiento del abuso y dependencia de sustancias

En realidad, muchos programas de tratamiento de abuso de sustancias son eclécticos tanto en la teoría como en la práctica, e incluyen varias fases de tratamiento interno y externo, atención a programas de doce etapas, educación, psicoterapia, terapia familiar, grupos de apoyo, farmacoterapia y otros. En nuestra opinión, la terapia cognitiva puede ser compatible con cualquiera de estos abordajes. De hecho, muchos de nuestros pacientes con abuso de drogas y alcohol que atienden a grupos de apoyo, han pasado por desintoxicación interna y toman medicación. Las principales ventajas que la terapia cognitiva *añade* a esta batería de abordajes terapéuticos es su énfasis en: a) la identificación y modificación de *creencias* que exacerban el *craving* o deseo irrefrenable de consumir; b) la mejoría de los estados de afecto negativo (p. ej., ira, ansiedad y desesperanza) que normalmente disparan el consumo de la droga; c) enseñar a los pacientes a aplicar una batería de habilidades y técnicas cognitivas y conductuales y no meramente la fuerza de voluntad, para poder llegar a estar libres de la droga y mantenerse sin consumirla, y d) ayudando a los pacientes a ir más allá de la abstinencia, que les permita poder hacer cambios positivos e importantes en la forma en que se perciben a sí mismos, su vida y su futuro, conduciéndolos a un *estilo de vida* nuevo.

En la próxima sección presentaremos un pequeño resumen de los tratamientos más tradicionales del abuso de sustancias y su dependencia.

TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO

Miller y Hester (1980, 1986) han realizado revisiones exhaustivas de la literatura científica que existe acerca del tratamiento del alcoholismo. Estos autores han examinado nueve tipos principales de intervenciones. Las cuatro más comunes son farmacoterapia, psicoterapia o *counseling*, Alcohólicos Anónimos y educación sobre el alcoholismo. Los abordajes terapéuticos menos empleados son la terapia de familia, la terapia aversiva, los métodos operantes, la bebida controlada y otros tratamientos de espectro más amplio.

Miller y Hester (1986) concluyen en sus revisiones que el tratamiento del alcoholismo se realiza mejor mediante un abordaje que contiene un proceso de dos etapas, requiriéndose distintas intervenciones en cada etapa. El primer grupo de intervenciones debería centrarse en cambiar las conductas de beber por la abstinencia o la moderación (p. ej., entrenamiento en autocontrol conductual). El segundo grupo de intervenciones debería estar centrado en mantener la sobriedad (p. ej., entrenamiento en habilidades sociales para poder incrementar la confianza para relacionarse con gente que no utiliza drogas).

Sin embargo, Miller y Hester (1986) también elaboraron unas conclusiones problemáticas acerca de la pobre relación que existía entre la investigación empírica y los abordajes de tratamiento interno más tradicionales. Los métodos de tratamiento que se apoyan en los resultados de investigación controlada incluyen terapias aversivas, entrenamiento en autocontrol conductual, refuerzo comunitario, terapia familiar y matrimonial, entrenamiento en habilidades sociales y control del estrés, mientras que los abordajes que actualmente se están utilizando como prácticas estandarizadas en los programas de alcoholismo incluyen Alcohólicos Anónimos, educación sobre el alcoholismo, disulfarina, terapia de grupo y *counseling* individual. Los autores han señalado que hay poco solapamiento entre estas dos listas: el tratamiento en programas de alcoholismo en Estados Unidos *no* tiende a usar métodos de tratamiento que hayan sido validados por estudios con resultados controlados. Es más, Miller y Hester (1986) apuntan que los programas de tratamiento interno tradicionales son muy caros, «a pesar de que no haya ninguna evidencia clara de que sean más efectivos» (pág. 163). De acuerdo con esto, McLellan y otros (1992) expusieron que la desintoxicación estándar de los «programas de 28 días» (a pesar de su coste) son insuficientes para lograr mejoras a largo plazo. Sin duda, para ayudar a los pacientes con abuso de drogas o alcohol a conseguir mejoras más duraderas, los tratamientos deben ser complementados con tratamientos externos simultáneos, que se centren en el cambio de actitud y en la adquisición de habilidades.

El Instituto de Medicina ha encargado recientemente a un comité de la Academia Nacional de Ciencias que elabore una revisión crítica exhaustiva sobre los estudios e investigaciones realizados sobre el tratamiento de los problemas con el alcohol (1990b). El comité ha descubierto que los tratamientos incluyen «una extensa cantidad de actividades que varían en contenido, duración, intensidad, metas, situaciones, proveedor y según la población a la que va dirigida» (pág. 86). La evaluación del comité fue que «no hay ningún tratamiento simple o modalidad que se haya demostrado que sea superior a los otros» (pág. 86). Sus conclusiones, publicadas en la *Broadening the Base of Treatment for Alcohol Problems* (1990a) incluyen las siguientes:

1. No hay ningún tratamiento simple que sea efectivo para todas las personas con problemas alcohólicos.
2. Ofrecer las modalidades de tratamiento específicas y apropiadas, puede mejorar ostensiblemente los resultados.
3. Las intervenciones breves pueden ser bastante efectivas comparadas con la falta de

tratamiento, y pueden ser mucho más efectivas económicamente comparadas con tratamientos más intensivos.

4. El tratamiento de otros problemas vitales relacionados con la bebida puede mejorar el pronóstico en personas con problemas con el alcohol.
5. Las características del terapeuta son determinantes parciales del resultado.
6. Los resultados vienen determinados, en parte, por los factores del proceso de tratamiento, factores de adaptación después del tratamiento, las características del individuo que busca ayuda, las características de sus problemas y las interacciones entre estos factores.
7. Las personas que son tratadas por problemas de alcohol llegan a conseguir un continuo de resultados con respecto a la conducta de beber y los problemas con el alcohol y su tratamiento sigue distintos cursos, en cuanto a resultados.
8. Aquellos que disminuyen significativamente su nivel de consumo de alcohol o que llegan a ser totalmente abstemios, usualmente también disfrutan de mejoría en otras áreas de la vida, en particular a medida que el período de reducción del consumo se hace más grande (págs. 147-148).

Estos descubrimientos del Instituto de Medicina (1990a), conjuntamente con los de Miller y Hester (1986), ponen claramente de manifiesto que existe todavía una necesidad profunda de encontrar tratamientos del alcoholismo eficaces. Creemos que los principios introducidos en este libro podrán integrarse y ser evaluados en programas de tratamiento tradicionales, de cara a conseguir programas de tratamiento del alcoholismo efectivos y apropiados.

TRATAMIENTO DEL ABUSO DE DROGA ILEGAL

Además de este escrito sobre programas de tratamiento del alcohol, el Instituto de Medicina nombró otro comité distinto (1990a) para revisar la literatura científica sobre el tratamiento de los problemas ocasionados por las drogas en Estados Unidos. Específicamente, el comité dividió los tratamientos en cuatro categorías: mantenimiento con metadona, comunidades terapéuticas, programas de metadona externos y programas de dependencia químicos.

Estos descubrimientos (1990a) fueron similares a los de Miller y Hester (1986). Los programas más válidos empíricamente eran el mantenimiento con metadona en clínica para la dependencia de opiáceos. También algunas evidencias apoyaban la eficacia de las

comunidades terapéuticas y el tratamiento externo con metadona. Sin embargo, «la dependencia química es el tratamiento con mayor cantidad de ingresos, seguramente el segundo con mayor número de clientes, y el que tiene menor base científica en cuanto a su efectividad» (IOM, 1990a, pág. 18). Sin embargo, el Instituto de Medicina reconoció que la mayoría de estudios sobre mantenimiento con metadona se realizaron entre 1970 y principios de 1980. Como resultado, estas investigaciones no se han centrado suficientemente con los problemas crecientes de la cocaína en el país. Por contra, en este libro nos centraremos mucho en la terapia cognitiva contra la adicción de cocaína y *crack*.

INTERVENCIONES PARA DEJAR DE FUMAR

En un informe publicado por el Instituto Nacional del Cáncer, Schwartz (1987) revisó críticamente la literatura científica concerniente a las intervenciones realizadas para dejar de fumar. Dividió todos los métodos en diez categorías: a) autoayuda, b) grupos de abordaje educacional, c) medicación, d) mascar chicle de nicotina, e) hipnosis, f) acupuntura, g) *counseling* médico, h) ensayos de prevención contra factores de riesgo, i) programas comunitarios y medios de comunicación, y j) métodos conductuales. Schwartz (1987) encontró una variabilidad considerable en las tasas de dejar de fumar conseguidas por los distintos métodos.

Aproximadamente un millón de americanos cada año dejan de fumar y lo hacen por sí mismos, mediante «autoayuda». De hecho, tres quintas partes de los fumadores *preferirían* dejar de fumar por sí mismos, antes que tener que buscar ayuda en programas para dejar de fumar (Schwartz, 1987). Existen muchas ayudas para uno mismo cuando se quiere dejar de fumar, desde libros, panfletos, cintas de audio, preparados farmacéuticos, cursos por correspondencia y otros tipos. Casi todos los esfuerzos de autoayuda y otras ayudas comprenden algunas técnicas cognitivas. De hecho, aquellos que consiguen tener éxito y lo dejan por sí mismos, muestran expectativas más altas de éxito y autoeficacia (que son áreas muy influenciadas por las intervenciones cognitivas) comparado con aquellos que no tienen éxito. Aproximadamente un 16 %-20 % de fumadores que lo dejan por sí mismos tienen una abstinencia de un año (Schwartz, 1987).

Para aquellos que quieren recibir asistencia para poder dejar de fumar existen clínicas no lucrativas y comerciales, y otros grupos disponibles. La mayoría de ellos utilizan métodos cognitivos, que incluyen desde la educación, autocontrol y modificación de las actitudes acerca del hábito de fumar. En una revisión sobre 46 grupos de programas para dejar de fumar, Schwartz (1987) encontró tasas medias de alrededor del 21 % al 36 % de

personas que lo lograban, dependiendo de la longitud del seguimiento posterior realizado y de la época en que se realizó el estudio.

También se han utilizado a lo largo de estos años un buen número de medicamentos para ayudar a dejar el hábito de fumar. Estos medicamentos incluyen desde lobelina, meprobamato, anfetaminas, anticonvulsionantes, buspirona, propranolol, clonidina, nicotina polacrílica, y más recientemente nicotina transdérmica. De entre éstos, los medicamentos más prometedores han sido aquellos que reemplazan la nicotina por los cigarrillos con prescripción de nicotina (es decir, chicle de nicotina y nicotina transdérmica). De hecho, las tasas medias de cesación para el chicle de nicotina a seis meses y a un año de seguimiento fueron del 23 % y del 11 %. Estas tasas eran sustancialmente más altas cuando el chicle se utilizaba conjuntamente con programas para dejar de fumar cognitivoconductuales: 35 % y 29 % (Schwartz, 1987). En el momento en que se escribe este libro, la Administración de Alimentos y Drogas acaba de aprobar los sistemas de liberación de nicotina transdermales. Por tanto, todavía no se han producido ensayos de campo importantes con estos «parches».

El público en general también se ha interesado tanto por la hipnosis como por la acupuntura, como programas para dejar de fumar. Sin embargo, la validez empírica de estos métodos es débil y se requiere de otros estudios controlados antes de poder asumir su eficacia (Schwartz, 1987).

Resumen

Un gran número de personas en Estados Unidos están afectadas por el abuso de sustancias. Se han escrito miles de libros y artículos sobre el tema y se han gastado millones de dólares en la investigación sobre las adicciones. No obstante, existe una notable escasez de estrategias de tratamiento del abuso de sustancias que sean efectivas de forma fiable. Sin embargo, durante años se ha apreciado que existen procesos cognitivos que subyacen y que son comunes a todas estas adicciones. (Incluso Alcohólicos Anónimos avisa a los alcohólicos acerca de los «horribles pensamientos».) Estamos seguros que comprender y trabajar con estos aspectos cognitivos más explícitamente, ayudará a resolver algunas de las incertidumbres que inundan este campo de trabajo, que es el tratamiento del uso de sustancias.

En los capítulos que siguen a continuación, nos esforzaremos en describir los procedimientos que comprende nuestro abordaje con mucha especificidad. Una versión preliminar de este libro está sirviendo como manual de terapia en un estudio que se está

realizando por el Instituto Nacional de Abuso de Drogas, en el que se comparan la terapia cognitiva, la terapia de apoyo y expresividad y el tratamiento general de *counseling* para el abuso de cocaína. Tenemos la esperanza que nuestro libro, *Terapia cognitiva de las drogodependencias*, continúe sirviendo como guía de entrenamiento para posteriores evaluaciones clínicas y empíricas.

CAPÍTULO 2

MODELOS COGNITIVOS DE LA ADICCIÓN

¿Por qué las personas utilizan drogas (y/o el alcohol)?

Algunos individuos son «generalistas» y utilizan gran variedad de sustancias adictivas casi de forma aleatoria o en función de su disponibilidad. Otros son «especialistas» y la elección que realizan de la droga dependerá de sus propiedades farmacológicas específicas así como de su significado social (p. ej., el alcohol se considera frecuentemente como algo masculino y asociado con los deportes mientras que la cocaína está asociada con la aceptación del grupo y la actividad sexual). Por ejemplo, la cocaína puede ser utilizada por sus propiedades estimulantes produciendo una rápida «excitación». De igual forma, las anfetaminas pueden ser utilizadas como energizantes psíquicos. Por contra, los barbitúricos, las benzodiazepinas y el alcohol tal vez se prefieran por su efecto relajante, así como por su presunta liberación de inhibiciones. Los alucinógenos son atractivos para determinadas personas porque alivian el aburrimiento y «expanden la conciencia». La mayoría de las personas adictas a la cocaína también han abusado de otras drogas y/o del alcohol (N. S. Miller, 1991; Regier y otros, 1990; Stimmel, 1991).

Existen numerosas explicaciones de por qué la gente utiliza y llega a ser adicta a determinadas sustancias psicotropas. En general, el proceso de la adicción queda explicado por medio de un pequeño número de fórmulas simples y bastante obvias. La razón básica para empezar con las drogas o el alcohol es conseguir placer, experimentar la euforia de encontrarse colocado y compartir la excitación con la compañía de alguien que también lo esté utilizando (Stimmel, 1991). Además, existe la expectativa de que, por ejemplo, la cocaína incremente la eficacia, mejore la fluidez verbal y aumente la creatividad.

¿Cómo pasan las personas de un uso meramente recreacional o casual, a la utilización regular de una droga? Con el paso del tiempo, hay una serie de factores adicionales que contribuyen a que la persona llegue a ser dependiente de la droga. Algunas personas encuentran que tomar drogas como la heroína, las benzodiazepinas (como el valium) o

los barbitúricos, proporciona un alivio temporal de la ansiedad, la tensión, el aburrimiento o el cansancio. Estas personas desarrollan pronto la creencia de que pueden hacer frente mejor a las frustraciones y el estrés de la vida, si pueden tomar drogas y/o alcohol durante un período para escapar u olvidar. Las personas con circunstancias vitales adversas tienen más probabilidad de llegar a ser adictos, que aquellos con más fuentes de satisfacción (Peele, 1985). Por un momento, los problemas diarios reales se convierten en insignificantes y la vida, en sí misma, parece más atractiva. Tal y como un paciente expuso: «Si tomo coca, mis pensamientos desagradables desaparecen». Además, las personas con poca confianza en sí mismas pueden considerar que las drogas o el alcohol refuerzan su moral, al menos a corto plazo. Finalmente, muchas personas descubren que utilizar drogas les introduce en nuevos grupos sociales en los cuales el único requerimiento para ser admitido y aceptado es que sean consumidores de una sustancia determinada.

Si utilizar drogas tiene tantas ventajas, ¿por qué debemos preocuparnos por intentar que la gente deje el «hábito que tiene de tomar droga»? Las graves implicaciones que tiene con la ley consumir una droga (y venderla para poder mantener el hábito) son tan obvias que no necesitaríamos dar más explicaciones. Independientemente de que las drogas sean legales, como el alcohol, o ilegales, el abuso de sustancias crea serios problemas personales, sociales y médicos (Frances y Miller, 1991; Kosten y Kleber, 1992).

Un problema importante es que parece que la droga consiga controlar a los individuos adictos. Sus objetivos, sus valores y sus lazos de unión pasan a estar subordinados a la utilización de la droga. No pueden controlar su vida con eficacia. Pasan a estar sujetos a un círculo vicioso de *craving* o deseos irrefrenables por consumir, cambios precipitados del estado de ánimo y mayor angustia, que sólo puede ser aliviada inmediatamente por la utilización de nuevo de las drogas.

La red de problemas externos e internos que conducen, y que posteriormente hacen que se mantenga, la utilización compulsiva de una droga, es una característica definitoria de la adicción. Lejos de calmar el dolor de la vida, las drogas crean una nueva clase de problemas, como enormes desembolsos económicos (para las drogas ilegales), la amenaza de la pérdida del empleo presente y dificultades en relaciones personales importantes, como el matrimonio. Además, la persona queda estigmatizada por la sociedad, como un «alcohólico» o un «yonqui». Al final, es evidente que la utilización crónica pueda causar graves problemas médicos e incluso la muerte.

Tal y como ha señalado Peele (1989), la utilización compulsiva de agentes

psicotropos depende de una gran variedad de factores sociales y personales. Si el ambiente es peligroso y existe un grupo de apoyo para la utilización de la droga, como en el caso de los soldados estadounidenses en Vietnam, es muy probable una masiva utilización de la misma. Cuando el ambiente es comparativamente menos estresante (como cuando los veteranos vuelven de nuevo a la vida civil), las personas no continúan con una utilización excesiva excepto en aquellos casos en que ya habían sido grandes consumidores antes del servicio militar (Robins, Davis y Goodwin, 1974).

Un número importante de características distinguen a los individuos adictos de los que son consumidores casuales. Una diferencia fundamental estriba, tal y como ha señalado Peele (1985), en que mientras los individuos adictos subordinan algunos objetivos importantes a la utilización de la droga, los consumidores casuales priorizan más otros valores: la familia, los amigos, la ocupación, el ocio y la seguridad económica, por nombrar sólo algunos de ellos. Además, los consumidores de drogas tienen ciertas características como son la baja tolerancia ante la frustración, poca asertividad o poco control del impulso, que los hace a su vez más susceptibles. De esta forma, los factores psicológicos y sociales serían los factores determinantes, antes que las propiedades farmacológicas *per se*, a la hora de convertir a un consumidor de drogas en una persona que abusa de las mismas. Un hecho que apoya esta hipótesis es el fenómeno que frecuentemente se da en los hospitales, donde «los pacientes que toman opiáceos para el dolor crónico o el dolor provocado por el cáncer, pocas veces experimentan euforia e incluso aún más raro, casi nunca llegan a desarrollar dependencia psíquica o adicción a los cambiantes efectos en el estado de ánimo que provocan los narcóticos» (*Medical Letter on Drugs and Therapeutics*, 1993, pág. 5) Si la adicción a las drogas fuera meramente un proceso biológico, no podríamos esperar que esto fuera de esta forma.

En la figura 2.1 se representa la secuencia de utilización de una droga o de la bebida. Un individuo adicto que se siente ansioso o con humor deprimido decide fumar o esnifar. Al alivio a corto plazo le siguen las consecuencias negativas a largo plazo en el tiempo: problemas con la ley, problemas financieros importantes, dificultades familiares y posibles problemas médicos. Estos problemas conducen a miedos reales de poder ser detenido, de llegar a arruinarse, de perder el empleo, de dificultar las relaciones personales íntimas y de llegar a enfermar. Estos miedos generaran más ansiedad y conducirán al *craving* y posteriormente a utilizar las drogas o la bebida para neutralizar la ansiedad. Así, se acaba estableciendo un círculo vicioso.

La droga crea muchas otras clases de círculos viciosos, que describiremos en el capítulo 3. Éstos comprenden una serie de factores psicológicos tales como la

autoestima, la angustia emocional y la desesperanza.

¿Por qué no se deja de tomar drogas o alcohol si crea problemas?

Por definición, los adictos son personas que tienen dificultad en dejarlo de forma permanente. Pueden haber empezado a utilizarlo voluntariamente pero o bien no creen que puedan dejarlo o bien no escogen voluntariamente dejarlo. Al primer signo de problemas médicos, financieros o interpersonales, muchos consumidores ignoran, minimizan o niegan los problemas, o los atribuyen a alguna cosa distinta a las drogas (p. ej., pueden haber culpado a su esposa por problemas domésticos). Otros se pueden dar cuenta de los problemas, pero evalúan las ventajas de seguir consumiendo antes que los inconvenientes. Gran parte de esta evaluación se basa en evitar un análisis correcto de las desventajas que conlleva (Gawin y Ellinwood, 1988; Gawin y Kleber, 1988). A medida que los problemas crecen, muchos consumidores llegan a ser más ambivalentes y empiezan a vacilar en su decisión de utilizar droga.

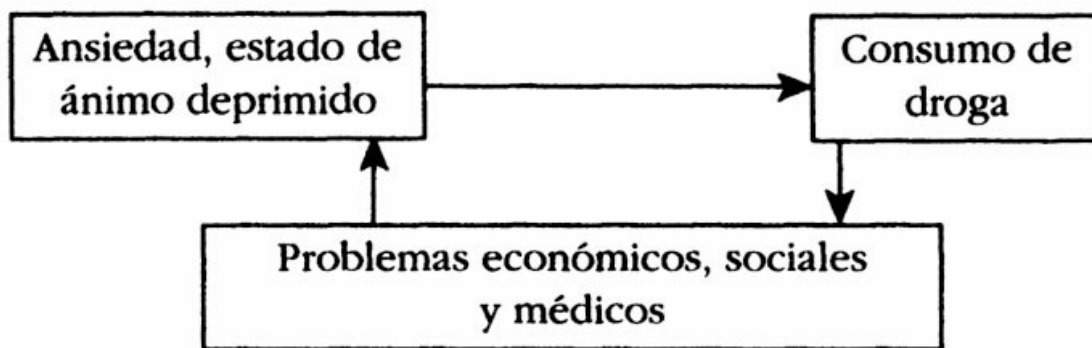


Figura 2.1. Modelo simple de círculo vicioso.

Uno de los factores en el mantenimiento de la droga es la creencia habitual de que acabar con el consumo de la droga producirá una serie de efectos secundarios intolerables (Horvath, 1988, en prensa). Sin embargo, estos efectos varían enormemente de una persona a otra, y de una sustancia a otra, y el impacto se amplía mucho por el significado psicológico ligado a los síntomas de abstinencia. Estos significados frecuentemente son más notorios que las propias sensaciones fisiológicas adversas, a la

hora de determinar la intensidad del síndrome de abstinencia. Por ejemplo, muchos consumidores de cocaína que participan en programas de desintoxicación, se sienten mejor en las primeras etapas, justo después de que dejan de utilizar la droga (Ziedonis, 1992).

Uno de los obstáculos principales a la hora de acabar con el consumo de una droga o la bebida, es la red de *creencias disfuncionales* que se centran alrededor de las drogas y el alcohol. Pongamos algún ejemplo de estas creencias: «No puedo ser feliz a menos que consuma», «Tengo más control cuando he tomado unas copas». Una persona que está considerando acabar con el consumo de drogas o alcohol, tiende a sentirse cansada y ansiosa. Dejar de confiar en las drogas o el alcohol se considera como una privación de la satisfacción y el consuelo, o una amenaza a su bienestar y buen funcionamiento (Jennings, 1991). Acabar con ello significa, para algunos, acabar con la «capa de seguridad» que utilizan para tapar su disforia.

Los individuos adictos frecuentemente intentan por sus propios medios parar de consumir o beber. Sin embargo, cuando experimentan el *craving* (que suele estar provocado por un estado de ánimo deprimido o bien, cuando están expuestos a las drogas o a estímulos relacionados con las mismas) se sienten desilusionados si se contienen ellos mismos y no consumen o beben. Perciben sus sentimientos de desilusión y angustia como intolerables; cada vez les preocupa más el pensamiento «no puedo soportar esta sensación». Por eso se sienten impulsados a ceder ante su *craving* o deseo de consumir para ser capaces de disipar su sentimiento de pérdida y aliviar su pena. Los pacientes suelen tener un conjunto de creencias que parece que llegan a ser más intensas cuando justamente deciden dejar de utilizar la droga. Estas creencias se centran en la anticipación del estado de privación: «Si no consumo, no seré capaz de soportar el dolor (o el aburrimiento)», «No me quedará nada en la vida», «Seré infeliz», o «Perderé a mis amigos». Elaboraremos más estas creencias en la sección que dedicamos a la poca tolerancia ante la frustración (capítulo 15).

Otro conjunto de creencias se centra alrededor de la sensación de indefensión con respecto a la capacidad de controlar el *craving*: «El *craving* es demasiado fuerte», «No tengo capacidad para poder parar», o «Incluso si fuera capaz de parar, no haría más que empezar de nuevo». Estas creencias llegan a ser profecías que se acabarán cumpliendo (profecías autocumplidas). Como los pacientes creen que son incapaces de controlar sus *craving*, tienen menos probabilidad de *intentar* controlarlos, y por tanto, confirman su creencia de que están indefensos para poder superar su adicción.

Por qué las personas necesitan ayuda

En términos generales, las personas pasan por cinco estadios en la búsqueda de ayuda (Prochaska y otros, 1992). En el estadio *precontemplativo*, ni siquiera se dan cuenta de que tienen un problema (o bien consideran que la utilización de las drogas es más importante que los problemas que causan). En el estadio *contemplativo*, les gustaría considerar sus problemas, pero todavía es poco probable que lo dejen por sí mismos. Los individuos que están en el estadio de *preparación* intentan tomar medidas para dejar la droga o la bebida, pero no están seguros de ser capaces de seguir así. En el estadio de *acción*, los pacientes demuestran *conductualmente* una disminución en sus conductas de utilización de drogas y una modificación terapéutica en sus creencias acerca de tomar drogas. Aquellos que son capaces de llegar con éxito al estadio de *mantenimiento*, ya han hecho grandes progresos para poder estar libres de la droga y del alcohol, y están trabajando activamente, para mantener la consistencia en este esfuerzo durante un período de meses y años.

Las personas acuden a terapia por varias razones. Algunos consumidores han sido arrestados por «robar» o bien por posesión, y son remitidos a consulta por la justicia. Otros ven cómo sus vidas se van deteriorando como resultado de las consecuencias psicológicas, financieras e interpersonales de tomar drogas o beber. Otros vienen presionados por los amigos o la familia. En el momento en que estos pacientes son etiquetados por abuso de sustancias, adictos o alcohólicos, ya han alcanzado un deterioro importante en cuanto a alguno de estos aspectos o combinación de los mismos: salud, adaptación social, trabajo y estatus económico, y bienestar psicológico.

Muchas personas con problemas de drogas y alcohol han intentado repetidamente «romper el hábito», aunque sólo para recaer fortuitamente. Otros sufren un trastorno de la personalidad (véanse, p. ej., Mirin y Weiss, 1991; Nace, Davis y Gaspari, 1991; Regier y otros, 1990) y/o un síndrome psiquiátrico como ansiedad crónica (p. ej., Kranzler y Liebowitz, 1988; LaBounty, Hatsukami, Morgan y Nelson, 1992; Walfish, Massey y Krone, 1990) o depresión (p. ej., Hatsukami y Pickens, 1982; Rounsaville y Kleber, 1986). Para algunos, la utilización de las drogas no es más que una manifestación del conjunto de dificultades. Para otros, las drogas representan una forma de automedicación (Castaneda, Galanter y Franco, 1989; Khantzian, 1985) para aliviar sus sentimientos de angustia, tristeza o ansiedad.

Dadas las consecuencias del consumo sostenido de drogas, es importante considerar el problema en términos de las dimensiones sociológica, interpersonal y psicológica, y no tan sólo en la estrictamente farmacológica, que atiende a las propiedades de la droga.

De hecho, el abuso de sustancias o la adicción puede definirse como la utilización compulsiva que conduce a una red de enredos que comprenden problemas sociales, económicos y legales sobre los cuales el paciente ha perdido el control. Cuando se les reconoce su adicción, muchas de estas personas llegan a la conclusión de que la única forma en que pueden lograr dejarlo, o incluso salvar sus vidas, es recibir asistencia, ya sea profesional o de otro tipo.

¿Cómo puede ayudar la terapia cognitiva?

La terapia cognitiva es un sistema de psicoterapia que intenta reducir las reacciones emocionales excesivas y las conductas contraproducentes, mediante la modificación del pensamiento erróneo o defectuoso y las creencias desadaptativas, que subyacen a estas reacciones (Beck, 1976; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979).

El abordaje que se realiza a un paciente determinado se deriva de una conceptualización minuciosa del caso particular. A su vez, la formulación específica del caso se basa en el modelo cognitivo de ese trastorno. La conceptualización completa del caso, en los primeros estadios del tratamiento, que incluye las relaciones que existen entre los patrones de vida tempranos con los problemas actuales, diferencia la terapia cognitiva de alguna de las otras formas de terapia. El abordaje que se realiza consiste en: a) suponer un trabajo de colaboración terapeuta-paciente (basado en la confianza); b) activo; c) basado en gran parte en preguntas abiertas, y d) altamente estructurado y centrado.

Cuando se aplica al abuso de sustancias, el abordaje cognitivo ayuda a los individuos a luchar a brazo partido con los problemas que les producen angustia emocional y a establecer una perspectiva más amplia de su confianza en las drogas para conseguir placer y/o alivio del malestar. Además, algunas estrategias cognitivas específicas les ayudan a aliviar sus impulsos y, al mismo tiempo, a establecer un sistema más fuerte de control interno. Es más, la terapia cognitiva puede ayudar a los pacientes a combatir su depresión, ansiedad o ira, que frecuentemente alimentan y provocan las conductas adictivas.

Una de las ideas básicas de la terapia cognitiva es ayudar al paciente de dos formas: a) reducir la intensidad y la frecuencia de los impulsos de consumir droga mediante la refutación de las creencias subyacentes, y b) enseñar al paciente técnicas específicas a fin de controlar y manejar sus impulsos. En resumidas cuentas, el objetivo es reducir la presión e incrementar el control. Cuando la adicción del paciente está relacionada con un

trastorno psiquiátrico coexistente, el terapeuta cognitivo también debe tratar dicha condición.

La terapia cognitiva se lleva a cabo de varias formas. El terapeuta ayuda al paciente a examinar la secuencia de acontecimientos que llevan al abuso de una droga y, entonces, explora las creencias básicas del individuo acerca del valor que tienen las drogas, el alcohol y la nicotina. Al mismo tiempo, el terapeuta entrena al paciente para que evalúe y considere las formas en que su pensamiento erróneo produce estrés y angustia. El terapeuta ayuda al paciente a modificar su pensamiento, de forma que pueda conseguir mayor comprensión de sus problemas reales y despreocuparse de los pseudoproblemas, que son derivados de sus pensamientos defectuosos. Además, a través del repaso y la práctica, los pacientes se entrenan para construir un sistema de controles que puedan aplicar cuando se enfrenten con impulsos de consumir apremiantes.

Las técnicas que utiliza el terapeuta incluyen una evaluación minuciosa de las ventajas y desventajas a corto y largo plazo de consumir drogas: el análisis de coste y beneficios (también llamado el análisis de ventajas y desventajas; véanse capítulos 9 y 10). El terapeuta también ayuda al paciente a encontrar formas más satisfactorias de afrontar los problemas reales y sentimientos desagradables sin tener que volver a las drogas o al alcohol para aliviarse. También trabajan conjuntamente para estructurar la vida del paciente de forma que pueda disponer de otras fuentes de placer (Havassy, Hall y Wasserman, 1991). Como muchos pacientes tienen poca tolerancia ante la frustración (Ellis, McInerney, DiGiuseppe y Yeager, 1988), se les hace ver cómo sus actitudes contraproducentes, acerca de sí mismos y de sus capacidades, les llevan a reaccionar de forma desmedida cuando encuentran obstáculos, aplazamientos o impedimentos (capítulo 15). El terapeuta también demuestra cómo los pacientes pueden considerar estos obstáculos como problemas que deben ser resueltos, antes que verlos como barreras para sus metas.

Muchos pacientes que sufren dificultades para ser asertivos de forma apropiada, son susceptibles de ser dominados e incluso explotados por otras personas y, por tanto, tienen predisposición a experimentar frecuentemente impaciencia, ira y desilusión. Mediante el aprendizaje de nuevas habilidades interpersonales, los pacientes son capaces de defender sus derechos de forma más efectiva. El mismo tipo de asertividad puede ayudarles cuando otras personas les presionan para que consuman. El hecho de que rechacen dicho ofrecimiento puede establecer un nuevo significado, es decir que sean capaces de defenderse por sí mismos, priorizando los intereses a largo plazo por las ganancias a corto plazo y llegar a ser insensibles ante epítetos despectivos o blasfemos.

Una de las principales características de la terapia cognitiva es utilizar el «interrogatorio socrático». Haciendo preguntas con mucha habilidad, el terapeuta es capaz de examinar algunas áreas del paciente que éste ha dejado fuera del escrutinio como, por ejemplo, la frecuencia y cantidad verdadera de droga que utiliza, las pérdidas reales debidas a la adicción y la calidad y efectos en las relaciones interpersonales. Además, preguntar conduce a los pacientes a generar opciones y soluciones que ellos no han considerado. Finalmente, este acercamiento sitúa a los pacientes en el «modo de cuestionamiento» (opuesto al modo «impulsivo automático») de forma que empezarán a evaluar más objetivamente varias de sus actitudes y creencias.

En ese sentido, acabar con la utilización de la droga o el alcohol se convierte en un problema técnico. A los pacientes que nos piden ayuda les gustaría dejar de utilizar drogas, pero no saben cómo hacerlo. Muchos de ellos han intentado dejarlo infinidad de veces pero no han tenido éxito. La terapia cognitiva les proporciona las herramientas que les permitirán dejar de tomar drogas, beber alcohol o fumar y mantener el estado de abstinencia. Es más, también podrán aplicar las mismas técnicas para que sean útiles en sus problemas diarios y, por tanto, conseguir una vida más agradable y plena.

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

Muchos de los pacientes que buscan o son remitidos a tratamiento tienen un «diagnóstico doble» (Mirin y Weiss, 1991; Regier y otros, 1990). Esto significa que además del diagnóstico por adicción también tienen un diagnóstico por otro síndrome (Eje I) como la depresión, o bien un diagnóstico por trastorno de personalidad (Eje II), o bien una combinación de ambos. Un buen planteamiento terapéutico debe tener en consideración las distintas formas en que los problemas psicológicos de los pacientes se expresan en realidad. Por ejemplo, un paciente con un trastorno de personalidad dependiente, dominado por un pobre concepto de sí mismo, puede deprimirse después de un rechazo e intentar contrarrestar los sentimientos de depresión mediante la utilización de sustancias y/o bebiendo. La unión de estas conductas puede ser un hilo conductor frecuente, tal y como «Estoy demasiado débil o frágil para hacerlo por mí mismo». Esta creencia puede desencadenar una depresión clínica cuando desaparece la ayuda interpersonal. La misma creencia promueve la utilización de la bebida cuando el paciente se enfrenta con un problema difícil o una situación estresante: «No puedo manejar esto sin una bebida (o droga)».

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

Muchos individuos son capaces de manejar los síntomas de abstinencia, si se presentan, y están durante períodos de tiempo importantes sin consumir. Pero a veces recaen, sin que exista ninguna razón apremiante (Carroll, Rounsaville y Keller, 1991; Tiffany, 1990). El problema parece radicar en el hecho de que estas personas no han sido inoculadas», ante las condiciones externas o internas que disparan el *craving* y que minan la capacidad de control propia. Estas circunstancias se pueden incluir en la categoría de «personas, lugares y cosas», que se describe en los programas de doce etapas. Esta categoría incluye situaciones como las que se asocian con compañeros o parejas sexuales que le impelen a uno a «tomarse una dosis» o a beber, a visitar un lugar donde previamente se han utilizado drogas o se ha bebido, a participar en ritos en los que se utilizan drogas o cobrar la paga correspondiente a ese mes. Estas personas también experimentarán el *craving* si se sienten tristes, aburridos o ansiosos. Algunos individuos tienen un lapsus o desliz cuando ocurre una situación estresante o inusual: la muerte de un amigo o familiar, una discusión fuerte con el esposo o esposa o la pérdida de un trabajo.

Una de las razones subyacentes de por qué los adictos que se están recuperando reaccionan con impulsos tan intensos por consumir ante varios estímulos (de alto riesgo) y situaciones, es que sus creencias básicas en relación con las ventajas o inconvenientes relativos de tomar drogas, no han cambiado sustancialmente. Pueden haber adquirido una serie de estrategias para controlar la conducta de tomar drogas, pero *no han modificado significativamente sus actitudes, que son las que alimentan el craving*. En consecuencia, cuando sus controles se debilitan, quizás debido al estrés, y se incrementa el impulso, por ejemplo exponiéndose ante situaciones de peligro o alto riesgo (una situación que active las creencias acerca del consumo de droga), serán vulnerables a tener un lapsus utilizando alguna droga o bebiendo, aunque sea poco o moderadamente. Este desliz se acentuará por un sentimiento de indefensión y desesperanza: «Esto prueba que no puedo controlar mis impulsos», «No volveré a ser capaz de superar este problema».

Si vuelven a introducirse en el círculo en que se usan drogas, este pequeño desliz se convierte en una recaída. A veces los pacientes tienen un lapsus sin ninguna razón aparente o clara, es decir, no han sido expuestos a ninguna situación de peligro o riesgo (Tiffany, 1990). La probabilidad de dicho lapsus se incrementa siempre que la razón entre la percepción del control de uno mismo y la intensidad del *craving* decrece; es

decir, cuando se debilita el control por la fatiga y una pérdida gradual de las creencias constructivas (creencias en contra del abandono o la indulgencia) y/o un incremento del deseo de beber, basado, por ejemplo, en sentimientos transitorios desagradables. El grado de cumplimiento con la abstinencia simplemente disminuirá con el paso del tiempo, tal vez debido a que se desvanecen los recuerdos de los efectos negativos y desagradables de utilizar drogas o beber (Gawin y Ellinwood, 1988; Velten, 1986). En ese momento, un nivel «normal» de *craving* conducirá a tener un desliz o lapsus. Si la reacción del paciente es: «Mi control debe ser escaso si cedo ante este *craving* moderado de consumir», seguramente el paciente evolucionará hacia una recaída completa.

Las creencias básicas, que han estado inactivas pero que se llegan a estimular mediante la exposición ante estímulos o situaciones de alto riesgo, incluyen nociones del tipo: «Si utilizo droga, podré manejar mis problemas mejor», «El hecho de que fume o me coloque hará que la vida sea más agradable», o «Necesito una bebida para superar mi ansiedad». Tan pronto como estas creencias se activan, el individuo experimenta una exacerbación del *craving*. Los intentos del paciente por autocontrolarse son minados por los pensamientos relacionados con la permisividad (que proceden de las creencias) como «Puedo hacerlo esta vez y luego parar», o «No hay ninguna razón por la que haya de continuar privándome a mí mismo». Por tanto, existe un conflicto continuo entre las actitudes que están relacionadas con el control del impulso y aquellas actitudes que predisponen a ceder ante la tentación (o, de forma más rigurosa, a iniciar la conducta que satisfaga dicho impulso).

El fenómeno de la adicción

CRAVING E IMPULSOS

A la hora de ayudar a los pacientes a tratar su problema con las drogas, es crucial tener una comprensión completa del fenómeno asociado con la utilización de la misma. El *craving* por consumir se refiere al deseo irrefrenable o ansia de la droga, mientras que el término *impulso* se aplica a la presión interna o movilización para actuar por el *craving* (Marlatt, 1985, y Horvath, 1988, utilizan el término de forma similar). En resumen, el *craving* está asociado con el *querer* y el impulso con el *hacer*. Ambos términos se suelen utilizar de forma intercambiable, pero en la práctica es útil separarlos.

El *craving* representa un deseo muy intenso por una experiencia concreta de algún tipo, como, por ejemplo, de comer, relajarse al fumar, o la satisfacción que produce el

sexo. La realización del deseo se alcanza con la consumación, y el medio de conseguirlo es el acto consumatorio. Cuando no se puede conseguir alguna forma de consumación, el individuo debe buscar alguna otra forma parecida de consumación. Por ejemplo, si ante el deseo de afecto no existe una posible satisfacción inmediata, en su lugar, una persona puede saborear un caramelo o beber una cerveza.

Un impulso es la consecuencia instrumental del *craving*. Una persona desea experimentar un «subidón» o aliviar su malestar, y siente un impulso irrefrenable de actuar para obtener esta experiencia. Marlatt y Gordon (1985) definen un impulso como una intención conductual para verse implicado en una conducta consumatoria específica. Los impulsos pueden ser considerados como compulsiones cuando el individuo se siente incapaz de resistirse a ellos. Por tanto, un impulso puede estar instigado por un sentimiento o estado desagradable (como la ira o la ansiedad) o bien la anticipación de un acontecimiento estresante o desagradable. El objetivo último del impulso es reducir el estado que lo ha instigado, ya sea un *craving* de excitación o el deseo de relajación.

El tiempo que transcurre entre la experiencia del *craving* y la aplicación del impulso proporciona un intervalo para la intervención terapéutica, para la aplicación técnica de control o para lo que se llama, en términos populares, «fuerza de la voluntad», que nosotros definimos como un proceso activo para aplicar técnicas de autoayuda, no simplemente un mantenimiento pasivo del malestar. Además, promover un intervalo de tiempo entre el *craving* y la utilización de las drogas permite una disminución natural de la agudeza del episodio agudo de *craving* (Horvath, 1988) y, por tanto, reduce las oportunidades de que el paciente actúe para consumir el *craving* (Carroll, Rounsaville y Keller, 1991).

Los impulsos son gobernados por las consecuencias que se prevén, como, por ejemplo, el premio por recibir algo o el dolor por no hacerlo. El impulso puede conllevar un sentimiento positivo, cuando proviene de una expectativa positiva, o un sentimiento negativo cuando se deriva de una expectativa desagradable a menos que el impulso se consume. Algunas personas confunden el impulso con la «necesidad», diciendo: «*Necesito* un cigarrillo» o «*Necesito* una copa», como si no pudieran sobrevivir sin ello, o al menos actuar normalmente. Obviamente, esta creencia es falsa y es una de las cuestiones que hay que tratar durante la intervención.

Los *craving* y los impulsos de consumir tienden a ser automáticos y llegan a ser «autónomos», es decir, pueden continuar incluso aunque la persona intente suprimirlos o abolirlos. Podrían parecer imprescindibles y no se disipan con facilidad, incluso cuando se intenta impedir que se realicen. La palabra que parece más adecuada en este punto

para poder describir los *craving* e impulsos es «compulsión». Donde se observa con más claridad las compulsiones es en el trastorno obsesivo-compulsivo, en el cual la persona experimenta grandes presiones para intervenir en actos repetitivos, para desviar algunos acontecimientos temidos. Las conductas adictivas incorporan algunas de estas características.

EL ROL DE LAS CREENCIAS

Las creencias disfuncionales juegan un papel importante en la generación de los impulsos. Las creencias ayudan a formar las expectativas que moldean los impulsos. Por ejemplo, un paciente con un problema de bebida serio tiene las siguientes creencias: «Si soy “divertido y agradable” recibiré muchos elogios» y «Si tomo una bebida seré más divertido». Dicha persona convierte estas creencias en una expectativa específica de recibir elogios, cuando aparece una oportunidad en la que puede entretener a las personas. Entonces la expectativa le conducirá al impulso de «presumir». Sin embargo, no está seguro de su éxito a menos que no haya tomado primero cocaína *crack*. Su expectativa de éxito se acentúa por su creencia en el efecto de desinhibición y estimulación que produce la cocaína. Lo que acaba ocurriendo es que se «pasa de la raya» y llega a estar tan excitado, que las personas lo consideran «patético».

Siguiendo a Bandura (1982), Marlatt y Gordon (1985) han refinado el concepto de «creencias acerca del efecto positivo que produce consumir (drogas o alcohol)» en lo que han dado en llamar «expectativas de resultados positivos». La investigación de Brown, Goldman, Inn y Anderson (1980) ha mostrado que las expectativas de los alcohólicos se pueden agrupar en seis factores: la bebida a) transformará la experiencia de manera positiva; b) aumentará el placer social y físico; c) mejorará las relaciones sexuales y la satisfacción; d) incrementará el poder y la agresividad, y e) disminuirá la tensión. El abuso de droga se asocia también con un conjunto similar de expectativas (véase en el apéndice el cuestionario sobre «Creencias acerca del abuso de sustancias»).

EL «HÁBITO DE LA DROGA»

El hábito de tomar sustancias para aliviarse o por placer es distinto de la forma en que normalmente se entiende el término «mal hábito». Un «hábito» determinado, como hacer una mueca cuando se está frustrado o dejar las ropas en el suelo, es un patrón repetitivo, pero no se experimenta como un *craving* o una necesidad. Para la persona que abusa de las drogas, la respuesta inmediata ante una situación relevante es subjetiva, ya se le llame

craving o impulso. Existe un intervalo de tiempo entre el estímulo y el acto consumatorio, como prepararla jeringa o los polvos. Por tanto, lo que está ligado a los estímulos es el *craving* y el impulso. A través de una repetición continua, la cadena se hace más compacta. A diferencia de los hábitos comprendidos en conductas que requieren habilidad como conducir, el patrón de consumo de droga es compulsivo y disfuncional. Además, los actos que requieren habilidad se basan en decisiones voluntarias, mientras que el deseo de consumir droga es involuntaria (incluso cuando el *control* de los impulsos sea voluntario). Debido a las diferencias que existen entre el consumo de drogas y los hábitos cotidianos, el término «hábito de droga» probablemente sea un nombre equivocado.

Mediante un proceso de «generalización estimular», la persona adicta es probable que responda con un *craving* cada vez con más intensidad a un mayor rango de situaciones estimulares. Mientras que, originariamente, la persona cedía ante el impulso por una bebida o un cigarrillo sólo en un grupo determinado, ahora experimenta también ese impulso cuando está preocupada, aburrida o sola. Con el imperativo del impulso generalizado ahora cada vez a más estímulos, existe también una expansión concomitante de las creencias disfuncionales acerca de la utilización de la droga. Mientras que inicialmente la creencia podía ser «Debería encender un cigarrillo para formar parte de este grupo», las creencias se convierten en «Necesito un cigarrillo para ser aceptado», y al final: «Tengo que esnifar para aliviar mi soledad y angustia». Por tanto, los impulsos, llegan a ser más generalizados y cada vez más apremiantes a la hora de mantenerse conjuntamente con el contenido ampliado de las creencias.

Además, después del «mono de cocaína», la disforia que se experimenta como rebote (Karan y otros, 1991; Ziedonis, 1992), por ejemplo, lleva a la reanudación del *craving* para poder contrarrestar este sentimiento negativo. La consecuencia de esta repetición de la *angustia emocional* que lleva al *craving*, a la *indulgencia*, al *alivio temporal de la disforia*, es el desarrollo de creencias como «Necesito colocarme para poder sentirme mejor». 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

Existe una creencia común de que los individuos adictos no tienen apenas o nada de control sobre sus impulsos y su conducta, o bien que su *craving* es irresistible. Visto

desde fuera aparenta ser cierto ya que estas personas parece que estén guiadas por una fuerza tan poderosa que se ven involucradas en conductas adictivas incluso cuando reconocen su poder destructivo; muchas de ellas realizan muchos intentos de abortar el consumo para poder controlar su conducta, y dicen que saben que quieren controlar su conducta pero que simplemente no pueden. Esta observación tan frecuente, de que los *craving* e impulsos sobrepasan cualquier resistencia posible, ha generado el principio expresado por Alcohólicos Anónimos: «Reconozco que soy impotente».

Su percepción de que «están fuera de control» tiene la ventaja positiva de inducir a la persona adicta a buscar ayuda antes que continuar gastando energía en intentos fútiles de ejercer control, frecuentemente seguidos de la propia imposición de castigos por no haber conseguido contrarrestar el impulso. En gran medida, desarrollar control no es más que un problema técnico. Suele ser necesario, para aquellas personas que son realmente adictas, aprender determinadas técnicas para reducir el *craving* y establecer algunas medidas de control. Por un lado se requiere explorar cuáles son los orígenes del *craving*. Por otro, la noción de pérdida completa de control es una visión simplista y no hace justicia a los recursos internos potenciales de que dispone la persona para luchar. En realidad, la mayoría de las personas que abusan de las drogas realmente ejercen control la mayor parte del tiempo. Cuando su impulso no es muy fuerte o la sustancia no está disponible en un momento determinado, son capaces de abstenerse. Ante la primera sensación de *craving* no salen necesariamente a perseguir de forma salvaje la droga. Existe una diferencia cualitativa entre el deseo de utilizar (para experimentar beneficios de la droga) y el deseo de control del impulso.

El *craving* activa una especie de rutina para conseguir droga: evalúa y chequea las fuentes que tiene el individuo para poder consumir el impulso, genera un plan, el cuerpo se moviliza y prepara para actuar y la fisiología cambia hacia un estado receptivo (p. ej., el sistema nervioso parasimpático se activa). Como el *craving* es un «estado apetitivo» se acompaña de toda una variedad de sensaciones corporales, podríamos decir que parecidas al hambre o a la angustia desagradable que se siente cuando se desea a alguien o alguna cosa. Esta clase de apetito opera de acuerdo con el *principio del placer*, contrario al deseo de controlar el impulso, que opera de acuerdo con el *principio de realidad*.

El deseo de *no* consumir drogas y por tanto de controlar, no se expresa de forma visceral (como en el caso del *craving*) sino que se experimenta como una clase de estado mental. Tiene un componente cognitivo muy importante: específicamente hablando, la toma de decisiones. Lo que impulsa la toma de decisiones es una sensación de resolución

o compromiso que se siente en la musculatura (al contrario del *craving*, que es más visceral). Por tanto, estas dos motivaciones opuestas, el *craving* y el autocontrol (o fuerza de voluntad), son cualitativamente distintas.

Paralelamente a la decisión de no utilizar la droga (el estado de rechazo) existe la decisión de indulgencia (dar permiso). Conceder permiso, o bien rehusarlo, se podría comparar con dos porteros que vigilan una puerta, y su fuerza relativa determina si la puerta se abrirá o se cerrará. Hay más participación consciente (voluntaria) en la vigilancia de la puerta que no en el *craving*; por tanto, la persona puede reflexionar y decidir si es o no indulgente. Si el *craving* es fuerte, la decisión de rechazar o abstenerse será demasiado débil para poder controlar el deseo. Si el balance favorece al rechazo, no se producirá el consumo de droga.

Incluso cuando el impulso es fuerte, las personas adictas pueden llegar a veces a abstenerse, sobre todo si la droga no está inmediatamente disponible. Es importante reconocer que la conducta adictiva está relacionada con el *balance* del control *versus* el impulso. Si lo ponemos en términos más abstractos, la razón entre la fuerza del control y la fuerza del impulso influyen en si el individuo se abstendrá de consumir o no. La fórmula o razón *fuerza del control/fuerza del impulso* se puede utilizar como una guía para ayudar a la intervención. El tratamiento se centra en aumentar el valor de esta razón. No se necesita un esfuerzo sobrehumano para cambiar las fuerzas relativas de cada miembro de la razón. Simplemente supone centrarse en la reducción del denominador (el impulso) o bien en incrementar el numerador (control), o, preferiblemente, conseguir ambas cosas.

Beck y otros (1979) han utilizado la analogía de los votos en el Congreso que se emiten para declarar la guerra a fin de poder ilustrar cómo se puede modificar la conducta suicida. Una analogía similar se puede aplicar en la decisión de utilizar droga. Declarar la guerra requiere la mayoría simple, es decir con existir un solo voto más a favor que en contra, ya se gana. Sin embargo, al igual que en el caso del suicidio, si se pospone la decisión o si la relación entre los votos a favor y en contra cambia a favor de estos últimos, se frena el avance de la acción. En el caso de que se declarase la guerra, hacer presión para conseguir una serie de votos en contra de la misma podría llegar a impedir la fatídica decisión; en el caso de la adicción, reforzar los votos a favor de la abstinencia puede revertir la tendencia a utilizar la droga. Sin embargo, a largo plazo es necesario construir una «mayoría» sólida para impedir la recaída.

Lo más importante de esta analogía es que 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. Como el objetivo es la abstinencia permanente, una mejoría duradera requiere de un cambio suficientemente prolongado en dicha razón, de manera que proporcione un margen suficiente para estar seguros de que se mantendrá la abstinencia. Por tanto, el tratamiento se dirigirá hacia ambas partes de la ecuación: incrementar el control y reducir el *craving*.

INCREMENTAR EL CONTROL

Muchas personas adictas simplemente no han desarrollado las habilidades que se requieren para controlar la tentación. Si existe dicha falta de habilidad, una parte de la terapia se dirigirá hacia el incremento de las habilidades de autocontrol. Se puede utilizar una gran variedad de métodos para incrementar el control. Estas técnicas se pueden practicar en el gabinete del terapeuta. El procedimiento básico consiste en reproducir las condiciones estimulantes que provocan el *craving* y entonces repasar conductas de control a medida que el deseo se va estimulando. Por ejemplo, el paciente es instado a imaginar una situación en el que se le ofrece cocaína *crack*. Entonces imagina formas mediante las cuales podría rechazar la oferta de consumir. También se puede imaginar sintiéndose triste o ansioso y, por tanto, deseando alivio para su malestar. También entonces se puede imaginar qué hará cuando aparezca el *craving*: divertirse llamando a un amigo, implicarse en alguna actividad placentera o leer una tarjeta, donde se detallan una serie de respuestas racionales y cogniciones relacionadas con el *craving* de consumir.

Otro abordaje consiste en intentar manejar directamente los pensamientos que dan permiso o facilitan que se tomen drogas. Este ejercicio se debe llevar a cabo en forma de debate. El paciente verbaliza mentalmente o repasa algunas razones para conceder permiso para consumir y ser indulgente y, a su vez, presenta refutaciones a estos argumentos. Sin embargo, al mismo tiempo es necesario identificar y evaluar las creencias subyacentes que están relacionadas con conceder permiso para consumir y rechazar o rehusar el consumo. Obviamente, al final el terapeuta tendrá que ayudar al paciente a reducir sus *craving* tratando de hacer frente a los distintos orígenes del mismo, tanto sociales como psicológicos, que lo originan. Éstos pueden cubrir aspectos de la vida del paciente muy amplios, que van desde la poca tolerancia a la frustración ante los problemas matrimoniales.

En el contexto del consumo de drogas, la «fuerza de la voluntad» hace referencia a una decisión deliberada y consciente (conjuntamente con la motivación suficiente y aspectos de autoayuda técnicos que permiten reforzarla) para detener o retrasar la realización de un impulso. Cuando el impulso de utilizar drogas es pequeño o está ausente, la motivación de la persona para abstenerse puede llegar a parecer muy fuerte. Sin embargo, cuando la tentación es fuerte, la fuerza de voluntad se atenuará. Marlatt y Gordon (1985) consideran la fuerza de voluntad en términos de la fuerza del *compromiso* para no tomar más drogas o beber. El compromiso significa conseguir que dicha meta sea muy importante y valorada por el paciente de forma que suplante otras metas contradictorias. Por tanto, dar importancia a la abstinencia puede reforzar la resolución de resistir los *craving*.

La aplicación con éxito de la fuerza de voluntad, cuando aparecen los *craving* y los impulsos, depende de una serie de factores. Una persona puede tener un compromiso muy serio para dejar de fumar, beber o utilizar drogas, pero tal vez no reúna las habilidades técnicas necesarias para poder llevar a cabo dicho compromiso. La aplicación de este conocimiento técnico puede incrementar considerablemente la cantidad de influencia que hay que ejercer, cuando la resolución de abstenerse se opone a los *craving* e impulsos por consumir. Además, las creencias centrales sobre uno mismo (p. ej., sobre si uno es hábil o si está indefenso) pueden afectar la capacidad para aplicar la fuerza de voluntad a fin de controlar los impulsos. Debemos avisar que los pacientes tienden a interpretar el significado de fuerza de voluntad, considerándolo casi como una lucha masoquista para conseguir mantener el estado de malestar en su lucha contra el impulso de las drogas (Tiffany, 1990). Los clínicos deben insistir a los pacientes de que se les enseñará a modificar sus creencias y conductas (Washton, 1988), de forma que tengan lugar cambios positivos en su autoimagen y en su estilo de vida. Esto, juntamente con la disipación natural de los *craving* con el tiempo (Horvath, 1988), ayudará a los pacientes a sentirse mejor cuando resistan el abuso de las drogas a largo plazo, opuesto al estado de sentirse privado y con dolor.

Siguiendo el mito de «hombre racional» (p. ej., en derecho o economía), la persona sopesa los riesgos y los beneficios de una determinada acción y realiza una decisión racional. Sin embargo, en el caso de un individuo adicto, el análisis objetivo de coste y beneficios o el cálculo de ventajas y desventajas son reemplazados por el momentáneo atractivo de utilizar la droga, beber o fumar. La inmediatez y fiabilidad del efecto de la droga y la certeza subjetiva de que el efecto deseado se conseguirá rápidamente,

contrasta con la incertidumbre y posiblemente no deseadas consecuencias, cuando se experimenta el *craving* (Gawin y Ellinwood, 1988). Otros, simplemente, le quitarán importancia a los efectos a largo plazo con la actitud «Me arriesgo», o lo racionalizarán diciendo: «No me hará daño si cedo una vez más».

Por otro lado, una serie de personas son capaces de evocar, por sí mismas, argumentos y recuerdos desagradables que les disuaden de ceder ante la tentación. En cualquier caso, siempre existe un conflicto cuando un individuo intenta utilizar la fuerza de voluntad para no ceder ante sus impulsos. Por otro lado, por ejemplo, una persona experimenta el *craving* (y anticipa el alivio o el placer) y, por otro, la voz de la razón y la moderación (así como anticipa la privación y la angustia). Después de muchas experiencias desagradables, una persona es capaz de emitir a sí misma señales de aviso sobre los peligros de la indulgencia cuando se está expuesto a situaciones de alto riesgo y cuando se es consciente de que se está disminuyendo la resistencia. Saber si una persona será capaz de prestar atención a estos avisos por sí misma depende en gran medida del acceso que uno tenga hacia una serie de técnicas que se lo permitan aplicar.

CREENCIAS ADICTIVAS

En nuestro trabajo, siempre nos ha impresionado el parecido que hay entre ciertas creencias en distintos tipos de adicciones (cocaína, opiáceos, alcohol, nicotina y otras drogas recetadas) y entre distintas personas adictas. Incluso los individuos susceptibles de ingesta compulsiva o sobreingesta muestran este tipo de creencias disfuncionales (Heatherton y Baumeister, 1991; Lingswiler, Crowther y Stephens, 1989; Zotter y Crowther, 1991). Estas creencias adictivas caracterizan a aquellos individuos cuando ya son adictos (es decir, son características del trastorno), y, sin embargo, no pueden ser consideradas por sí mismas como factores que predisponen a la adicción. Sin embargo, las creencias adictivas realmente contribuyen a mantener la adicción y proporcionan el trasfondo para 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. Los ítem específicos variarán en función de la sustancia preferida. Entre las ideas disfuncionales están: a) la creencia de que uno *necesita* la sustancia si tiene que mantener el equilibrio psicológico y emocional; b) la expectativa de que la sustancia mejorará el funcionamiento social e intelectual; c) la expectativa de que se encontrará placer y excitación utilizándola; d) la creencia de que la droga energizará al individuo y le dará más fuerza y poder; e) la expectativa de que la droga calmará el dolor; f) el supuesto de

que la droga aliviará el aburrimiento, la ansiedad, la tensión y la depresión, y g) la convicción de que a menos que se haga algo para satisfacer el *craving* o para neutralizar la angustia, ésta continuará indefinidamente y, con toda probabilidad, empeorará.

Además de estas expectativas o creencias, los pacientes tienen una gran variedad de creencias apropiadas para su justificación, el riesgo y sus derechos. Estas actitudes se pueden incluir en una categoría de «creencias que le permiten al paciente tomar drogas», tales como: «Si me siento mal, está bien que las use», «He tenido una mala época; por tanto, tengo derecho a aliviarme», «Si me drogo, no me pasará nada», La satisfacción que experimento es más valiosa que el riesgo de recaer, o «Si cedo esta vez, seré capaz de resistir la tentación la próxima vez».

CARACTERÍSTICAS QUE PREDISPONEN

Sin embargo, algunas características de las personas que abusan de las drogas podrían existir ya antes de empezar a tomarlas y, por tanto, podríamos considerarlas como factores que predisponen al consumo. Estas características se centran alrededor de: a) sensibilidad general hacia sus sentimientos y emociones desagradables, por ejemplo, toleran muy mal los cambios de humor cíclicos que se producen normalmente a lo largo del día; b) poca motivación para controlar su conducta, y, por tanto, la satisfacción instantánea se valora más que el control; c) técnicas inadecuadas para controlar la conducta y el afrontamiento de los problemas; por tanto, incluso cuando están motivados para moderar su conducta, no tienen los conocimientos técnicos para poder llevarlo a cabo; d) un patrón *automático*, no reflexivo que lleva a ceder ante los impulsos; e) búsqueda de excitación y poca tolerancia al aburrimiento; f) poca tolerancia a la frustración (esta poca tolerancia en el fondo descansa en una gama compleja de creencias y distorsiones cognitivas), y g) una disminución relativa de las perspectivas futuras, de forma que la atención del individuo se centra en los estados emocionales del aquí y ahora, *craving* e impulsos, y en las acciones para aliviarlos o satisfacerlos. La persona no dedica ninguno de sus recursos atencionales a preocuparse de las posibles *consecuencias* de estas acciones.

La poca tolerancia ante la frustración (PTF) parece ser un precursor importante del consumo de drogas (capítulo 15). Específicamente, una serie de actitudes disfuncionales que magnifican las fuentes diarias más frecuentes de frustración llevan a estar demasiado disgustado e irritado. Entre los componentes de este complejo de creencias están actitudes como: a) las cosas siempre me deberían ir bastante bien o no deberían ir mal; b) es horrible cuando me bloqueo en lo que estoy haciendo; c) no puedo soportar estar

frustrado; d) otras personas son culpables de que esté frustrado, y deberían ser castigadas, y e) las personas, deliberadamente, me lo hacen pasar mal.

Cuando las personas con PTF se dan cuenta de que su actividad está bloqueada o de que sus expectativas son desbaratadas, probablemente: a) exagerarán mucho el grado de pérdida que resulta de dicha frustración; b) exagerarán las consecuencias a largo plazo de su pérdida; c) culpabilizarán a quien ellos creen que es responsable de la frustración; d) experimentarán demasiada ira; e) tendrán un tremendo deseo de pegar a la persona culpable, y f) importante, pasarán por alto otras formas de conseguir su objetivo, como la solución de problemas.

El resultado de esta secuencia de acontecimientos es que el individuo acaba centrado exclusivamente en atacar al culpable. Como pocas veces se da la posibilidad de que se puedan expresar estos impulsos hostiles, la persona permanece en un estado sobreexcitado, lleno de tensión e ira. En algún momento, estos individuos encuentran la droga y se dan cuenta de que su consumo reduce su estado altamente volátil y les alivia de su tensión reprimida. Es obvio que la utilización de las drogas con esta finalidad funciona bien como remedio temporal, pero, a largo plazo, es contraproducente, ya que la persona nunca aprende formas de afrontar directamente la frustración y solucionar los problemas que llevan a ello. Como consecuencia, la PTF se va perpetuando, así como las creencias con respecto a su indefensión.

Resumen

Muchas personas adictas tienen características que las predisponen a tomar drogas. Los factores que predisponen a ello incluyen: a) sensibilidad general a experimentar sentimientos desagradables; b) poca motivación para controlar su conducta; c) impulsividad; d) búsqueda de excitación y poca tolerancia al aburrimiento; e) poca tolerancia ante la frustración, y f) en muchos casos, insuficientes alternativas prosociales para poder conseguir sentimientos placenteros, y una sensación de indefensión siempre que se persigue un objetivo. La PTF se caracteriza por la exageración del grado de la pérdida resultante de una frustración, por la culpabilización de otras personas por cualquier frustración, un fuerte deseo de castigar al culpable y pasar por alto otras formas de solucionar el problema. Cada uno de estos factores que predisponen al consumo de drogas son tratados durante el curso de la terapia cognitiva.

El curso de la adicción suele seguir un círculo vicioso que va desde la ansiedad o un estado de ánimo depresivo, a la automedicación utilizando drogas o bebida. Esta

conducta, a su vez, produce y/o exacerba los problemas económicos, sociales y/o médicos, que llevan a más ansiedad y a un estado de ánimo deprimido. Los pacientes suelen responsabilizar de su utilización de droga y alcohol a «los *craving* e impulsos incontrolables». Sin embargo, algunas creencias disfuncionales tienden a alimentar estos *craving*. Las personas que toman drogas tienden a ignorar, minimizar o negar los problemas que se derivan de su consumo o atribuyen estos problemas a alguna cosa distinta a las drogas o el alcohol. Un factor importante a la hora de mantener esta dependencia es la creencia de que la abstinencia de la droga les producirá efectos secundarios intolerables. En realidad, si se sigue un cuidado médico minucioso, estos efectos secundarios normalmente se hacen tolerables. Otro conjunto importante de creencias que son nucleares se centran alrededor del sentido de indefensión e incontrolabilidad del *craving*.

Los *craving* se asocian con la búsqueda de satisfacción o alivio, mientras que los impulsos están centrados en hacer algo que proporcione una satisfacción o alivio. El intervalo de tiempo entre el *craving* y la realización material de un impulso proporciona un período para la intervención terapéutica. Los *craving* y los impulsos tienden a ser automáticos y pueden llegar a ser autónomos; el envite de la terapia consiste en proporcionar métodos para controlarlos. Los pacientes tienden a equiparar los *craving* intensos con una «necesidad» imperativa y un impulso incontrolable. Aunque el *craving* que lleva a la bebida y a la droga es involuntario, se puede controlar el impulso voluntariamente y adoptar incluso aunque el paciente se sienta indefenso. Se puede utilizar, como guía para la intervención, el incremento del valor de la razón entre la fuerza subjetiva de control y la fuerza subjetiva del impulso.

La terapia cognitiva es un sistema de psicoterapia que intenta reducir la conducta contraproducente mediante la modificación de pensamientos erróneos y creencias poco adaptativas, así como mediante el aprendizaje de técnicas de control. En la terapia cognitiva del abuso de sustancias, la formulación específica del caso supone la base para esbozar el régimen terapéutico. Esta formulación, a su vez, se basa en el modelo cognitivo de las adicciones.

El abordaje terapéutico consiste en ir socavando los impulsos mediante la debilitación de las creencias que los fortalecen y, al mismo tiempo, demostrar al paciente varias formas de controlar y modificar su conducta. La terapia cognitiva del abuso de sustancias, se caracteriza por los siguientes aspectos: a) supone un trabajo de colaboración (se basa en la confianza); b) es activa; c) se basa en gran medida en el descubrimiento guiado y la comprobación empírica de las creencias, y d) intenta

contemplar el problema de la droga o la bebida como un problema técnico para el que existe una solución concreta.

CAPÍTULO 3

TEORÍA Y TERAPIA DE LA ADICCIÓN

De acuerdo con la perspectiva cognitiva, la forma en que las personas interpretan determinadas situaciones influye en sus sentimientos, motivaciones y acciones. Sus interpretaciones, a su vez, se modelan de distintas formas por las creencias pertinentes que se activan en estas situaciones. Una situación social, por ejemplo, puede activar una creencia idiosincrásica como «La cocaína me hace más sociable», o «Puedo estar más relajado si tomo una cerveza (o un cigarrillo)» y producirá el *craving* de utilizar droga, beber o fumar. Algunas creencias específicas como éstas constituyen una vulnerabilidad al abuso de sustancias. Cuando se activan ante circunstancias determinadas predecibles, las creencias incrementan la probabilidad del uso continuado de droga o alcohol (es decir, estimulan el *craving*).

Las creencias también moldean las reacciones de los individuos ante las sensaciones fisiológicas asociadas con la ansiedad y el *craving* (Beck, Emery y Greenberg, 1985). Las creencias como «No puedo tolerar la ansiedad» o «Debería ceder ante este apetito» pueden influir en las reacciones de las personas ante estas sensaciones. Los individuos que tienen estas creencias es probable que estén hiperatentos a estas sensaciones. Incluso un nivel bajo de ansiedad o *craving* puede provocar las creencias asociadas al consumo, como «necesito un pico (o beber algo) para aliviar mi ansiedad (o satisfacer mi apetito)».

La activación de estas creencias asociadas con el consumo queda muy bien ilustrada en la experiencia de Les, con diagnóstico de abuso crónico de cocaína, y que experimentaba un repentino *craving* de cocaína al asistir a una fiesta. En este escenario, este impulso tan agudo de consumir estaba relacionado con su sensación de aislamiento social dentro del grupo. La creencia subyacente a ello era: «No lo puedo soportar sin cocaína», y se activaba por sus sentimientos de tristeza al ver a otras personas pasárselo bien utilizando drogas. Les vivía en un barrio empobrecido en donde había mucho tráfico de droga. Tenía, además, una creencia desde hacía mucho tiempo: «Nunca podré salir de este ambiente tan horrible». Esta creencia (y no el ambiente *per se*) le provocaba los sentimientos crónicos de tristeza e indefensión. La creencia que subyacía a su impulso crónico para utilizar cocaína era: «Necesito algo de coca para conseguir pasar el

día». Este caso ilustra la coexistencia de *craving agudos* e impulsos relacionados con situaciones específicas, con impulsos más *crónicos* relacionados con la situación general de la vida del paciente. La combinación de estas creencias hizo que Les estuviera predispuesto a la adicción.

Distintos niveles de creencias

Existían distintos niveles en las creencias que subyacían a la conducta adictiva: a) la creencia básica y más general de que estaba «atrapado» en un ambiente nocivo; b) su creencia de que la única forma de escapar de este ambiente y de sus sentimientos desagradables era tomando drogas, y c) la creencia de que «necesitaba» drogas para aliviar cualquier sentimiento desagradable. A estas creencias básicas asociadas con las drogas cabría añadir otra creencia básica: que no pertenecía y no era aceptado como miembro de su grupo de compañeros. Este conjunto de creencias hizo que Les fuera más vulnerable a la conducta adictiva; es decir, motivó que cayera en un impulso compulsivo, para aliviar su angustia mediante el consumo de drogas.

Ilustramos en la figura 3.1 la esencia de todo un conjunto de conductas adictivas, basadas en los tipos de creencias generales y específicas que mantenía este paciente.

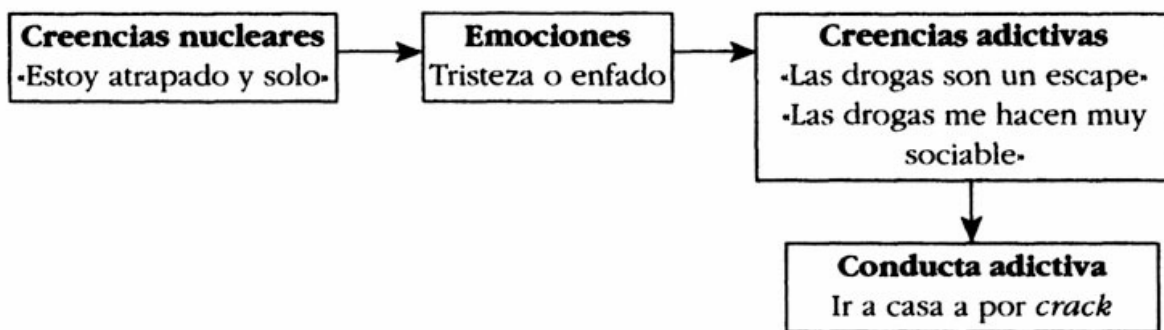


Figura 3.1. Secuencia de creencias nucleares y creencias adictivas.

Las creencias adictivas (capítulo 2) parece que provengan sobre todo de una combinación de las *creencias nucleares* (a veces llamadas «esquemas nucleares»). El primer grupo de creencias nucleares disfuncionales tiene que ver con la supervivencia personal, el logro o la motivación por conseguir determinadas cosas, la libertad y la

autonomía. Dependiendo de la naturaleza precisa de la vulnerabilidad del paciente, la creencia nuclear que se expresa puede tener un contenido como el siguiente: «Estoy desprotegido, atrapado, derrotado, soy inferior, débil, inepto, no sirvo para nada o soy un fracaso». El segundo grupo de creencias disfuncionales tiene que ver con la vinculación con otros individuos o con un grupo. Esta clase de creencias se relaciona con lo queridos o aceptados que son. Las distintas permutaciones de estas creencias centrales o nucleares pueden ser de la siguiente forma: «No soy querido ni deseado, soy indeseable y repulsivo, me rechazan, soy diferente y tengo defectos socialmente hablando». Estas creencias centrales predisponen una sensibilidad específica o vulnerabilidad: cuando aparecen algunas circunstancias (p. ej., el rechazo social) que son adecuadas para dicha creencia central, disparan la aparición de la misma (p. ej., «tengo defectos») y producen la angustia.

Les tenía dos conjuntos de creencias nucleares que giraban alrededor de las nociones de «Estoy desesperado» y «Soy indeseable». Cuando se dio cuenta de las dificultades que existían en su vecindad, se activó la primera creencia y dio origen a «Estoy atrapado». A medida que esta noción fue tomando forma, empezó a creer que era incapaz de superar su suerte, veía el futuro con desesperanza y se sentía frustrado y cansado. Entonces se activó una *creencia adictiva* más específica: «La única forma de conseguir alivio es mediante un pico».

En una situación de grupo su pensamiento automático fue «No pertenezco a este grupo». La raíz de este pensamiento tiene su origen de su otra creencia central: «Soy indeseable». Estas creencias convergieron en la creencia adictiva: «La única forma para ser aceptado es utilizar coca». En la figura 3.2 se puede observar la relación entre sus dos creencias nucleares, su pensamiento automático, su conducta adictiva y su *craving*.

La misma clase o constelación de creencias nucleares, conducta adictiva y *craving* se puede aplicar a cualquiera que sea el factor instigador, ya sea la forma de conseguir el alivio mediante el alcohol, las drogas ilegales o legales, o el tabaco. La secuencia generalmente avanza desde una creencia nuclear, como una visión negativa de uno mismo (indefensión, indeseabilidad) y/o una perspectiva negativa del ambiente (nocivo, opresivo), y/o una visión negativa del futuro (desesperanza), 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 (p. ej., «Necesito cocaína para sentirme mejor»).

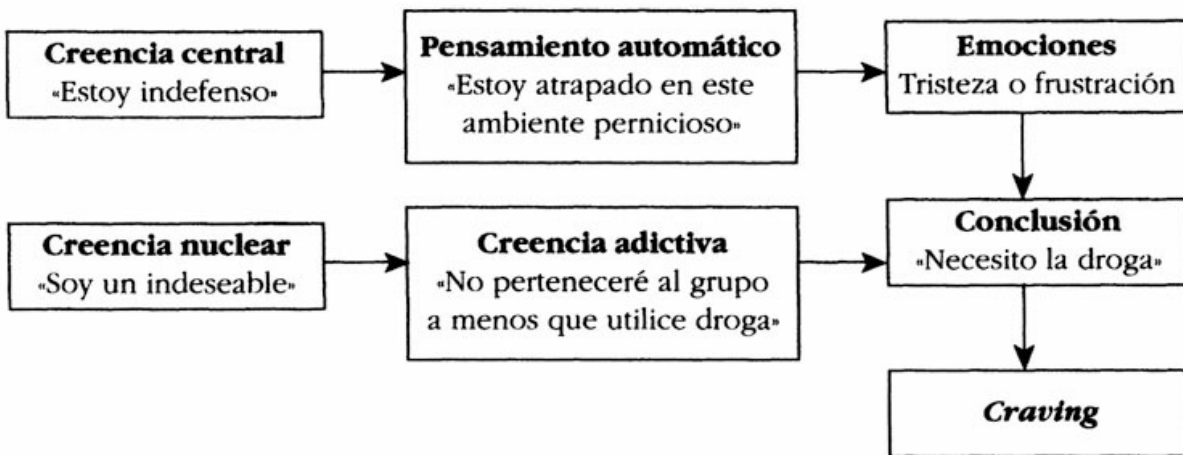


Figura 3.2. Interacción de múltiples creencias.

Es importante saber que la percepción de un ambiente pernicioso no se limita a los individuos que viven en los barrios marginales de la ciudad. Los individuos privilegiados que perciben como perjudicial su trabajo, su familia o su situación matrimonial, experimentan la misma secuencia de desaliento sobre las circunstancias de la vida y tienen opiniones de sí mismos negativas así como de su futuro; muchos se refugiarán en las drogas como una forma de escapar. En la depresión (capítulo 14), una opinión negativa sobre sí mismo, las circunstancias actuales y el futuro frecuentemente se exageran. Después de que los pacientes modifiquen sus pensamientos depresivos, el terapeuta suele descubrir que disminuye la utilización compulsiva de droga (Woody y otros, 1983).

Las personas como Les llegan a ser consumidores habituales porque consideran que utilizar drogas es una forma de ganar o mantener la aceptación social. Tienen creencias adictivas como «No quiero fallar a mis amigos... ellos me rechazarían si no utilizo drogas». (Este miedo, obviamente, puede ser real y uno de los objetivos de la terapia sería ayudar al paciente a desarrollar nuevos amigos que no consuman.) Un paciente admiraba muchísimo a su primo que era adicto a la cocaína. El paciente constantemente utilizaba *crack* cuando estaba con su primo. Cada vez, el factor instigador era el deseo de complacer a su primo. Al final, la utilización de las drogas llegó a enmascararse en su forma de afrontar el miedo a quedarse aislado socialmente.

Secuencia de creencias

Aunque las creencias nucleares representan el telón de fondo de las creencias adictivas; no se hacen del todo patentes a menos que el paciente esté deprimido (capítulo 14). Es más fácil acceder a las creencias sobre la adicción. Las primeras de la secuencia son las *creencias anticipadoras*. Al principio toman formas parecidas a «Será *divertido* hacer esto... Está bien probarlo ocasionalmente». A medida que el paciente encuentra más satisfacción utilizándolo, la persona desarrolla creencias románticas que predicen la satisfacción o el escape: «Tendré alrededor de una hora de pura satisfacción... Me sentiré menos triste y/o cansado... Será una forma dulce de olvidar». Algunas creencias son predictivas del incremento de eficacia o de socialización: «Lo haré mejor... Seré más divertido y se me aceptará mejor en el grupo».

A medida que la persona empieza a confiar en la droga para contrarrestar sus sentimientos de angustia, desarrollará creencias asociadas con el alivio, tales como «Necesito cocaína para poder funcionar... No puedo estar más sin ella... Me sentiré de nuevo bien si utilizo... *Necesito* la droga... No puedo controlar mi *craving*... Debo conseguirla o me desmoronaré». Uno de los aspectos que hay que notar es el tono imperativo de estas creencias: «Necesito fumar para conseguir pasar el día». La activación de estas creencias conduce al *craving*.

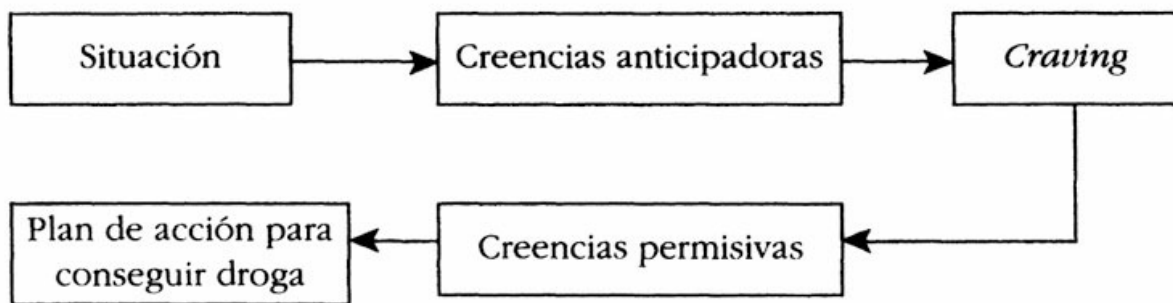


Figura 3.3. Secuencia de creencias anticipadoras y permisivas.

Como las personas con predisposición a las adicciones tienen algunos conflictos por su uso (p. ej., médicos, económicos, sociales o consecuencias legales de la utilización de las drogas), normalmente desarrollan una *creencia facilitadora o permisiva*, como «Me lo merezco» o «Está bien, podré manejarlo... Como me encuentro triste, está bien que lo

use... No hay nada más que me funcione bien; ésta es la única cosa buena en mi vida». La relación que existe entre estas creencias se puede ver en la figura 3.3.

La secuencia de creencias formada por Les se puede ver en la figura 3.4. Su intranquilidad en las situaciones sociales activa las creencias anticipadoras, «Me sentiré mejor si las utilizo», que precipita inmediatamente en un *craving* y, entonces, se planifica una acción como llamar a su primo para picarse.

Creencias conflictivas

En varios de los estadios del uso de la cocaína, el paciente puede tener conjuntos de creencias conflictivas, tales como «No debería utilizar cocaína» *versus* «Está bien utilizarla una vez». Cada creencia puede activarse ante distintas circunstancias o incluso al mismo tiempo. *El balance entre la fuerza relativa de cada creencia en un momento determinado influirá en la decisión del paciente de utilizar o abstenerse.* (Es evidente que la disponibilidad de la droga también será un factor determinante.)

A veces, la persona experimenta un conflicto entre el *craving* y el deseo de estar al margen de las drogas, no depender de ellas. Esta ambivalencia se puede formular como un conflicto entre dos creencias: «Está bien» (permisividad) *versus* «No está bien» (abstinencia). El conflicto entre ambas creencias generará un malestar o bien incrementará el malestar que ya tiene en esos momentos la persona. Paradójicamente, la persona experimentará incluso un empuje mucho mayor para poder aliviar su inquietud producida por el conflicto. La creencia «Necesito aliviar este sentimiento» llega a ser más fuerte e inclinará la balanza a favor de tomar la droga.

En terapia, los pacientes aprenden habilidades para afrontar el malestar, así como comprobar y reestructurar su creencia de que utilizar drogas o beber, sea la forma más útil de tratar su malestar.

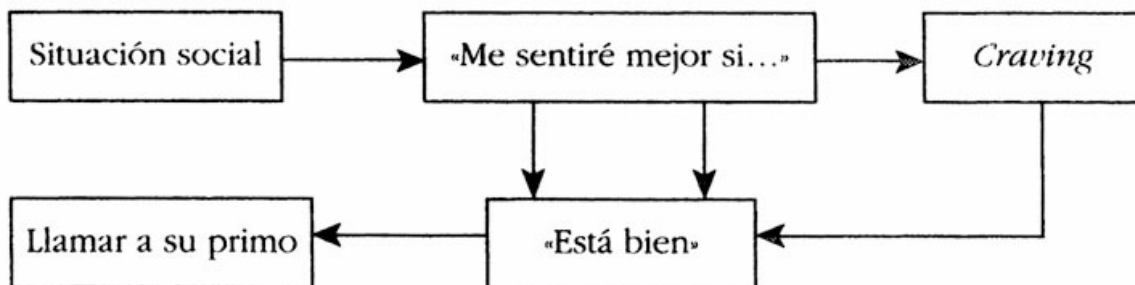


Figura 3.4. Modelo simple del abuso de sustancias de Les (se corresponde con la figura 3.3).

Activación de creencias en situaciones estímulo

Es típico que las creencias sobre la utilización de las drogas se activen en circunstancias específicas, frecuentemente predecibles, que suelen llamarse «situaciones estímulo». También se llaman «señales» (Moorey, 1989). Sin embargo, dependiendo del estado de ánimo del paciente en ese momento y de su autocontrol, el grado de riesgo de una situación variará considerablemente de un momento a otro. Es decir, una situación que se ha podido manejar en un momento puede ser suficientemente estimulante para provocar la utilización de la droga en otro momento. Estas circunstancias, que pueden ser tanto externas como internas, corresponden a lo que Marlatt y Gordon (1985) denominaron «situaciones de alto riesgo». Estas situaciones estimulan el *craving* de «fumar, esnifar o ingerir drogas».

Ejemplos de situaciones estímulo *externas* son: un grupo de amigos utilizando cocaína, tener contacto con un traficante de droga o recibir la paga semanal. Como circunstancias *internas* (o señales) podríamos incluir varios estados emocionales como la depresión, la ansiedad o el aburrimiento, que pueden activar las creencias relacionadas con la utilización de las drogas y, consecuentemente, el *craving* de la droga.

Tal y como se ve en la figura 3.5, la utilización de la droga puede considerarse como el último de los pasos que constituyen el conjunto de las creencias antes mencionadas. La terapia cognitiva persigue modificar cada una de estas categorías de creencias: anticipadoras y permisivas, así como las creencias nucleares que subyacen (p. ej., «Estoy atrapado») y que potencian estas creencias relacionadas con las drogas. El terapeuta intenta introducir o reforzar creencias más adaptativas y pertinentes para cada una de estas clases de creencias. Otras técnicas tienen que ver con tratar los problemas vitales más importantes (véanse capítulos 12 y 13) o las dificultades de la personalidad o sus trastornos (véanse capítulos 14, 15 y 16), y que provocan el abuso de droga.

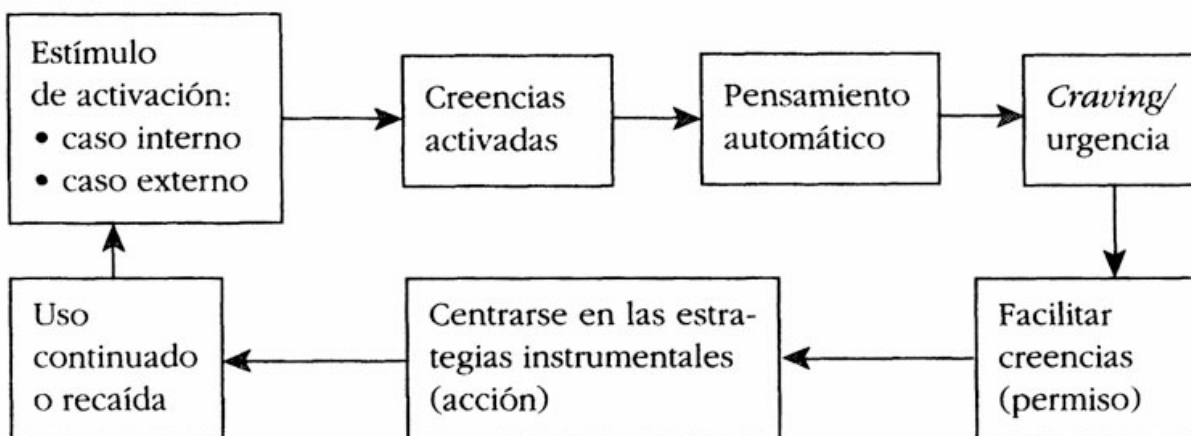


Figura 3.5. Modelo completo del abuso de sustancias.

Tal y como vimos antes, 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*: intercalada entre el estímulo y el *craving* se encuentra la creencia relacionada con la droga que se activa por la situación y por un pensamiento automático derivado de esta creencia. Por ejemplo, cuando Les se sentía mal, tenía el pensamiento: «Si me pico, me sentiré mejor». Su creencia subyacente era: ««No puedo soportar el malestar... Necesito una dosis para hacer que desaparezca el malestar que tengo». La secuencia evoluciona hacia el *craving*, las creencias facilitadoras («Está bien por esta vez»), hasta un plan de acción para obtener la droga y utilizarla al final. Comprobaremos estas creencias mediante preguntas directas y la utilización de cuestionarios (véase apéndice).

La secuencia ocurre tan rápidamente que normalmente se suele considerar como un «reflejo condicionado» (O'Brien, 1992). En particular, el pensamiento automático parece ser casi instantáneo y sólo se puede apresar si el paciente aprende a poner atención a las cadenas de acontecimientos.

La figura 3.6 ilustra una secuencia que va desde el estímulo desencadenante hasta la realización del plan para conseguir la droga. Hay que apuntar que cada etapa ofrece una oportunidad para la intervención cognitiva. Utilizando el método de descubrimiento guiado (Beck y otros, 1979), por ejemplo, el terapeuta cognitivo cuestiona el *significado* ligado al estímulo desencadenante, la creencia orientada al alivio que enuncia que la solución más deseable es una dosis, la creencia que da permiso para utilizar la droga

(«Lo puedo hacer sin dañarme») y la realización del plan (la decisión de buscar el dinero).

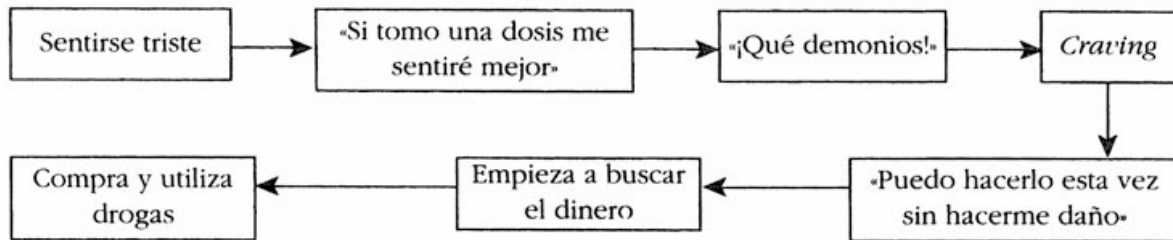


Figura 3.6. Ejemplo de la secuencia de utilización de drogas de Les (se corresponde con la figura 3.5).

Les tenía muy poca tolerancia a las sensaciones desagradables, como la tristeza, la ansiedad o el puro aburrimiento. Su creencia relacionada con la necesidad de aliviar sus sentimientos de angustia se activaba cuando atendía a una fiesta. Sus creencias relacionadas con las drogas se centraban en la anticipación del alivio que éstas producen en los sentimientos negativos. Otros ejemplos de estas creencias que anticipan el alivio eran: «Sólo existe *una forma* en la que yo pueda divertirme», «No puedo soportar los síntomas de abstinencia», «Me siento mejor sabiendo que está ahí» y «Si no tomo una dosis regularmente, me sentiré mucho peor».

Deberíamos señalar que los pensamientos permisivos del paciente, acerca de que la droga no produce daño, tienen su origen en un conjunto de creencias simplistas (y engañosas). Cree que como sólo *esnifa cocaína*, no podrá ser un adicto: se ve a sí mismo como si estuviera salvado de la adicción, a condición de no *fumar crack*. De hecho, uno de sus pensamientos permisivos típicos es: «Estoy bien desde que no fumo *crack*».

También se observa frecuentemente «el *craving* espontáneo» (es decir, el *craving* en ausencia de un estímulo externo obvio). Por ejemplo, un paciente con una historia de cinco años de consumo de cocaína relataba que tenía un sueño acerca del uso de la cocaína. Al levantarse, se sentía «como colocado». Al cabo de un rato, empezaba a soñar despierto sobre la última vez que había tomado cocaína. Este escenario imaginario, a su vez, activaba la creencia «La vida es mucho más divertida cuando la utilizo», y lo seguía el pensamiento automático: «Quiero esta droga». También se activaba una creencia permisiva: «No corro ningún peligro si lo hago». A partir de entonces su atención se centraba en comprobar si tenía suficiente dinero para comprar cocaína. Aunque el

craving parecía ser espontáneo en este caso, el estado mental del paciente cuando estaba soñando y después, al despertarse, activaban la fantasía de utilizar la droga. Esta imaginación servía de catalizador para los pensamientos permisivos y, a partir de ahí, su atención se centraba en la consumación del *craving* y dejar fuera de toda consideración los posibles efectos perniciosos de la droga.

Procesamiento de la información: significado, simbolismo y reglas

Al referirnos a las clases de circunstancias (externas e internas) que promueven el ciclo del *craving*-consumo de drogas, normalmente utilizamos el término «situaciones estímulo» o «desencadenantes» antes que «situaciones de alto riesgo», este último introducido por Marlatt y Gordon (1985). Aunque muchas situaciones tienen una probabilidad muy alta de poner en marcha el patrón de *craving*-consumo, su efecto varía de una persona a otra e incluso para la misma persona a lo largo del tiempo. Mediante la conceptualización de estas situaciones en términos de las propiedades de sus estímulos y significados, podemos alinear nuestro concepto de utilización y abuso de drogas con conceptos relacionados con el estrés (Beck, 1993), síndromes desordenados (p. ej., depresión; Beck y otros, 1979) y trastornos de la personalidad (Beck, Freeman y otros, 1990).

Mientras que el término «situación de alto riesgo» encaja muy bien en un modelo descriptivo, su formulación en términos más cognitivos encaja mejor en un modelo explicativo. Este modelo abarca conceptos sobre la activación de las creencias, símbolos, procesamiento de la información y motivación, a la vez que proporciona un marco para la comprensión y la intervención psicológica.

Aunque utilizamos términos como «situaciones estímulo» y «propiedades del estímulo», debemos advertir que, en principio, toda situación presente es neutra. Se convierte en un estímulo si la persona le confiere un significado especial. Por ejemplo, cuando una persona adicta ve un canutillo para esnifar cocaína u otro utensilio relacionado, llegará a excitarse y experimentará el *craving*. En cambio, otra persona, que sea indiferente a las drogas o no conozca su parafernalia, simplemente verá un tubito. Para la primera persona, el canutillo es un símbolo, un mensaje codificado, que conlleva un significado. El significado no es inherente al canutillo, sino que pertenece a los códigos simbólicos personales del individuo (y está enmascarado en su sistema cognitivo de procesar información). Por ejemplo, la persona aplicará automáticamente este código

cuando perciba ese canutillo u otro elemento parecido, y como consecuencia experimentará placer y *craving*.

La tarea del terapeuta es ayudar al paciente a decodificar el símbolo. Si uno «desenvuelve» su significado, leería algo así como: «El canutillo significa tomar una dosis, lo cual me producirá placer». El tubo y el concepto de placer se han fusionado, de forma que la expectativa de placer en el futuro proporciona placer en estos momentos y conduce al *craving*.

Las personas que abusan de las drogas parecen estar dirigidas por los estímulos. Cualquier ilustración o referencia a las drogas, por ejemplo en la televisión, la radio, los periódicos, será suficiente para excitarlas. Realmente, la persona adicta está «dirigida por los esquemas», es decir, las reacciones de Les se producen por estructuras cognitivas internas, denominadas esquemas, que contienen el código, las fórmulas o las creencias que añaden significado a la situación (véase Beck, 1967, para una descripción completa de los esquemas). Por tanto, un esquema que contenga la creencia «Utilizar droga es necesario para mi felicidad» se activará cuando la persona esté expuesta a las situaciones pertinentes.

De forma parecida, un esquema que contenga la creencia «No puedo ser feliz a menos que sea querido» se activará si la persona percibe que ha sido rechazada por un amante y, por tanto, se sentirá triste. La experiencia de dicha emoción de tristeza, a su vez, será procesada cognitivamente por creencias como «No puedo soportar la tristeza», «Necesito alivio utilizando drogas». La persona, entonces, experimentará *craving*.

La aplicación terapéutica de este modelo explicativo comprende dar más importancia a la modificación del sistema de creencias del individuo que simplemente hacer que evite o afronte las situaciones de alto riesgo. Como algunas «situaciones» (como los estados internos) son inevitables y otras (p. ej., exponerse a situaciones relacionadas con las drogas) pueden ser también difíciles de evitar (Childress, Hole y DePhilippis, 1990; Moorey, 1989; O'Brien, McLellan, Alterman y Childress, 1992; Shulman, 1989), el mejor pronóstico se conseguirá cambiando las creencias que hacen que estas situaciones sean arriesgadas.

Por ejemplo, Les se solía comparar a sí mismo con otras personas con más éxito que él. Cuando veía dichas personas, se activaban sus creencias negativas («Soy inferior» y «No sirvo para nada»). Por tanto, el significado ligado a la percepción de la otra persona era autodestructivo y llevaba a la tristeza. Además, él añadía otro significado a la tristeza: «Mi vida es intolerable... No puedo soportar el dolor». Tras la activación de la

creencia «Necesito doparme para aliviar mi dolor», Les empezaba a experimentar un *craving* apremiante. En terapia, se exploraban cada una de estas creencias.

El mecanismo propuesto para el cambio terapéutico consiste en intentar situar el sistema de creencias más próximo a la realidad. Como las creencias son desadaptativas (p. ej., «Necesito la droga (o alcohol) para poder funcionar») es necesario modificar estas creencias o sustituirlas por creencias más funcionales (o ambas soluciones).

Sin embargo, el proceso de cambio comprende más que la simple modificación de una creencia. El terapeuta y el paciente necesitan trabajar conjuntamente para mejorar el sistema de control del paciente (p. ej., practicando el retraso de la gratificación) y aprender técnicas de afrontamiento como la anticipación o la resolución de problemas.

Por tanto, los objetivos o metas terapéuticas son: a) el cambio conceptual, y b) el desarrollo técnico de habilidad para afrontar los problemas.

BLOQUEO COGNITIVO

Cuando no están experimentando el *craving*, los pacientes, en general, son capaces de reconocer los efectos devastadores de la droga en su vida. Sin embargo, cuando se han activado las creencias relacionadas con las drogas, se produce un «bloqueo cognitivo» que inhibe la conciencia o la atención que se presta ante las consecuencias negativas a largo plazo, que tendrá el uso de la droga (Gawin y Ellinwood, 1988; Velten, 1986). A su vez, incrementa la tendencia a centrarse en estrategias instrumentales como la búsqueda de dinero para comprar drogas. A medida que se van hiperactivando estas creencias, cada vez se atenúa más la capacidad para reconocer los inconvenientes de la utilización de las drogas. Cuando Les no se sentía triste, estaba convencido de que utilizar cocaína era malo para él, pero cuando se estimulaba su *craving*, tenía dificultad en recordar las razones de por qué no quería consumir. Sus procesos atencionales se dirigían predominantemente a la utilización de la droga. La inmediatez del estímulo y la activación de los significados ocultaban otras consideraciones serias sobre las consecuencias a largo plazo.

Este tipo de «visión de túnel», en que los procesos atencionales del individuo se aplican casi en exclusiva a la inmediatez de la situación, se ha demostrado en algunos experimentos de psicología cognitiva (Beck, 1991). Por ejemplo, las personas que están muy hambrientas son hipersensibles a los estímulos relacionados con la comida y serán relativamente insensibles a otro tipo de señales. Sin embargo, la introducción de señales de peligro cambiará la atención hacia la señal de peligro y fuera del enfoque de los estímulos relacionados con la comida. Los estados clínicos muestran también este mismo

fenómeno. La información que es congruente con la condición clínica, se procesa muy rápidamente y se puede acceder enseguida a los recuerdos congruentes con este estado, y, sin embargo, el paciente tiene problemas para recordar la información almacenada que no es congruente con su condición clínica. Por ejemplo, los pacientes deprimidos asimilan la información negativa acerca de ellos mismos rápidamente, pero eluden la información positiva. Asimismo, recuerdan la información negativa mejor que la positiva (Beck, 1991). De igual forma, los pacientes con ataques de pánico responden rápidamente a sugerencias de que están experimentando un estado grave, pero tienen problemas en recordar explicaciones más benignas sobre sus ataques o incluso a la hora de buscar razones, para contraargumentar las interpretaciones catastróficas que están haciendo (Beck, 1986).

Se puede observar un fenómeno parecido entre algunos individuos adictos a las drogas, el alcohol o la nicotina. Aunque cuando están sobrios pueden ser bastante hábiles enumerando (con sinceridad y convicción) las razones para no usar drogas, cuando están en medio de un episodio específico de consumo de drogas, muestran problemas en recordar o conseguir el mismo significado de estas razones. Como toda su atención se centra en los mecanismos para obtener droga, las razones para utilizarla en ese momento llegan a ser muy fuertes y las razones opuestas o contradictorias son prácticamente inaccesibles o insignificantes.

Este fenómeno se conoce como «bloqueo cognitivo», ya que se elude la información incongruente (es decir, la correcta, realista). La tarea terapéutica consiste en levantar el bloqueo como sea, mediante una serie de tareas. Una forma de abordarlo es mediante la activación deliberada del ciclo del *craving* en el gabinete o en la clínica (p. ej., a través de la imaginación), y, mientras el *craving* sea fuerte, repasar las razones para no utilizar la droga. Es obvio que hay que disponer del tiempo suficiente para esta estrategia, evitando que el *craving* se pueda mantener después de la sesión (Childress y otros, 1990). Una estrategia similar comprende la preparación de tarjetas (una lista de razones para no consumir) que los pacientes han de leer cuando experimentan el *craving* en su ambiente natural.

Resumen

En el corazón mismo del problema de la adicción de una persona se encuentra un conjunto de creencias que parece que se deriven de creencias nucleares como «Estoy indefenso», «No soy querido» o «Soy vulnerable». Estas creencias nucleares interactúan

con los estresores vitales para producir un exceso de ansiedad, disforia o ira. Estas situaciones estresantes o estímulo no «causan» directamente el *craving*, sino que activan las creencias relacionadas con las drogas que llevan al *craving*. Aunque utilicemos el término «situación estímulo», hay que darse cuenta que en principio toda situación por sí misma es neutra. Los *significados* que se derivan de las creencias que se ligan a las situaciones son los que causan el *craving* en la persona. Las personas que tienen creencias que no pueden tolerar la ansiedad, la disforia o la frustración, por ejemplo, serán hiperatentos a estas sensaciones y construirán expectativas acerca de poder aliviarse de las mismas, sólo mediante la utilización de drogas o ingiriendo alcohol. Por tanto, cuando aparece una emoción desagradable, la persona intenta neutralizarla utilizando droga o bebiendo.

Se puede delinear una secuencia específica de creencias que conducen a que la persona beba o utilice drogas. Primero aparecen las *creencias anticipadoras*, relacionadas con la obtención de placer mediante la utilización de drogas o alcohol. Estas creencias anticipadoras normalmente progresan hacia creencias imperativas sobre el alivio, que definen la utilización o la bebida como una necesidad fatal y manifiestan que el *craving* es incontrolable y debe ser satisfecho. La anticipación del placer o el alivio lleva a la activación del *craving* y a las *creencias facilitadoras o permisivas*, como «Me lo merezco», «Está bien», que legitiman la utilización de las drogas o la bebida. Finalmente, se impulsan los planes instrumentales mediante el *craving* apremiante, que tienen que ver con los planes y estrategias para obtener drogas o alcohol.

Muchos individuos tienen creencias conflictivas en relación con los pros y contras de utilizar una droga. A veces, están tan trabados en esa lucha tan desagradable entre ambas creencias opuestas que, paradójicamente, buscarán las drogas para poder aliviar la tensión que les genera dicho conflicto.

La aplicación terapéutica de este modelo, que consiste en modificar el sistema de creencias del individuo, va más allá de enseñar al individuo a evitar o afrontar las situaciones de «alto riesgo».

CAPÍTULO 4

LA RELACIÓN TERAPÉUTICA Y SUS PROBLEMAS

Un componente vital para que cualquier terapia tenga éxito es que exista una relación de colaboración entre el terapeuta y el cliente. Incluso las intervenciones más brillantemente planeadas mermarán sus resultados si el paciente no se compromete con el proceso de tratamiento. Todo el apoyo y esfuerzo que el terapeuta ponga para intentar ayudar al paciente tendrá poco impacto, a menos que el terapeuta se haya ganado, en cierta medida, la confianza del paciente.

Mientras que esto parece pertinente en casi cada tipo de paciente, es especialmente cierto en las poblaciones con abuso de sustancias. Numerosos factores potenciales interactúan para crear, casi, una relación de adversarios, entre el terapeuta y el paciente con abuso de sustancias, al principio de la terapia y durante el curso del tratamiento. Estos factores incluyen:

1. Los pacientes con abuso de sustancias frecuentemente no acceden a un tratamiento voluntariamente.
2. Los pacientes suelen mantener presuposiciones muy desadaptativas acerca de la terapia.
3. Los pacientes no suelen ser muy abiertos o sinceros, al menos al principio de la terapia.
4. Los pacientes pueden estar involucrados en actividades delictivas, y, por tanto, presentarán dilemas de confidencialidad.
5. Los pacientes opinan que su terapeuta es parte del sistema y no un aliado.
6. Los pacientes no lo pasan bien creyendo que el terapeuta se preocupa realmente por sus problemas.
7. Los pacientes miran con recelo al terapeuta si lo perciben con marcadas diferencias respecto a ellos, en términos de actitudes y otras variables demográficas.
8. Los terapeutas pueden tener presuposiciones negativas acerca de los pacientes con abuso de drogas.

La mayoría de estos pacientes no van a terapia por su propia voluntad. A algunos les han presentado un ultimátum las personas que son significativas para ellos (p. ej., la esposa, los hijos o los padres) o sus jefes en el trabajo, mientras que otros vienen derivados por vía judicial (Frances y Miller, 1991). Consecuentemente, el paciente que abusa de las drogas entrará en la oficina del terapeuta con toda una serie de pensamientos automáticos contraproducentes, tales como «No quiero estar aquí; sólo estoy aquí porque mi mujer me ha empujado»; «Le diré a este doctor lo que quiera oír y, después, me iré de aquí»; «Todo esto de la terapia es como disponer de tiempo para el ocio comparado con la prisión; seguiré viniendo a terapia pero, de todas formas, haré lo que quiera»; «No tengo realmente un problema; puede que acuda o no a terapia», y «No voy a decirle nada a este psiquiatra que él pueda usar en mi contra; mi vida sólo es un problema mío y de nadie más». Podríamos seguir eternamente con esta lista de expresiones.

Para complicar aún más las cosas, los pacientes entran en terapia estrechamente vigilados, y suelen ocultar el tipo de pensamientos automáticos que hemos enumerado arriba. El terapeuta tendrá que explorarlos activamente, ya que el paciente no suele divulgar dichos pensamientos de manera sencilla, sin pedírselo (Covi y otros, 1990).

Otro factor que milita en contra de la formación rápida de una buena relación terapéutica es que el abuso de sustancias normalmente representa una conducta delictiva, por lo cual, los pacientes están muy motivados a ser poco sinceros a la hora de relatar sus actividades relacionadas con el consumo de drogas. Aunque la mayoría de las interacciones terapéuticas representan comunicaciones privilegiadas entre el terapeuta y el paciente, el tipo de paciente con abuso de drogas suele estar bien entrenado para ocultar sus pasos. Como la apuesta es alta, dichos pacientes simplemente decidirán que lo mejor es no correr riesgos, y, por tanto, no admitirán fácilmente las conductas típicas de abuso de drogas. Es más, algunas acciones de los pacientes serán suficientemente amenazadoras y serias para con ellos o para el público en general, y, por tanto, el terapeuta legalmente tendría que contactar con las autoridades para informar (p. ej., cuando un paciente admite que se ha preparado un asesinato relacionado con la droga, o cuando el paciente llama al terapeuta y le expone que se ha tomado una sobredosis para intentar suicidarse).

Los terapeutas deben informar a sus pacientes de los límites de su confidencialidad desde el principio de la terapia, y por tanto los pacientes con abuso de sustancias sabrán qué información no pueden revelar, para su seguridad personal. Si de todas formas explican material de este tipo, el terapeuta se verá en la incómoda posición de tener que

servir de perro guardián de la sociedad, y durante dicho proceso el paciente se desanimará y abandonará el tratamiento requerido.

Este aspecto señala otro factor general aún más importante y que se añade a la dificultad de formar una alianza terapéutica con el paciente que abusa de las drogas; es decir, dichos pacientes normalmente opinan que el terapeuta es una especie de agente de policía, o una continuación de los tribunales, «del sistema» o de las clases socioeconómicas más privilegiadas. A dichos pacientes les cuesta creer que sus terapeutas tratarán de ayudarlos con sus problemas de forma sincera, o que los tratarán con honradez, respeto y de forma positiva. Como resultado, el paciente tiende a temer y a evitar las sesiones terapéuticas. De hecho escogerá las afirmaciones del terapeuta que se enfrentan con él como una confirmación de que el profesional está en su contra, mientras que las afirmaciones positivas del terapeuta se verán ingenuas, manipulativas, poco sinceras o paternalistas. Esto sitúa al terapeuta en una posición de «condenado si no lo hago e igualmente condenado si lo hago», sin pistas para poder seguir, y la terapia será sabotada antes de que empiece.

Otro obstáculo para la formación de una relación terapéutica, es la percepción de diferencias demográficas y/o actitudinales entre el terapeuta y el paciente. Por ejemplo, el paciente puede pensar: «Este doctor probablemente sea rico y tiene todo lo quiere en esta vida. No existe ninguna posibilidad de que pueda llegar a entender lo que es luchar cada día de tu vida, como yo hago. ¿De qué forma podría ayudarme? Las reglas de su mundo no sirven en el mío. Todo lo que diga serán chorradas». Otro pensamiento puede ser: «Me pregunto si este terapeuta alguna vez ha utilizado drogas. Si lo ha hecho, entonces, no es mejor que yo y, por tanto, ¿por qué debería escucharlo? Si no lo ha hecho, ¿cómo puede llegar a saber lo que es estar enganchado? Sólo alguien que haya pasado por esto puede saber de qué se está hablando».

De igual forma, el terapeuta puede tener pensamientos desadaptativos acerca del paciente: «Este paciente lleva una mala vida. Lo más que conseguiremos será que yo pierda mi valioso tiempo, y lo que es peor, será una responsabilidad para mí o una amenaza para mi seguridad personal»; «Este tipo de pacientes no pueden ser ayudados. Tienen una enfermedad crónica para la cual existe muy poca esperanza de recuperación o de rehabilitación. Por tanto, no tiene sentido que gastemos mucho tiempo o energía en ellos»; «No me puedo relacionar con este paciente de ninguna forma. No me relacionaría con él en la “vida real”, de forma que no creo que sea posible formar un vínculo de trabajo o terapéutico con este paciente en mi gabinete o clínica».

Hay que reconocer que trabajar con este tipo de pacientes puede llegar a ser muy

estresante; por tanto, alentamos enormemente a los terapeutas a que se impliquen en supervisiones regulares con sus colegas, de forma que reciban apoyo profesional y consejos objetivos. Estas consultas pueden ayudar a los terapeutas a evitar «quemarse», y así combatir sus propias creencias disfuncionales que aparecen al trabajar con poblaciones con abuso de drogas (véase Weiner y Fox, 1982).

Aunque reconocemos que los obstáculos son formidables, en base a una gran experiencia clínica creemos que es posible establecer una relación terapéutica positiva y con mucha colaboración por parte del paciente drogadicto. Creemos que esto es posible incluso en el caso de que dichos pacientes exhiban trastornos concomitantes del Eje II, como la paranoia, el narcisismo y/o las personalidades antisociales (véase capítulo 16). Con toda seguridad la tarea es difícil y a veces cansada. Al mismo tiempo, tratar a un paciente con abuso de sustancias se puede afrontar como si representara un reto y un crecimiento personal para el terapeuta. Las habilidades para desarrollar las alianzas terapéuticas con poblaciones difíciles (p. ej., abuso de sustancias y pacientes con trastorno límite de la personalidad) corresponden a lo que se denomina como «arte de la terapia», lo cual constituye una buena medida de la competencia del profesional en salud mental.

Este capítulo dará pautas para facilitar la formación y mantenimiento de una relación terapéutica adaptativa y funcional con el paciente con abuso de drogas. Para poder resaltar varias técnicas y estrategias proporcionaremos algunos casos prácticos, así como demostraciones de cómo las cosas pueden salir mal. Las ideas centrales de este capítulo son: a) una relación terapéutica positiva no ocurre por casualidad, sino que se debe construir de forma activa; b) el trato con los pacientes que abusan de las drogas requiere de cuidados y mucha atención constante ante las vicisitudes entre el terapeuta y el paciente, y c) el control de la relación terapéutica con el paciente con consumo de drogas no es una tarea sencilla, sino más bien abrumadora.

Establecer el *rapport*

Las primeras interacciones entre el paciente que acaba de llegar a terapia y el terapeuta son extremadamente importantes. Incluso en el caso de que los pacientes con abuso de sustancias vengan por iniciativa propia, frecuentemente muestran muchas contradicciones acerca de mantener el contacto con el terapeuta (Carroll, Rounsaville y Gawin, 1991; Carroll, Rounsaville y Keller, 1991; Havassy y otros, 1991; Instituto de Medicina, 1990b). Desde el mismo inicio, estos pacientes estarán intentando formarse

una idea sobre sus terapeutas para determinar si pueden confiar en ellos y si saben lo que están haciendo (Pérez, 1992). Una percepción negativa experimentada con el terapeuta puede conducir a dichos pacientes a decidir no volver a ninguna sesión más. Aquellos pacientes que están obligados a seguir con la terapia, ya sea para su libertad condicional o vigilada, la falta de un inicio positivo en el tratamiento les llevará a tener expectativas negativas que fuerzan a una resistencia pasiva o a una conducta conflictiva en la sesión.

La sesión introductoria en terapia cognitiva comprende normalmente dos objetivos fundamentales: establecer el *rappport* con el paciente y familiarizar al paciente con el modelo cognitivo. Sugerimos que aunque el terapeuta se adhiera a ambos objetivos, preste especial atención con la finalidad de establecer el *rappport*. Las tareas terapéuticas básicas de escuchar, reflexionar y demostrar autenticidad y una consideración positiva, no deben quedar cortas en esta etapa. Aunque también es útil describir el modelo cognitivo, es importante minimizar la jerga psicológica y mantener un lenguaje ordinario. Esto ayudará al precavido y receloso paciente a considerar al terapeuta como si fuera una «persona real».

Por ejemplo, el terapeuta cognitivo puede estar mal aconsejado y hablar en estos términos:

Vamos a examinar tus procesos de pensamiento, para comprender los tipos de distorsiones cognitivas que te conducen a verte involucrado en conductas desadaptativas como el consumo de droga y actividades antisociales.

Por contra, sería más preferible una frase alternativa parecida a:

Señor X, me gustaría decirle algo sobre la terapia cognitiva y me gustaría que se sintiera totalmente libre para consultarme cualquier duda que tenga acerca de lo que ocurre durante el tratamiento, en estas sesiones. Intentamos comprender cómo ve usted las cosas, los pensamientos que tiene sobre sí mismo acerca de su vida, sobre consumir drogas y otras muchas cosas. Para mí es muy importante comprender de dónde viene usted y a dónde se dirige. También es importante porque usted podrá aprender algunas cosas de sí mismo que le pueden ayudar a cambiar su vida y ser más como realmente quiere ser. ¿Qué piensa de todo esto?

En el anterior ejemplo, el terapeuta no profundiza al describir la terapia cognitiva, aunque sí que ya ha hecho un trabajo preliminar. Es más importante que el terapeuta parezca comprensivo y razonable. Si el paciente sigue en el tratamiento durante un período de tiempo suficiente, habrá muchas más oportunidades para desarrollar aspectos más específicos de la terapia cognitiva, y enseñar al paciente las habilidades cognitivas y conductuales pertinentes.

Es importante que el terapeuta se comunique sin emitir juicios, tal y como hace con los pacientes que no abusan de sustancias. Muchos clínicos pueden simpatizar con los pacientes que están deprimidos o ansiosos pero pueden ser menos tolerantes con aquellos

que están fuera de la ley y causan sufrimiento a sus familias debido a sus conductas relacionadas con el abuso de drogas. Por tanto, los terapeutas necesitan vigilar sus pensamientos y sus expresiones verbales de forma que no proyecten un aire de desdén y parezca que estén sermoneando en la sesión terapéutica (hablaremos más adelante de este punto detalladamente en este mismo capítulo). Las conductas de abuso de drogas del paciente y sus cogniciones se han de considerar como problemas que son, sin que esto implique un ataque a la moral o al carácter del paciente.

Además, los terapeutas también pueden facilitar el desarrollo del *rappport* centrándose en otras facetas angustiosas de la vida de sus pacientes. Como muchos de estos pacientes están en tratamiento por el hecho de que ya han alcanzado una serie de crisis en su vida (Kosten, Rounsaville y Kleber, 1986; Sobell, Sobell y Nirenberg, 1988), muchos de ellos tienen diagnósticos dobles (Castaneda y otros, 1989; Evans y Sullivan, 1990; Nace y otros, 1991; Rounsaville y otros, 1991), y, por tanto, resulta apropiado tratar dichas áreas relacionadas con estados de ánimo disfóricos, sentimientos de vergüenza y baja autoestima, dificultades generales de afrontamiento con las situaciones vitales estresantes, problemas familiares y otros problemas parecidos. Cuando los terapeutas demuestran que están interesados en todo el bienestar de sus pacientes, y no sólo buscan parar su «mala» utilización de la droga, los pacientes empezarán a contemplar a sus terapeutas como aliados. De esta forma, los terapeutas demuestran que están interesados en hacer saber al paciente que es una persona, no simplemente un adicto. Entonces, los terapeutas tienen mayor oportunidad de llamar la atención del paciente diciéndole que el abuso de sustancias en que ha caído es un elemento causal importante en su malestar emocional general, interpersonal y físico. Esto motiva a los pacientes a considerar la posibilidad de abandonar el consumo de la droga como el objetivo fundamental de la terapia.

Otra técnica útil para entablar el *rappport* sirve a su vez como procedimiento para empezar a educar al paciente acerca del modelo cognitivo. En esta técnica, los terapeutas preguntan libremente a sus pacientes con abuso de sustancias qué piensan acerca de asistir a terapia. Estas preguntas pueden implicar cuestiones acerca de las dudas de los pacientes y sus preocupaciones, así como sus expectativas, metas y esperanzas al respecto de la terapia. Es especialmente importante preguntar acerca de estos pensamientos durante el contacto terapéutico inicial, para maximizar la probabilidad de que el paciente vuelva a la segunda sesión. De otro modo, el paciente empieza a abrigar dudas y celos sobre las sesiones a las que asiste, y se va de la terapia en silencio después de una sesión sin ni siquiera dar una pista de que tenía dicha intención en mente.

Tal y como hemos dicho antes, estas técnicas tienen dos funciones. Primero, comunican el deseo de oír el punto de vista del paciente y demuestran que el paciente aportará cosas a la terapia. Segundo, permiten al terapeuta señalar cómo ciertos pensamientos (p. ej., dudas acerca de la terapia) pueden provocar determinadas emociones (p. ej., desesperanza y disforia) y conductas (p. ej., dejar la terapia) que tienen un efecto muy importante en el paciente. Después de discutir estas dudas, el paciente tendrá una visión más optimista de la terapia. Si además el paciente también se siente mejor emocionalmente, el terapeuta puede hacerlo valer como un ejemplo vivo de la terapia cognitiva en la sesión —pensar positivamente se acompaña de un estado de ánimo positivo—. El siguiente diálogo entre la paciente (PT) y el terapeuta (TE), basado en uno de nuestros casos derivado por los tribunales, se ilustra de esta forma:

PT: (*Interrumpe al terapeuta para preguntar una cuestión concisa*). ¿Cuántas veces voy a tener que venir aquí [a la sesión de terapia]?

TE: Bien, tal y como yo lo veo, tan frecuentemente como tú y yo creamos que tenga sentido que vengas aquí. Puede ser una vez a la semana, puede que más frecuentemente, puede que menos, y nos veremos hasta que estemos seguros de que ya no necesitas venir a más sesiones regulares, o hasta el final de tu período de libertad condicional. ¿Tienes alguna idea en la cabeza?

PT: Sí, tengo algunas ideas (*pausa larga... la paciente frunce el ceño y mira fijamente al terapeuta*).

TE: Me doy cuenta de que no estás muy contenta de estar aquí.

PT: Sí, tienes razón.

TE: Me gustaría escucharte si quieres decirme qué pasa por tu cabeza en estos momentos.

PT: ¿Qué tengo que decir? Tengo que venir aquí, y eso es todo. No tengo elección, así que, ¿qué más puedo decir?

TE: Mmm... (*de forma simpática*). Estás baja de moral y encima estás de mala leche por tener que venir aquí. Además, te sientes como si estuvieras forzada a venir aquí.

PT: Sí.

TE: Me gustaría saber más de ti.

PT: Estoy cansada de todo (*pausa larga*).

TE: Sigue, te escucho.

PT: He cumplido ya con dos años de mi vida. Y ahora se supone que estoy libre, pero no... tengo que ir a chequeo con mi agente de la condicional, tengo que dar muestras

de orina [chequeo toxicológico semanal], y no puedo viajar sin permiso, y además tengo que ir a ver a un psiquiatra, y todo lo demás.

TE: ¿Cuál es tu opinión de todo esto?

PT: Que es una mierda.

TE: Bien, supongo que tampoco yo estaría muy contento si tuviera que pasar por lo que tú estás pasando ahora. No creo que me tomara muy bien tener que ir a todas estas citas con esas personas.

PT: Es como si siempre me estuvieran chequeando. Y estoy siempre vigilada. Estoy harta de todo eso. Es tan malo como cuando estaba en la prisión.

TE: ¿Quieres decir que consideras que venir a terapia aquí es como ser «investigada»?

PT: Sí (*sarcásticamente y de forma incrédula*). Dime si no es verdad que tú estás aquí para comprobar cosas sobre mí, y contárselas luego a mi agente de la condicional.

TE: Bueno, tienes tu parte de razón, eso seguro. Soy responsable de enviar un informe sobre tu asistencia al oficial de la condicional, cada mes. Eso significa que, como después de todo ellos pagan por tu tratamiento, tienen derecho a saber si estamos consiguiendo algo o, sencillamente, si perdemos el tiempo. Si no estuvieras aquí, entonces les diría que tú ya no estás recibiendo ayuda, y si éste fuera el caso, es probable que no consiguieras mantenerte libre de consumir drogas y es probable también que violases tu libertad condicional y te devolviesen de nuevo a la prisión. No creo que ellos quieran que tú vuelvas a la prisión de nuevo, ni tampoco yo.

PT: ¿Qué te va a ti en ello?

TE: Bueno, me gusta pensar que hago algo valioso por las personas. Me sentiría orgulloso por mí y contento por ti si nuestras reuniones semanales pudieran hacer algo para quitar de tu espalda el peso, no sólo de las drogas, sino también de la prisión, de forma que pudieras volver a vivir tu propia vida de nuevo. Mi principal objetivo no es chequearte o investigarte.

PT: Esto es un fastidio, ¿sabes?

TE: Ya sé. [El terapeuta toma una decisión consciente de no hablar sobre este pensamiento automático en este preciso momento, y en cambio escoge compadecerse con el paciente con la finalidad de establecer un buen *rapport*.]

PT: Sé que tengo que venir aquí. Pero no tiene por qué gustarme.

TE: Sí, esto es verdad; tú eres la última que debe juzgar si esta terapia te será valiosa o no. Pero a mí me gustaría poder pensar que podemos trabajar conjuntamente, de forma que puedas beneficiarte en algo para superar tus problemas. No estoy aquí para «comerte el coco». Soy un psicólogo, un terapeuta. Estoy aquí para ayudar a que

soluciones tus problemas, aunque no puedo hacerlo solo. Necesito tu ayuda. Yo seré un «experto» en psicología, pero tú eres una experta en ti misma. Y eso es lo que tengo que respetar.

PT: Bien, sí.

TE: ¿Qué te gustaría conseguir de la terapia de forma que sea algo más que simplemente ser chequeada o vigilada? Algo para ti.

El terapeuta y la paciente siguieron hablando un rato sobre los objetivos de la paciente en la terapia, y mejoró el estado de ánimo de la misma, disminuyendo al mismo tiempo su ira. Antes de acabar la sesión, el terapeuta ayudó a la paciente a resumir los contenidos de la misma, poniendo un énfasis especial en un aspecto importante y que preparaba el camino para familiarizarse con el modelo cognitivo. El principal aspecto a señalar era que mientras que la paciente pensaba sobre los aspectos negativos de la terapia, se sentía triste y huraña. Sin embargo, cuando abrió su mente a otras posibilidades de utilizar la terapia, adquirió más información, pensó sobre algunas ideas más útiles, y se sintió más esperanzada. En resumen, aprendió una lección importante de cómo los pensamientos que no se evalúan pueden afectar de forma negativa en las emociones, así como en su capacidad para solucionar problemas. También aprendió que es importante tener todos los datos antes de emitir un juicio sobre una situación (como estar en el gabinete del terapeuta la primera vez), sobre todo cuando la situación parece muy negativa de entrada.

Tal y como se ha subrayado en el diálogo anterior, es útil provocar los pensamientos negativos de los pacientes acerca de la terapia. Los terapeutas han de ser capaces de oír las quejas de los pacientes sin que se sientan por ello atacados personalmente. Pueden estar tentados a enfrascarse en una discusión con dicho paciente o/y rechazar dichas quejas, como si fueran puros disparates. Han de resistir esa tentación, ya que si no, los pacientes confirmarían sus expectativas sobre la naturaleza confrontativa de la terapia. Si los pensamientos del paciente se provocan de forma simpática, y a esto le sigue un compromiso sincero mediante preguntas y *feedback* directo, honrado y humilde, será un beneficio importante para establecer un buen *rapport*.

A medida que los pacientes tratan de entrar en el proceso de tratamiento, los terapeutas pueden facilitar el establecimiento del *rapport* dando refuerzo verbal positivo a las conductas y actitudes de los pacientes proterapéuticas. Por ejemplo, los terapeutas pueden proporcionar elogios y ánimo a los pacientes que demuestran una buena asistencia, puntualidad y participación activa en las sesiones, así como cooperación con

las tareas terapéuticas destinadas a realizar en casa (p. ej., escribir los inconvenientes de utilizar las drogas cada vez que el paciente experimenta un fuerte impulso a salir y «marcar un gol»). Este *feedback* positivo de los terapeutas ayuda a los pacientes a sentirse apoyados, a comprender su rol en la terapia y a disminuir sus ansiedades y expectativas negativas, acerca del proceso de trabajo con profesionales de la salud mental.

Fomentar la confianza

La confianza no se desarrolla inmediatamente, al igual que no se puede exigir o que aparezca artificialmente. Sólo a través de la firme profesionalidad del terapeuta, su sinceridad y sus buenas intenciones a lo largo de un período de tiempo, puede aparecer en la relación terapéutica dicha confianza. No es bueno que el terapeuta diga solamente: «No te preocupes, puedes confiar en mí». Es mucho más realista admitir que hay pocas razones para que el paciente tenga confianza al principio con el terapeuta, pero puede añadir: «Espero que con el tiempo decidas por ti mismo si puedes o no confiar en mí».

Desafortunadamente, la confianza se puede deteriorar o perder con relativa facilidad y, por tanto, se debe cuidar y tratar de forma delicada y esmerada. En resumen, la confianza terapéutica con las poblaciones que padecen abuso de sustancias es difícil de establecer y más difícil aún de mantener. Sin embargo, incluso si el paciente aprende a confiar en el terapeuta, no hay muchas razones para que el terapeuta confíe en el paciente. Los pacientes de esta población no suelen relatar todo lo que sucede, o bien lo hacen de forma incompleta, y el terapeuta debe ser sensible a dicho aspecto. De todas formas, como el terapeuta se encuentra en un nivel de conducta superior al paciente, querrá continuar benevolentemente la asistencia que ayuda al paciente con abuso de sustancias, incluso si el paciente ha sido mentiroso. Después plantearemos formas mediante las cuales el terapeuta se puede enfrentar con dicha falta de sinceridad por parte del paciente, como, por ejemplo, continuando y reafirmando la relación terapéutica y trabajando para realizar progresos en el tratamiento.

Las siguientes sugerencias e ilustraciones pueden ayudar a proporcionar ayuda al terapeuta cognitivo para conseguir y mantener este factor tan positivo terapéuticamente.

Los principales elementos para construir la confianza son muy simples y no muy espectaculares. Incluyen conductas que demuestren sistemáticamente una implicación verdadera del terapeuta en el proceso terapéutico, así como comprometerse para que el paciente se beneficie de ellas. Dichas conductas incluyen: a) estar disponible para las

sesiones terapéuticas de una forma regular; b) llegar puntual a las sesiones (incluso cuando el paciente no lo haga); c) devolver las llamadas de teléfono de los pacientes de forma apropiada; d) estar disponible para emergencias en las que se deba intervenir (p ej., dando al paciente un número de teléfono donde pueda localizar al terapeuta en el caso de una necesidad o crisis en la que se deba intervenir); e) mostrar preocupación e intentar establecer contacto con el paciente si deja de asistir a una cita, y f) permanecer en contacto con el paciente (y estar disponible para la reanudación de la terapia cognitiva externa) si el paciente es hospitalizado, desintoxicado, está a mitad de camino de la rehabilitación o reencarcelado, durante el curso de la relación terapéutica.

Los terapeutas fomentan la confianza cuando evitan hacer a menudo comentarios disparatados acerca de los pacientes, los miembros de la familia del paciente, otras personas consumidoras de sustancias con las que tiene contacto el terapeuta, o cualquier grupo socioeconómico, ético o de género. Incluso si el terapeuta hace el comentario despectivo acerca de alguien, el paciente puede pensar que ésta es la forma en que el terapeuta piensa realmente sobre él o ella, cuando no está trabajando bajo el rol de «terapeuta», y un comentario de este tipo alentará la posible creencia del paciente de que el terapeuta no es sincero, en su muestra de respeto hacia él o ella.

La confianza también se fomenta cuando el terapeuta sirve de rol modelo, es el que tiene estilos de vida y actitudes «limpias». Comentarios del terapeuta sobre la forma en que «disfruta en las fiestas» o «cómo se divierte», son totalmente contraindicados. Estas frases proporcionan al paciente un mensaje confuso. Este mensaje puede llevar al paciente a percibir al terapeuta como un hipócrita que funciona con una política de «Haz lo que digo, no lo que hago».

En relación con este aspecto, suele ocurrir que el paciente pregunta al terapeuta acerca de su propia experiencia con las drogas. Evidentemente, el terapeuta no está obligado a responder a este tipo de pregunta. Una respuesta típica y apropiada sería: «Sé que tienes curiosidad por este aspecto, pero prefiero no contestar a tu pregunta. Realmente, estamos aquí para empezar a hablar de cosas que son importantes para ti».

Al mismo tiempo, los terapeutas pueden usar su discreción para decidir si contestan. Una contestación sincera y breve puede hacer mucho de cara a fomentar el sentido de confianza del paciente por el terapeuta. Por ejemplo, el terapeuta puede contestar: «No, nunca he utilizado ninguna droga más que para probarla y ver qué pasaba, e incluso, esto ocurrió hace más de quince años. Estaba jugando con fuego, y creo que puedo considerarme afortunado por no continuar con dichas situaciones. Sin embargo, he visto ya tanto sufrimiento en la vida de aquellas personas que han continuado utilizando la

droga de forma regular, que considero que estaría condenadamente loco si intentara probar alguna otra cosa de nuevo». Otra contestación franca puede ser: «No, nunca he utilizado drogas. Siempre he tenido demasiado miedo de que me pudiesen gustar. Sin embargo, realmente tenemos que centrarnos en ti, ya que ésta es tu sesión». Aquellos terapeutas que han utilizado drogas en el pasado, pueden escoger ocultar dicha situación o bien utilizar dicha experiencia para hacer autorrevelaciones esporádicas pero pertinentes como forma de mantener al paciente comprometido con el tratamiento o para que se lleve a su casa una idea importante. El objetivo, en ese caso, es nutrir la relación terapéutica, no apartarse del trabajo de la terapia.

Establecer límites

Al igual que es importante que el terapeuta se esfuerce para trabajar en colaboración con el paciente que abusa de sustancias, debe tener cuidado de no llegar a estar demasiado preocupado por eso hasta el punto de que el paciente sepa que se puede aprovechar de su terapeuta. Deben ponerse unos límites (Moorey, 1989), por ejemplo, que una sesión terapéutica no se realizará si el paciente está ebrio o en un estado de intoxicación por drogas. Otro de estos límites es que el terapeuta no tolere «un poco» de uso de la droga.

El terapeuta puede establecer dichas reglas básicas sin sabotear la relación terapéutica si tiene cuidado en mantener un tono de respeto y reiterar su compromiso en actuar de la mejor forma posible para los intereses terapéuticos de sus pacientes (Newman, 1988, 1990). Cuando uno de nuestros pacientes llegó borracho a una sesión, se produjo el siguiente diálogo:

TE: Walt, discúlpame por preguntarte esto... y si estuviera equivocado acepta mis disculpas... pero ¿has bebido algo antes de venir a esta sesión?

PT: Sólo un poco. No mucho (*eructa de manera chistosa y repugnante*).

TE: ¿Cuánto es un «poco»?

PT: Ya sabes, un poco.

TE: Walt, creo que estás borracho.

PT: Estoy bien. Puedo aguantar la cerveza muy bien.

TE: Walt, ya hemos discutido esto antes. Si vienes con un estado mental alterado... y créeme, beber «un poco» significa que tú estás en un estado mental alterado... no tiene sentido seguir con la sesión. No existe ninguna razón para creer que serás capaz

de poner suficiente atención en lo que haremos aquí para poder garantizar el hecho de que continuemos con la sesión.

PT: Mierda, estás haciendo un problema donde no lo hay.

TE: Walt...

PT: Estoy bien. Te lo digo.

TE: Walt...

PT: No debería haber dicho nada.

TE: Walt... Me gustaría que me respetaras. Yo te respeto, pero depende de ti que sepamos lo que realmente te ha pasado. Lo que ocurre es que no podemos seguir con esta sesión. Éste fue nuestro acuerdo, y creo que deberíamos respetar nuestros pactos.

PT: Mierda.

TE: ¿Has conducido hasta aquí?

PT: No, he sido lanzado (*sonríe irónicamente*).

TE: Tengo algo importante que decirte. Tengo que pedirte que permanezcas en la sala de espera unas cuantas horas hasta que estés suficientemente sobrio como para conducir de forma segura.

PT: Doctor, no tengo tiempo para esta mierda. He venido hasta aquí bien, y volveré a casa de la misma forma.

TE: Walt, has trabajado demasiado duro para llegar hasta aquí, como para que ahora lo tires todo por la borda. Si te empeñas con esto, te arriesgas a volver a la prisión. Por mi parte no quiero ver que esto te ocurre. ¿Qué suponen un par de horas para asegurarte tu libertad? Si quieres, toma mi diario, para que estés ocupado durante un rato.

Al final el paciente cumplió con la petición del terapeuta. Se estableció claramente un límite, aunque el tono de la comunicación no fue ni crítico ni de control para con el paciente. El terapeuta insistió en que estaba preocupado por el bienestar del paciente, y esto tiene mucho que ver con la conformidad del paciente y con su deseo de continuar activamente con la terapia cognitiva. Cuando un terapeuta establece un límite, persiste en ello y lo hace de forma respetuosa, está fomentando la confianza del paciente y que éste también aprenda a tener respeto por el terapeuta.

Como un paréntesis a lo que hemos dicho antes, es necesario que el terapeuta sea capaz de continuar con la terapia, una vez el paciente esté de nuevo conforme con ella después de haber tenido un desliz (Mackay y Marlatt, 1991). Como muchos pacientes que abusan de las drogas suelen sobrepasar los límites, no se ganaría nada si el terapeuta

no quisiera seguir con la terapia cuando sus pacientes muestran conductas desafiantes y/o manipulativas. Los pacientes se beneficiarán más de sus terapeutas cuando éstos sigan con sus acuerdos predeterminados respecto a cómo tratar la conducta contraproducente de sus pacientes pero, también, cuando muestren un apoyo genuino y alienten a sus pacientes a «volver al programa» de nuevo.

La historia anterior nos permitirá tratar un aspecto importante sobre el rol que juega el alcohol en la vida y la terapia del paciente que abusa de drogas ilegales. Aunque creamos que teóricamente es posible, para los pacientes que abusan de las drogas ilegales, continuar bebiendo brebajes alcohólicos de forma casual durante el tratamiento, en la práctica nuestra experiencia nos dice que la utilización del alcohol socava la abstinencia que tienen de drogas como la cocaína y la heroína. Una de las razones es que la utilización del alcohol disminuye las inhibiciones de los pacientes. Los pacientes relatan que cuando están bebiendo, hay menos probabilidad de que piensen acerca de las razones irresistibles para dejar las drogas. Incluso cuando pueden prestar atención a las desventajas de la utilización de la droga, los pacientes explican que se sienten menos capaces de preocuparse por las consecuencias a largo plazo de su conducta, que cuando están sobrios. Por tanto, tienen más probabilidad de reanudar la utilización de sustancias más duras. De este modo, cuando los pacientes utilizan alcohol como «sustituto» de las drogas como la cocaína o la heroína, su consumo rápidamente aumenta hasta unos niveles que son indicativos de abuso y dependencia. Por tanto, desaconsejamos la utilización del alcohol durante el tratamiento del paciente y su recuperación del consumo de drogas ilegales.

Proteger la confidencialidad

Tal y como antes hemos comentado, existen algunas limitaciones sobre la confidencialidad. Los terapeutas deben explicar este aspecto a sus pacientes desde el principio. El siguiente monólogo nos puede servir de modelo:

Señor A, quiero que sepa que casi todo lo que comentemos aquí quedará estrictamente entre nosotros, a menos que usted quiera que yo explique a otra persona algo acerca de su situación o que, de alguna otra forma, usted me dé permiso para ello. Así, en su mayoría, las cosas que usted me diga se mantendrán estrictamente confidenciales. Pero debo informarle que existe alguna excepción a esta regla. Si usted me comunica algo que indique que usted o alguien más se encuentra en peligro, y no quiere que yo haga nada para arreglar la situación de forma que todo el mundo esté seguro, entonces estaré legalmente obligado a establecer contacto con las autoridades o cualquier otra persona que pueda estar implicada personalmente. Esto incluye situaciones en las que usted intente suicidarse o matar a alguien, o bien cuando usted pueda causar daño a un niño. Otra de estas situaciones podría ser en el caso de que usted tuviera el virus del sida, y no lo hubiere comentado con sus parejas sexuales o no estuviere tomando ninguna medida para protegerles de

la infección. Por favor, escúcheme con atención. Puedo prometerle esto: si ocurriese que tengo que romper la confidencialidad para protegerle a usted o a otra persona, haré lo posible para que usted sepa que voy a hacerlo. No me gustaría hacer nada a espaldas de usted. Ése no es mi estilo. Preferiría que usted supiera exactamente qué terreno pisa. De hecho, si he de contactar con las autoridades, estaría más que contento que usted me acompañara cuando hiciera la llamada por teléfono. Si usted coopera de esta forma le apoyaré en todo, y podremos solucionar casi cualquier problema. ¿Qué piensa de todo lo que le he estado diciendo? ¿Tiene alguna pregunta?

Si el paciente ha sido derivado por el juez respecto a su libertad condicional, podemos añadir lo siguiente al monólogo anterior:

También debería saber que estoy obligado por la ley a contarle a su agente encargado de la condicional si acude a no a estas sesiones terapéuticas, y a hacerle saber si usted llega con puntualidad. No tengo que preguntarle si ha empezado a consumir drogas de nuevo, pero el agente le pedirá regularmente que lleve muestras de orina, de forma que tiene su propia información para saber si ha vuelto a recaer o no.

A los pacientes no les gusta oír esto y, sin embargo, apreciarán la explicación y los avisos. Hacer lo contrario, es decir, que el terapeuta rompa necesariamente la confidencialidad sin que haya avisado primero al paciente de dicha posibilidad, como mínimo dinamitará la confianza que el paciente haya depositado en el terapeuta.

Mantener la credibilidad

Otra de las formas en que el terapeuta puede establecer y mantener su credibilidad y confianza profesional, es admitiendo que no lo sabe todo, y/o que estaba equivocado con respecto a algo. Para resaltar este punto, uno de nuestros pacientes preguntó a su terapeuta si podía utilizar la hipnosis para curarlo de su adicción al *crack*. El terapeuta admitió que no tenía ninguna formación en hipnosis y que por tanto no podría desarrollar dicha técnica. Por el contrario, trabajó un poco más en terapia cognitiva y motivó al paciente para desarrollar una lista de metas. En la última sesión, el paciente explicó que sabía que el terapeuta era «legal», porque había admitido que no sabía hacer una hipnosis. El paciente añadió: «¿Cómo podía saber qué es lo que usted podía hacer conmigo o lo que no podía hacer? Al menos ahora sé que si usted puede hacer algo por mí, realmente podrá hacerlo, y si no puede, me dirá que no le es factible hacerlo. No habría sabido qué creer, si usted me hubiera dicho que podía ayudarme en todo».

En otro caso, el terapeuta estaba esperando a su paciente a que llegara a la sesión. Después de 20 minutos, llamó la paciente. Antes de que ella pudiera explicarse, el terapeuta disparó una pequeña explicación de la importancia de atender a las sesiones de terapia a tiempo. Entonces otra persona se puso en la línea. Era el agente de la condicional de la paciente, quien le explicó al terapeuta que la culpa del retraso en irse

de la oficina de la condicional era suya y no de la paciente. Media hora después, cuando ésta llegó a la consulta, el terapeuta se disculpó inmediatamente por haber sacado conclusiones precipitadas (un error cognitivo) y, por tanto, demostró que había tenido un descuido en su obligación de atender a terapia. Prometió que la próxima vez «intentaría buscar evidencias» antes de emitir juicios rápidos. Entonces el terapeuta le preguntó a la paciente si tenía pensamientos o sentimientos negativos acerca de esta situación. Ella sonrió y contestó diciendo: «Ya no tengo ninguno».

Resumiendo, una comunicación del terapeuta sincera, humilde y abierta con el paciente desarrollará todas las cualidades importantes de confianza y *rapport* en la relación terapéutica.

Mantener un espíritu de colaboración

El mayor potencial de cambio terapéutico se produce cuando ambos, terapeuta y paciente, trabajan activa y conjuntamente, antes que en oposición o con resistencia pasiva. La terapia cognitiva practica dicho abordaje de colaboración, cuando los terapeutas comunican a sus pacientes que consideran sus puntos de vista muy seriamente, minimizando la importancia de su rol como un dechado de autoridad y poder que lo «sabe todo», y enfatizando la importancia del trabajo mutuo con la finalidad de descubrir aspectos importantes, y del cambio positivo (Beck y otros, 1979).

Con esto no queremos decir que los terapeutas deben tener una postura poco severa con relación a la problemática de abuso de drogas de sus pacientes y otras conductas relacionadas con las drogas, sino que deben mantenerse neutrales con relación a sus opiniones acerca del uso de las drogas. Los terapeutas pueden comunicar una consideración positiva a sus pacientes como individuos, sin tolerar su abuso de sustancias. Esta separación de los pacientes respecto a su conducta puede parecer de alguna forma artificial, pero no es más que una postura que facilitará el espíritu del paciente y el terapeuta trabajando como un equipo, para luchar con los problemas de abuso de drogas de los pacientes. En cualquier caso, las diferencias entre la personalidad del paciente cuando consume o no las drogas son siempre tan notables que no es difícil mentalizarse de que hay que separar al paciente de las conductas relacionadas con el abuso de drogas.

Uno de los elementos clave de la colaboración es el compromiso. Los terapeutas no deben permitir que se les manipule ni al revés, ser dictatoriales en su trato con los pacientes con abuso de sustancias. Es muy aconsejable que los terapeutas tomen una

postura firme, ni fomentar luchas de poder, ni callar completamente ante las amenazas y las promesas vagas de los pacientes. Los terapeutas demuestran mejor tanto su fuerza de voluntad como su carácter, así como su deseo de colaborar, cuando se muestran *flexibles*. A pequeña escala, esta cualidad se demuestra cuando los terapeutas permiten a sus pacientes escoger el tema sobre el que tratarán durante la hora de terapia correspondiente. En una situación en la que el terapeuta crea que el tema seleccionado por el paciente para ser discutido en la sesión es tangencial y no será valioso terapéuticamente, hará bien en acordar perder una cantidad limitada de tiempo en este tema preferido por el paciente. Sin embargo, advertirá también que han de ser debatidas otras cuestiones para que el tratamiento tenga un efecto importante. Esta estrategia fomenta una alianza de trabajo terapéutica positiva.

A gran escala, necesitarán utilizar habilidades diplomáticas para retener a sus pacientes y evitar que escapen del tratamiento. Por ejemplo, un paciente que detestaba el hecho de estar en el rol de paciente, quería utilizar las sesiones terapéuticas sólo como una forma de «sesiones de quejas». Así, el paciente podía culpar a cada persona por sus problemas y no se enfrentaba al hecho de que tenía problemas que requerían de atención. Cuando el terapeuta resaltó este aspecto, el paciente le amenazó con abandonar el tratamiento. Después de una larga discusión (en la que el terapeuta permaneció en calma y expresó cuidadosamente sus comentarios), se acordó que los números de sesiones pares se reservarían para criticar a los otros, pero las sesiones impares se centrarían en los problemas del paciente con la ira, la depresión y el abuso de sustancias. Como una medida aconsejable, el terapeuta dio las gracias al paciente por ser «tan abierto de mente y estar en tan buena disposición». Irónicamente, cuando el paciente empezó a utilizar las sesiones impares para discutir sus problemas personales y sus tendencias al abuso de drogas, espontáneamente empezó a utilizar también las «sesiones de quejas» pares con la misma finalidad.

Resistir la confabulación con el paciente

Muchos pacientes con abuso de sustancias, al darse cuenta de que sus terapeutas les apoyan y tratan de ayudarlos de verdad, intentarán abusar de dicha situación. Lo harán instando a sus terapeutas a que les den un tratamiento especial, para que no revelen determinadas informaciones a los agentes de la condicional, a que ignoren signos obviamente problemáticos y, en general, a que jueguen un papel «permisivo». Entonces, los terapeutas se encuentran con el dilema de tener que reafirmarse en sus reglas

terapéuticas básicas, sin alienar a sus pacientes (véase Newman, 1990). Aunque esta tarea sea muy difícil, es esencial si se quiere que la terapia continúe de forma fructífera. Tal y como hemos mencionado antes, se puede preservar la relación terapéutica si el terapeuta comunica sencillamente su honradez y expresa su deseo de continuar proporcionando asistencia terapéutica. Una paciente, «Charleen», llamó a su terapeuta a su casa a última hora de la noche, pidiéndole el siguiente «favor»:

PT: Siento molestarte a estas horas, pero realmente necesito que me ayudes.

TE: Sí. ¿Qué ocurre?

PT: Estoy de camino a casa, vengo de una reunión [grupo de apoyo] y mi novio piensa que estoy por ahí perdiendo el tiempo y colocándose, y me ha dicho, que me echará de casa si vuelvo a llegar tarde por la noche. ¿Podría llamarle y hacerle saber que he estado en una reunión y que todo va bien?

[Antes de dar una respuesta, toda una serie de pensamientos aparecieron en la mente del terapeuta. Para empezar, se dio cuenta de que no tenía forma de saber si lo que Charleen decía era realmente cierto. Segundo, se dio cuenta de que esta petición era un uso inapropiado de los privilegios telefónicos con el terapeuta. Decidió seguir dialogando un rato más con la paciente antes de decidirse y de acordar hacer algo.]

TE: Charleen, sabes que quiero ayudarte como sea y pueda, pero debo admitir que no me siento cómodo con eso que me estás diciendo.

PT: ¿Qué quieres decir? (*molestándose*).

TE: Bien, me estás pidiendo que hable de algo de lo que no tengo conocimiento. Si hubieras venido a mi gabinete y hubiésemos tenido una sesión, y quisieras que yo llamara a tu novio para hacérselo saber, lo haría. Pero esto es distinto. Encuentro que tendría mucho más sentido si llamaras a tu novio y le hicieras saber dónde estás ahora, o bien volver a casa como normalmente harías. Si le llamo yo, pensará que estoy dándole una excusa por ti, y eso no hará más que despertarle todavía más sospechas. ¿Lo has pensado?

PT: O sea que, ¿estás diciéndome que no me vas a ayudar? Muchas gracias, eres un gran terapeuta (*enfadada, tono sarcástico*).

TE: Charleen, estaría encantado de poder ayudarte a *resolver* un problema o una situación, pero lo que no puedo hacer es resolverlo por ti. Hay determinadas cosas de las que debes responsabilizarte tú misma. Y ésta es una de ellas.

PT: Pues entonces, ¿qué se supone que tengo que hacer si mi novio me echa de casa?

TE: Si eso ocurre, llámame de nuevo y trataremos de practicar una resolución de problemas con este tema. ¿Puedes llamarme desde casa de tu madre si esto ocurre?

PT: ¡No quiero ir a casa de mi madre!

TE: No tienes por qué desear ir a casa de tu madre. Sólo te pregunto si puedes llamarme desde allí si vas.

PT: Sí, supongo que sí.

TE: Bien. ¿Quieres que programemos una sesión para mañana de forma que podamos discutir este problema con mayor detalle?

PT: No lo sé (*tono de disgusto*).

TE: Por favor, sé franca conmigo, Charleen. ¿Has tomado [drogas]?

PT: ¡No!

TE: ¿Puedo confiar en que no tomarás drogas hasta que nos veamos mañana y hayamos podido tener una visita los dos?

PT: Sí, sí.

Este diálogo ilustra el hecho de que los terapeutas pueden ofrecer un apoyo terapéutico sin tener que verse a sí mismos involucrados en jugar un papel de «permisibilidad». Sin embargo, en este caso existe un cierto grado de compromiso de colaboración. De hecho, el terapeuta no desea llamar al novio de la paciente, pero expresa su deseo de recibir otra llamada de teléfono a última hora de la noche, para poder ayudar a la paciente a tratar con una crisis potencial. (Aunque los terapeutas del Centro de Terapia Cognitiva proporcionan de forma rutinaria el número de teléfono de su casa para que se utilice en situaciones de emergencia, nos hemos dado cuenta de que algunos terapeutas suelen preferir, a su vez, utilizar un intermediario, como un servicio de respuesta o recepción de mensajes. En cualquier caso, creemos que para los pacientes es necesario poder establecer contacto con su terapeuta fuera de las horas convenidas en el caso de situaciones críticas.)

Apelar a la autoestima positiva de los pacientes

Como muchos consumidores de sustancias muestran actitudes desafiantes y/o niveles patológicos de autoimportancia, suele ser necesario para el terapeuta apelar al narcisismo del paciente para poder provocar la colaboración de los mismos. El terapeuta no tiene que exagerar demasiado dicho aspecto. De hecho, este abordaje suele ser contraindicado

para con los pacientes inteligentes ya que, rápidamente, lo verán como poco sincero, como un truco para manipularlos. En cambio, el terapeuta se debe centrar en alguna de las cualidades reales del paciente y en sus aspectos positivos, y expresar aprecio ante dichas cualidades. Este abordaje sirve para fortalecer el *rappport* y para provocar mayor colaboración.

La siguiente viñeta clínica demuestra esta llamada o apelación al sentido del derecho del paciente, para poder deponer su ira ante el terapeuta. El problema apareció cuando el paciente no compareció en la sesión y, en vez de ello, llamó cinco horas más tarde para decir que había tenido un pinchazo cuando se dirigía al gabinete del terapeuta. De esta forma se produjo el diálogo que sigue a continuación (una versión condensada del diálogo real):

TE: Walt, ya hemos hablado de lo importante que es para ti llegar a tiempo a estas sesiones, y de que me mantengas informado de tu paradero. El hecho de que hayas tardado cinco horas en llamarme me preocupa.

PT: (*Exasperado*) Estaba de camino. No pude encontrar ningún teléfono. No tuve ningún momento libre ya que tenía que esperar a que vinieran a ayudarme. No hubo ninguna forma de que pudiera llamar antes.

TE: Walt, el noventa por ciento de mí quiere creerte del todo, pero debo ser sincero contigo: mi otro diez por ciento tiene dudas. No puedo ayudarte pero me pregunto si esta tardanza en llamarme puede estar relacionada con la droga.

[El paciente respondió muy enfadado, vilipendiando al terapeuta por ser «tan bestia» y por insultarlo «llamándolo mentiroso». El terapeuta contestó con una respuesta que quería utilizar el narcisismo de Walt para poder reparar la relación con el terapeuta.]

TE: Walt, me gustaría creer todo lo que me dices. Pero tanto tú como yo sabemos que tienes mucha habilidad y experiencia en escurrir el bulto. Puedes ser más listo que yo y burlarte de mí con facilidad, si no soy muy cuidadoso. Si creyera ciegamente en todo lo que me dices, estaría loco y, francamente, creo que te mereces tener algo mejor que un terapeuta loco.

Esta última frase consiguió el efecto que pretendía: desarmar por fin la hostilidad del paciente contra el terapeuta y acordar una sesión, al día siguiente a primera hora.

Más adelante, durante el tratamiento el terapeuta y Walt discutían los hábitos

sexuales tan poco saludables del paciente. Walt señaló que había utilizado condones cuando tuvo relaciones sexuales con prostitutas, pero rechazó usarlos con varias de sus «novias», enfatizando chistosamente que esto iba en contra de su religión. El paciente y el terapeuta discutieron estas prácticas durante largo tiempo, intentando manejar sus pensamientos automáticos y creencias que le inducían a actuar temerariamente en la era de la epidemia de sida. Además, el terapeuta intentaba centrar la atención de Walt en los peligros implicados en su actividad sexual, señalando los pros y los contras de usar preservativos. Finalmente, cuando parecía que el paciente ponía oídos sordos ante todas estas tácticas, el terapeuta decidió apelar a la inteligencia de Walt diciendo:

TE: El hecho de que uses condones con las prostitutas es una acción inteligente. No esperaría otra cosa más que una acción inteligente de este tipo cuando hablamos de ti. Está bien cuidar ese peligro. Por eso, me confunde que dejes de hacer cosas inteligentes también con tus novias. No parece propio de ti, Walt. No es propio de tu carácter dejar cables sueltos como éstos (*sin ánimo de reproche en el tono*). Normalmente sueles tener todas las cosas atadas (*de nuevo, sin reproche*).

Este abordaje estimuló el deseo de Walt de verse como una persona inteligente y en contra de la regla de «macho», que dominaba sus prácticas sexuales. Esto permitió al terapeuta afrontar ese tema sin estropear el *rapport* o la colaboración.

En otros casos hemos ayudado a los pacientes a volver a colaborar con nosotros mediante una llamada a su sentido de la justicia, a sus sentimientos positivos para otras personas significativas implicadas, a sus habilidades de supervivencia, a su integridad, a sus habilidades potenciales de ser modelos positivos de otras personas y a otros atributos personales.

Manejar las luchas de poder

A pesar de todos los esfuerzos que el terapeuta haga para mantener una relación terapéutica positiva con el paciente con abuso de sustancias, casi seguro que habrán momentos en que el terapeuta y el paciente se encuentren raros, y en los que los sentimientos negativos serán bastante intensos para alguna de las dos partes. Sin embargo, esto no tiene por qué romper la alianza terapéutica. Confiamos en las siguientes pautas para tratar esas luchas por el poder:

1. No luchar fuego contra fuego.
2. Mantener la sinceridad.
3. Permanecer centrado en las metas del tratamiento.
4. Permanecer centrado en las habilidades favorables.
5. Desarmar al paciente con auténtica humildad y empatía.
6. Enfrentarse, pero usando la diplomacia.

1. *No luchar fuego contrafuego.* Cuando un paciente se muestra hostil, chilla, es intransigente y/o abusa verbalmente, no es bueno que el terapeuta responda del mismo modo. De hecho, dicha reacción por parte del terapeuta podría conducir potencialmente a una peligrosa escalada del conflicto. Por el contrario, los terapeutas deben mostrar confianza y convicción en su postura de forma natural. Se puede expresar preocupación y sentimientos intensos (p. ej.: «Señor G., le insto a que reconsidere sus intenciones de esta forma. Me preocupa que pueda tener una gran recaída si sigue adelante con sus planes de atender a la fiesta del traficante»); sin embargo, es aconsejable que dichos sentimientos se expresen de forma que comuniquen una preocupación genuina por el bienestar del paciente y por sus intereses. Una respuesta controladora o poco respetuosa (p. ej.: «¡Está totalmente equivocado! ¡Si va a esa fiesta es un idiota! ¡Simplemente no puedo permitir que vaya!») socavaría la alianza terapéutica y, probablemente, no conseguirá controlar de manera efectiva la conducta del paciente. En cambio, aquí la estrategia defendida está más relacionada con la filosofía propia de las artes marciales asiáticas, que expone que un contrincante fuerte no debe ser atacado directamente, sino inclinarse uno por detrás y permitir que la fuerza bruta mal dirigida del adversario pase de él a ti, tambaleándose y cayendo.

2. *Mantener la sinceridad.* Durante los momentos de conflicto con el paciente con abuso de sustancias, suele haber una gran tentación de satisfacerlo o apaciguarlo de una forma artificial con frases tranquilizadoras que no son verdaderamente creíbles (p. ej., sacarse un paciente de encima diciéndole que realmente no importa mucho si continúa llegando tarde a las sesiones de terapia). No sólo no es deseable el hecho de reforzar la conducta interpersonal desadaptativa del paciente capitulando ante él, sino que eso provoca que el terapeuta sea considerado un mentiroso si luego cambia sus opiniones o reniega de dichas frases tranquilizadoras. Por el contrario, el terapeuta debería desear enfrentarse a la situación y no simplemente decir cosas que el paciente querría oír para evitar la molestia de una lucha de poder.

3. *Permanecer centrado en las metas del tratamiento.* Cuando el terapeuta y el

paciente no están de acuerdo, es muy útil que el terapeuta ponga atención en los objetivos mutuos. En efecto, los terapeutas pueden recordar, tanto a sí mismos como a los pacientes, que la falta de acuerdo en un punto determinado no altera el hecho de que existan otras áreas muy importantes, en las que sí están de acuerdo y en las que colaboran. Un terapeuta consiguió apaciguar una acalorada discusión con su paciente, que era exjugador de fútbol americano, de la siguiente manera: «Tal vez no estemos de acuerdo en si deberíamos seguir con el balón o pasarlo, pero debemos recordar que estamos en el mismo equipo y que ambos queremos llegar al final de la zona».

4. *Permanecer centrado en las habilidades favorables, así como en las propias (del terapeuta)*. Frecuentemente las confrontaciones con el paciente se alimentan de los sesgos cognitivos del terapeuta. Esto ocurre cuando el terapeuta reacciona ante una confrontación con el paciente centrándose sólo en los aspectos irritantes de éste y pasando por alto sus habilidades o virtudes. De igual forma, el terapeuta puede caer en autoacusaciones disfuncionales (sobre la falta de cooperación terapéutica del paciente y su progreso), con lo cual todavía provocará sentimientos peores. En dichos casos, es extremadamente valioso que el terapeuta utilice los procedimientos propios de la terapia cognitiva sobre sí mismo para poder notar y modificar los pensamientos automáticos siguientes, que pueden exacerbar las interacciones negativas con los pacientes:

- «Este paciente es un perdedor. Nunca me escucha».
- «Este paciente es muy duro de mollera. Voy a tener que machacar mi punto de vista a este chico hasta que esté de acuerdo conmigo.»
- «¿Cómo puedo ayudar a este paciente? ¿Qué estoy haciendo mal? Estoy dispuesto a abandonar mi trabajo con este paciente.»
- «Puede que no esté preparado para tratar a este paciente. No me gusta que me recuerden mis defectos, así que este paciente está realmente en mi lista negra.»
- «Es imposible comprometerse y ser razonable con esta gente. Cedes una pulgada y se toman un año luz. Por tanto, no me moveré de mi posición ni un ápice.»
- «¿Por qué habré tomado la responsabilidad de tratar a este paciente en primer lugar? Debo ser un idiota. Casi desearía que este paciente fuera arrestado para poder librarme del caso.»

Obviamente, estos pensamientos automáticos que hemos mencionado son muy nocivos para el terapeuta, el paciente y las perspectivas de continuar con el tratamiento. Los terapeutas se deberían centrar en sus pensamientos automáticos idiosincrásicos, para ser capaces de provocar las respuestas racionales que son capaces de disminuir la ira, la frustración y la exasperación que acentúan las confrontaciones de poder y socavan la resolución de problemas y la colaboración terapéutica (Weiner y Fox, 1982). Algunos ejemplos de respuestas racionales podrían ser:

- «Ha habido todo un conjunto de sesiones en las que el paciente y yo hemos estado trabajando muy bien. Han sido experiencias muy reforzantes que no debo olvidar».
- «Este paciente no es estúpido. Está convencido de que tiene sus razones para desafiar la estrategia terapéutica de la forma en que lo está haciendo. Debería intentar comprender sus pensamientos y creencias automáticas resistentes, y no etiquetarlo simplemente como problemático.»
- «Mi valía como terapeuta no depende de que mi paciente crea todo lo que yo digo, haga todo lo que yo le sugiera y que esté libre de tomar drogas para el resto de su vida. Preferiría que estuviera conforme y que hiciera progresos, pero el hecho de que a veces frustre estas cosas, no prueba que no pueda tener éxito la terapia que le estoy ofreciendo, y por descontado, no indica que deba tirar la toalla con mis pacientes diagnosticados de abuso de sustancias.»
- «Si me lo tomo con calma, expreso mi punto de vista de forma resoluta y también muestro que deseo ser flexible dentro de lo razonable; probablemente sacaré mucho más partido terapéuticamente de este conflicto que si me muestro estridente y terco.»
- «Estas batallas de poder son una buena oportunidad para tener cogniciones interpersonales más reales y vivas.»

5. *Desarmar al paciente con auténtica humildad y empatía.* Frecuentemente, los pacientes que están abusando de las drogas se muestran furiosos si perciben que el terapeuta hace ostentación de autoridad sobre el paciente o tiene una actitud de fariseo. Esta percepción puede provocar que el paciente luche contra la posición del terapeuta para poder reinstaurar en cierta medida algo de control. Esto implica que es importante que el terapeuta se dé cuenta de la posibilidad de que el paciente le vea a él o a ella en esta faceta negativa, y que responda comportándose de forma que evidencie, al paciente, lo contrario. Por ejemplo, uno de nuestros pacientes sufría de diabetes y frecuentemente olvidaba sus cuidados médicos como un signo de desafío, más o menos de la misma forma que otros escogen hacer una huelga de hambre. Ray y su terapeuta se enzarzaban frecuentemente en pequeñas riñas acerca de si Ray debía, o no, consultar a su médico. Al final, después de una acalorada discusión, el terapeuta recurrió a un abordaje más humilde y empático:

Ray, no estoy intentando hacerte pasar un mal rato. ¿Quién soy yo para decirte cómo debes llevar tu vida? Solamente estoy preocupado acerca de ti, hombre. Me viene a la cabeza esa imagen de ti con un coma diabético y eso me alarma. No me gustaría que te pasara. Quisiera seguir trabajando contigo y me gustaría ver que tu vida llega a ser más feliz y saludable de nuevo, pero en vez de eso me preocupa que cuando salgas por esa puerta no te vea de nuevo porque acabes muerto. Creo que por eso insisto tanto en que vayas a ver al doctor. ¿Entiendes cuál es mi punto de vista, Ray?

6. *Enfrentarse, pero usando la diplomacia.* Tal y como hemos mencionado antes, los terapeutas deben estar preparados a enfrentarse con los pacientes que abusan de las drogas cuando rompen con las reglas terapéuticas de base (Frances y Miller, 1991). Sin embargo, debe prevalecer un tono de respeto y preocupación (Newman, 1988). Un

método particularmente efectivo para enfrentarse sutilmente consiste en que el terapeuta utilice las propias palabras del paciente a la hora de tratar un tema. Por ejemplo, un paciente puede decir en una sesión determinada: «Ya sé que siempre tengo que estar atento al máximo, no puedo bajar la guardia cuando las cosas me vayan bien porque en esos momentos me vuelvo siempre estúpido y pienso que puedo volver a tomar drogas». Más adelante, el mismo paciente traicionará esas mismas palabras pidiendo que termine el tratamiento ya que «ahora todo va bien en mi vida», una frase, que el terapeuta evaluará como una distorsión y de gran simplicidad. Antes que decirle al paciente que está loco y después acosarle para que permanezca en terapia, el terapeuta puede utilizar la frase anterior del paciente como una evidencia en contra de su postura:

Ahora sí que estoy un tanto confundido. Me estás diciendo que ahora todo va bien y que puedes dejar la terapia. Pero tú me dijiste algo —y lo he escrito aquí porque me impresionó mucho que lo dijeras— respecto a que, en los momentos como el presente, deberías estar muy atento sobre ti mismo, porque sabes que tienes tendencia a recaer cuando crees que todo va bien y bajas la guardia. Ahora recojo lo que tú dijiste tan seriamente, y creo que ya conoces la historia. Parece como si lo que dijiste se pudiera aplicar a la situación en la que estamos ahora. ¿Qué piensas?

El ejemplo anterior también enfatiza *la importancia de que el terapeuta apunte frases importantes del paciente, para que las pueda usar en futuras sesiones.*

Dicho enfrentamiento también se produce cuando el terapeuta sospecha que el paciente está mintiendo (acerca de dónde se encontraba en el momento de venir a aquella sesión a la que faltó, acerca del grado de abstinencia que tiene de la droga, etc.). En este punto, es útil que el terapeuta elabore un repertorio de frases cuidadosamente expresadas que transmitan «finamente» este mensaje: «Creo que estás mintiendo». Estas sentencias incluyen (aunque no se limitan a) las siguientes:

- «No tengo la sensación de que estés siendo totalmente franco conmigo».
- «Voy a plantearle la misma cuestión de nuevo. Esta vez, sin embargo, sincérate conmigo. Sea cual sea la historia, intentaré ayudarte de la mejor forma que pueda.»
- «¿Estás seguro de que me estás contando toda la historia? Me suena como si te estuvieras dejando algo.»
- «Tengo la sensación que estás luchando contigo mismo para decirme algo, aunque no estás seguro de encontrar las palabras para hacerlo. Tómate tu tiempo, escucharé cualquier cosa que tengas que decirme.»
- «¿Estás siendo sincero contigo mismo?»
- «Espero que no te estés engañando a ti mismo.»
- «Normalmente las cosas que dices tienen mucho sentido, así que ahora estoy un tanto confuso, tengo que admitirlo, ya que lo que me estás diciendo en estos momentos no tiene mucho sentido para mí.»
- «¿Quieres probar lo que estás diciendo? Me gustaría que me lo dijeras y lo probaras. Pero si no puedes, no estoy seguro de que pueda creerme del todo lo que me estás diciendo.»
- «Ya sabes, ésta es una de esas situaciones en las que tu inteligencia te juega una mala pasada. El hecho de que seas tan listo significa que eres capaz de burlarte de mí y hacer que suene bien. Ahora sé que eres

inteligente, y eso quiere decir que me pregunto si me estás diciendo la verdad, especialmente en aquellos momentos como éstos en los que excusas y coartadas son extremadamente convincentes y brillantes.»

Resumen

Este capítulo ha puesto de relieve que es de vital importancia establecer una relación terapéutica positiva con el paciente que abusa de las drogas. Al mismo tiempo, hemos puesto en evidencia las dificultades que implica esta tarea y hemos propuesto soluciones mediante las cuales es factible nutrir activamente y mantener una buena alianza terapéutica de trabajo. Hemos ilustrado algunas formas en que los terapeutas pueden generar una sensación de *rappor*t, confianza y de colaboración en sus pacientes con abuso de drogas, sin tener que confabularse con las conductas y creencias disfuncionales de los mismos. Finalmente hemos destacado el rol de confrontación en la relación terapéutica y hemos demostrado que eso no conlleva necesariamente que el terapeuta y el paciente se vean como adversarios. De hecho, un abordaje humilde, sincero y directo puede permitir que el terapeuta utilice la interacción «terapeuta-paciente» para hacer avances significativos en el tratamiento.

CAPÍTULO 5

FORMULACIÓN DEL CASO

Si se realiza un buen planteamiento del caso, esto permitirá al terapeuta comprender la complejidad de la persona que abusa de sustancias. El terapeuta podrá tener mayor comprensión de cómo los pacientes han llegado a depender de las drogas, si es capaz de urdir y recoger toda la historia del paciente, su constelación de creencias y actitudes, estrategias de afrontamiento, situaciones de vulnerabilidad, pensamientos e imágenes automáticas y conductas desadaptativas. La formulación del caso ayuda a responder a muchas de las siguientes preguntas:

1. ¿Cómo empezó el paciente a utilizar drogas?
2. ¿Cómo se pasa del consumo de drogas a su abuso y dependencia?
3. ¿Por qué el paciente no ha sido capaz de frenar el consumo por sí mismo?
4. ¿Cómo se desarrollan las principales creencias?
5. ¿Cómo actuaba el paciente antes de tomar drogas?
6. ¿Qué interpretaciones podemos hacer acerca de las circunstancias de alto riesgo y la forma en que se relacionan con el consumo de drogas?

Un caso bien formulado ayuda a establecer unas pautas directivas de las sesiones (Persons, 1989). El terapeuta se guía por una serie de cuestiones relevantes y desarrolla estrategias e intervenciones que tienen mucha probabilidad de tener éxito. Sin una buena formulación del caso, el terapeuta procede como un barco a la deriva, moviéndose sin ningún propósito a lo largo de la sesión.

Formulación del caso

Los aspectos más importantes de una conceptualización del caso son los siguientes:

1. Datos pertinentes sobre la infancia.
2. Problemas personales actuales.

3. Esquemas y creencias nucleares.
4. Reglas, creencias o supuestos condicionales.
5. Estrategias compensadoras.
6. Situaciones vulnerables.
7. Creencias y pensamientos automáticos (especialmente *relacionados con las drogas*).
8. Emociones.
9. Conductas.
10. Integración de los datos anteriores.

Los *datos pertinentes sobre la infancia* son aquellas experiencias tempranas que contribuyen al desarrollo y mantenimiento de las creencias nucleares. Estas experiencias no son necesariamente traumáticas sino mensajes tempranos que reciben los niños acerca de ellos mismos, que les ayudan a formar los puntos de vista positivos o negativos sobre sí mismos. Por ejemplo, un paciente puede venir de una familia donde un miembro sea alcohólico e imprevisible. El mensaje que el paciente puede recibir es que el «alcohol es una forma de afrontamiento» y que «las personas son imprevisibles». Algunos pacientes vienen de hogares en los que frecuentemente son degradados y donde su aceptación depende de «que su conducta sea perfecta». Estos pacientes pueden desarrollar la creencia nuclear de «No soy querido», «No soy digno de ser amado» o «Soy malo».

Los *problemas personales actuales* comprenden todo el espectro de dificultades que experimentan los pacientes con abuso de sustancias en sus vidas en el momento de entrar en el tratamiento. Los problemas que trascienden al simple abuso de sustancias que alteran la mente requerirán de una atención especial durante el tratamiento (véase Sobell y otros, 1988). Estos problemas suelen incluir las dificultades de relación, desempleo, problemas de salud, problemas con la ley, poca motivación, viviendas o alojamientos inestables, desesperación y otros más. A medida que el terapeuta toma conciencia de estas dificultades, intentará determinar cuál de los problemas del paciente contribuyó al *inicio* del abuso de sustancias, cuáles son las *secuelas* del consumo de las mismas y cuales son, *a la vez*, las causas y las consecuencias. La terapia con las personas que abusan de sustancias, no estará completa sin un plan de tratamiento que se centre en los tipos de problemas que hemos mencionado antes.

Los *esquemas y creencias nucleares* son las creencias más centrales e importantes que reflejan cómo los pacientes se ven a sí mismos. Hemos determinado que estas creencias normalmente suelen caer en dos categorías: a) «No soy digno de ser amado», o

b) «Estoy indefenso». Es importante anotar que las creencias nucleares no se manifestarán necesariamente con estas mismas palabras, sino que pueden haber derivados o correlatos de estas creencias nucleares. Por ejemplo, «Estoy indefenso» puede ser expresado con términos tales como «Soy incapaz», «No tengo fuerzas», «Estoy atrapado», «Soy inferior», «Soy poco efectivo», «Soy débil» o «Soy vulnerable». La creencia de «No soy digno de ser querido» puede expresarse mediante «No soy atractivo», «Soy indeseable», «Me rechazan», «No soy querido», «Soy descuidado» o «Soy malo».

Las *reglas, creencias o supuestos condicionales* ayudan a los pacientes a afrontar (para mejor o peor) sus propias creencias nucleares. Estos supuestos pueden ser de forma negativa o positiva. Un supuesto condicional positivo puede ser el siguiente: «Si hago algo perfectamente, los otros me querrán y me aceptarán». La contrapartida negativa de esta suposición podría ser: «No soy querido, si no soy aceptado por todo el mundo».

Las *estrategias compensadoras* son aquellas conductas que también ayudan a los pacientes a afrontar sus creencias nucleares. A nivel superficial, las estrategias compensadoras parecen funcionar. Sin embargo, el problema con muchas de estas estrategias compensadoras es que, frecuentemente, son compulsivas, inflexibles, inapropiadas, agotan la energía y no están equilibradas por estrategias adaptativas. Además, estas estrategias compensatorias no suelen prevenir al paciente de tener dudas escondidas, miedos secretos y autoconceptos negativos. Una estrategia compensadora típica para las personas que abusan de sustancias es la utilización de drogas para sentirse más seguras consigo mismas. Sin embargo, debemos señalar que la utilización de las drogas no se limita a ser una estrategia compensadora. Las personas utilizan las drogas por muchas razones. Sin embargo, hemos hallado que, en el paciente que depende de las drogas, se puede demostrar claramente que la utilización de las mismas es una de las estrategias de afrontamiento que «remedian» la sensación de desesperanza e indefensión.

Las *situaciones vulnerables* se definen como aquellas circunstancias problemáticas en la que las creencias nucleares y las creencias asociadas a las drogas llegan a estar activas. Un ejemplo de esto es el adicto a la cocaína que se ha mantenido abstemio durante varios meses y se enfrenta a la situación de ir a un barrio donde previamente ha comprado cocaína. Tiene una imagen mental de la última vez que ha utilizado cocaína, que va seguida de fuertes impulsos y *craving*. Esto, a su vez, activa una creencia relacionada con las drogas como «Los impulsos y los *craving* me obligan a utilizar drogas».

Los pensamientos automáticos tienen su origen en la activación de las creencias

nucleares, condicionales y otras creencias relacionadas con las drogas. Algunos pensamientos automáticos típicos de las personas que abusan de las drogas son: «No puedo soportar el impulso y el *craving*», «Sólo un poco no me hará daño» y «Puedes hacerlo, te lo mereces. Has trabajado duro toda la semana».

Estos pensamientos automáticos frecuentemente potencian los impulsos de los pacientes y sus *craving* de tomar drogas y/o alcohol, y les proporcionan ímpetu para establecer planes y procurarse la droga (Beck, Wright y Newman, 1992).

Las *emociones* suelen estar asociadas con pensamientos o creencias automáticas concretos. Los pacientes que abusan de las drogas no son conscientes del procesamiento cognitivo que precede a una emoción particular, como la ira, la ansiedad o la tristeza. Sin embargo, mediante la terapia, se puede enseñar a los pacientes a ser más conscientes de los procesos de pensamiento que están asociados a su vida emocional.

Las *conductas* de los pacientes son el producto final de las situaciones vulnerables, así como la activación de las creencias, pensamientos automáticos y emociones. Las conductas disfuncionales más frecuentes incluyen la búsqueda activa de drogas, la utilización de las mismas, comprometerse en actividades irresponsables (p. ej., sexo sin protección), enfrentamientos interpersonales abusivos, evitar las actividades de autoayuda y otras.

La *integración* de los anteriores datos es el paso más importante y difícil de todo el proceso de la conceptualización de la vida del paciente y sus problemas. En este caso, el terapeuta junta todas las piezas informativas en una «historia vital del paciente», que le proporciona explicaciones plausibles ante las dificultades de los pacientes y sugiere una serie de recomendaciones para el tratamiento que rompa contra los patrones contraproducentes del paciente y los círculos viciosos.

Por ejemplo, el terapeuta postula lo siguiente:

El paciente estuvo sujeto frecuentemente a un aluvión de desaprobaciones duras en la infancia, y llegó a creer que era imperfecto y que no podía ser querido. Estas creencias nucleares se han mantenido hasta la vida adulta, donde el paciente experimenta un malestar crónico en las situaciones sociales en las que piensa que no da la talla. El paciente empezó a tomar cocaína creyendo que ésta haría que se sintiera suficientemente seguro para causar buena impresión a los demás. Desafortunadamente, esta estrategia disfuncional compensatoria le condujo al consumo compulsivo de cocaína, y más adelante a quedarse sin dinero y poner en peligro su matrimonio. Estos problemas personales, a su vez, se vuelven en su contra, acentuando el ciclo de ansiedad del paciente, tristeza, baja autoestima y creencia renovada de que la única forma de ser aceptado es llegar a ser más extrovertido mediante la utilización de la cocaína. Como resultado, sus problemas económicos y matrimoniales empeoraron y su sentido de indefensión y desesperanza se incrementó.

Estudio de un caso

El siguiente caso ilustra, con más detalle, los diez componentes esenciales de la formulación del mismo. El paciente («retratado» íntegramente en el ejemplo anterior), David, es un varón blanco de cuarenta años de edad. Ha estado casado durante ocho años y tiene un niño. Sus quejas en el momento de la primera evaluación incluían mucha ansiedad y una larga historia de abuso de alcohol y cocaína. Relataba que últimamente se sentía más ansioso en las situaciones sociales, y tenía miedo de que, si su ansiedad empeoraba, recaería y volvería a tomar cocaína y alcohol. En otras áreas de su vida, trabajaba y cobraba un buen salario; sin embargo] tenía 40.000 dólares de deuda como resultado de su «hábito» de la cocaína. Su matrimonio andaba mal y también sospechaba que su mujer era una alcohólica.

Después de finalizar su primera evaluación, David cumplía los criterios del DSM-III-R de trastorno por abuso de sustancias múltiples, siendo su droga preferida la cocaína; sufría fobia social y trastorno por ansiedad generalizada. La fobia social fue el área en la que David quería empezar a trabajar primero. David, tenía una urgencia al respecto, ya que estaba en la época de vacaciones y tenía varios compromisos de negocios que requerían su atención, así como acontecimientos sociales tales como bailes y cenas. David creía que, si no aprendía a afrontar su ansiedad en dichas situaciones, perdería el control y volvería a tomar drogas de nuevo.

David creció en un hogar donde su padre era considerado como un adicto al trabajo y como alguien que «bebía demasiado». David afirma que su madre era protectora pero a veces tímida con respecto a su padre. En la escuela, David no avanzaba. Básicamente recibía notas con una graduación apenas de aprobado, y sólo se mantuvo en la universidad un año. Primero David empezó a beber a los nueve años. Debido a los negocios de su padre, su familia se vio implicada en muchas actividades sociales y David solía ir por las mesas vacías apurando algunos de los vasos de los invitados. A la edad de 13 años, David ya había experimentado con el alcohol, la marihuana, el *speed* y las píldoras adelgazantes.

Cuando era un niño, David solía ser humillado y degradado por su padre, normalmente en los eventos sociales, después de que éste hubiera estado bebiendo mucho. En una ocasión, después de que su padre lo llamara «estúpido», corrió fuera de casa, se sentó en un árbol y se sintió muy humillado, inútil e indefenso. En otra ocasión, se fue a un embarcadero y se sentó allí, sintiéndose avergonzado e indefenso. Estos acontecimientos eran aspectos significativos de la infancia de David, y servían como base para algunas de sus creencias nucleares y de sus estrategias compensadoras. Su estilo típico era correr y evitar las situaciones desagradables. Más adelante en su vida,

David se dio cuenta de que el alcohol y las drogas le ayudaban a afrontar las emociones desagradables. Como las drogas y el alcohol funcionaban tan bien, David no desarrolló muchas otras estrategias para afrontar las emociones desagradables.

Considerando estos *datos de la infancia apropiadamente*, podemos ver que había toda una serie de incidentes en los que David era avergonzado por su padre. Estos acontecimientos le ayudaron a desarrollar su creencia nuclear de que «No soy querido o deseado». Más adelante, desarrolló un supuesto condicional para poder afrontar la situación: «Si hago todas las cosas perfectamente, entonces las personas me querrán». David tenía varias estrategias compensadoras, como esforzarse siempre por hacer las cosas perfectamente o eludir hacer otras cosas que fueran desagradables. Otras estrategias iban desde evitar decir a otros cómo se sentía realmente, y utilizar alcohol y drogas. Después de usar cocaína, David se sentía especialmente seguro en cuanto a poder hacerlo «todo perfectamente», lo que a su vez le hacía creer que sería querido y deseado por otros.

Ocurrió una *situación vulnerable* cuando David fue invitado a una cena en casa de un amigo. Antes de ir a casa de éste, David era muy consciente del hecho de que se estaba poniendo nervioso y ansioso. Percibía que sus pensamientos automáticos se centraban en ideas como «Estaré tenso» o «Me verán temblando» y se imaginaba a sí mismo «superado por la ansiedad» y finalmente marchándose de la fiesta. Esto, a su vez, hacía que tomara una copa y esnifara una raya de coca antes de ir a las fiestas.

A partir de este ejemplo, el terapeuta puede ver la relación entre el desarrollo de la creencia nuclear de David, sus supuestos condicionales y sus estrategias compensadoras, así como el impacto acumulativo en una situación vulnerable, ser invitado a una fiesta por la noche en casa de su amigo (véase figura 5.1). De nuevo, debemos recordar que estas estrategias compensadoras tienden a ser bastante compulsivas, inflexibles, inapropiadas a veces, que agotan la energía y no se equilibran con otras estrategias adaptativas. Además, a pesar de las estrategias compensadoras, el paciente todavía tiende a tener dudas escondidas y temores secretos acerca del afrontamiento.

Recoger información para la formulación del caso

El resumen del caso y la hoja resumen para la conceptualización del caso son una forma excelente de recopilar información, que se podrá utilizar en la formulación del caso. Esta hoja resumen se divide en ocho secciones principales:

- I. Información demográfica.
- II. Diagnóstico.
- III. Puntuaciones de cuestionarios.
- IV. Presentación del problema y funcionamiento actual.
- V. Perfil evolutivo.
- VI. Perfil cognitivo.
- VII. Integración y conceptualización de los perfiles evolutivos y cognitivos.
- VIII. Implicaciones para la teoría.

En la *sección de información demográfica* el terapeuta recoge la información del paciente como la edad, sexo, raza, religión, trabajo actual, estado civil y otras características pertinentes identificadoras. Éste es un tipo de información estándar que puede formar parte de cualquier evaluación psicológica.

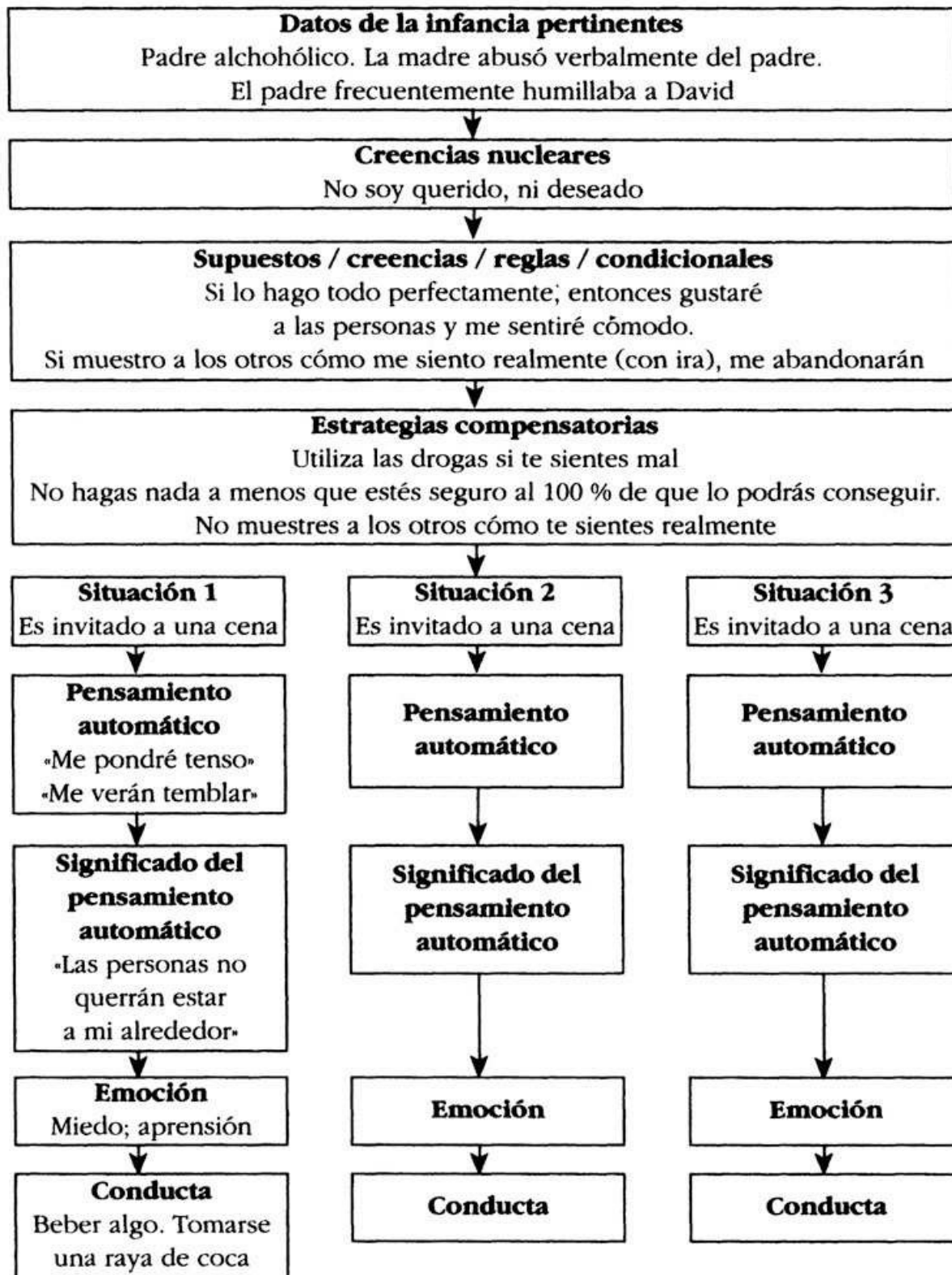


Figura 5.1. Diagrama de conceptualización cognitiva desarrollado por Judith S. Beck. De J. S. Beck (en prensa). Copyright Guilford Press. Reproducido con permiso.

En la *sección de diagnóstico*, es una ventaja poder formular un diagnóstico en los cinco ejes del DSM-III-R. Los síndromes clínicos se designan en el Eje I. En el Eje II se perfilan los trastornos del desarrollo y de la personalidad. En el Eje III se anotan los trastornos físicos y otras condiciones pertinentes a las dificultades psicológicas del paciente. El nivel de intensidad de los estresores psicológicos se identifica en el Eje IV. El nivel de gravedad de estos estresores psicológicos va desde 1 (nada) hasta 6 (catastrófico), como la muerte de un niño, el suicidio de una esposa o un desastre natural devastador. El Eje V se puede determinar a partir de la Escala para la evaluación de funcionamiento global, con una escala que va desde 90 a 1, donde 90 significa abstinencia de drogas y afrontamiento ideal, y progresivamente los números menores indican un incremento de la gravedad del abuso de la droga o deterioros de afrontamiento y del funcionamiento general. Toda la información recogida a partir de estos cinco ejes será importante para que el terapeuta comprenda al paciente, así como en el diseño posterior del plan de tratamiento.

Las *puntuaciones en cuestionarios*, como el Cuestionario de depresión de Beck, el Cuestionario de ansiedad de Beck y la Escala de indefensión de Beck (que presentaremos más adelante) se incluyen en esta sección. Se deben anotar las puntuaciones de la primera sesión así como de las primeras seis semanas. También hay una columna extra que permite anotar las puntuaciones de las sesiones más recientes. Estas puntuaciones procedentes de los cuestionarios son extremadamente importantes porque el terapeuta puede ver tendencias generales y cambios de patrón, cambios para mejorar o empeorar.

La sección de *presentación del problema y el funcionamiento actual* describe las dificultades presentes del paciente y se centra en áreas como el trabajo, trastornos psiquiátricos concurrentes, naturaleza del abuso de drogas, actividades criminales, problemas interpersonales y otros datos. Éste es un análisis a través de varias facetas del funcionamiento actual del paciente.

El *perfil evolutivo* examina la historia social del paciente, la historia educativa, la historia médica, la historia psiquiátrica y la historia profesional. Además, hay que anotar las relaciones con los padres, hermanos, compañeros, figuras de autoridad y otras personas significativas a lo largo de la vida. También es importante averiguar cualquier acontecimiento significativo o trauma, en los años formativos del paciente o en su pasado reciente. Este análisis longitudinal es similar a pasar hojas en un álbum de fotos familiar. El terapeuta puede ver al paciente en distintos estadios evolutivos. Este análisis

retrospectivo también incluye una evaluación de la introducción del paciente a las sustancias psicoactivas y cómo el problema llegó a ser una adicción hecha y derecha.

La sección *de perfil cognitivo* tiene en consideración la forma en que los pacientes procesan la información. Se anotan las situaciones típicamente problemáticas del paciente, así como los pensamientos automáticos correspondientes y los sentimientos, y se señalan las conductas en estas situaciones. Además, las posibles creencias nucleares, las creencias condicionales y las que están relacionadas con el consumo de drogas se describen en esta sección.

La *integración de los perfiles cognitivo y evolutivo* han de tener en consideración el autoconcepto del paciente y el concepto que tiene de los otros. También se centra en la interacción con los acontecimientos vitales con las correspondientes vulnerabilidades cognitivas, así como las estrategias de afrontamiento y compensatorias. Una parte importante de esta sección es una descripción de cómo el autoconcepto y el concepto que tiene de los otros pueden ser importantes en el inicio y evolución del abuso de sustancias. Explicaremos esta sección con el caso de Mike, de 31 años de edad y adicto a la cocaína desde tiempo atrás. El paciente vive con sus padres en un barrio empobrecido, con una alta tasa de paro y criminalidad. Creció rodeado de drogas y alcohol, y su madre y hermanos también tenían problemas con las mismas sustancias. En estos momentos, Mike está cumpliendo una libertad condicional por una estafa de seguros.

Su historia profesional como paciente es muy pobre. Después de abandonar el instituto, Mike sólo encontró trabajos o faenas no cualificadas y normalmente ha estado en paro. En su barrio existen cantidad de traficantes; Mike ha vendido drogas en el pasado y sabe que se gana gran cantidad de dinero rápidamente. Mike se ve a sí mismo como un solitario y no tiene ningún amigo de verdad. Sus creencias problemáticas son: «No soy mejor que el resto de mi familia», «Nunca encontraré un trabajo», «No podré escapar de las drogas», «Traficar es la única forma de salir de este barrio urbano» y «Tomar drogas es la única forma de evitar el aburrimiento».

Sus circunstancias y creencias le han conducido a los siguientes patrones conductuales: períodos breves de abstinencia del alcohol y las drogas, seguidos de utilización solitaria del alcohol con valium, lo que a su vez, producía un consumo intermitente de cocaína *crack*, hasta la utilización diaria de la misma.

El caso de Mike mostraba muchos de los factores cognitivos (entre otros factores) que pueden influir en el consumo de drogas (véase figura 5.2).

Esta sección sobre las *implicaciones de la terapia* examina alguna de las siguientes áreas:

1. La «aptitud» inicial del paciente propicia para intervenciones cognitivas.
2. Las características de personalidad del paciente, como «dependencia social» o «autónomo».
3. Las motivaciones del paciente, metas y expectativas de la terapia.
4. Los objetivos del terapeuta.
5. Las dificultades esperadas para tratar al paciente.

En esta sección, el terapeuta debe ser capaz de hipotetizar si el paciente está psicológicamente capacitado para llevar a cabo el tratamiento. Por ejemplo, ¿es el paciente consciente de la naturaleza y gravedad de sus problemas? o bien, ¿tiene la habilidad para controlar sus propios pensamientos automáticos? La capacidad del paciente para acceder a sus pensamientos automáticos y creencias realmente tiene importantes implicaciones para el ritmo del tratamiento. Además, las características personales —por ejemplo, dependencia social o autonomía— pueden proporcionar al terapeuta algunos indicadores de las condiciones en las que el paciente podría recaer, por ejemplo, la persona con tendencias a depender mucho o a necesitar del contacto social, peligra en situaciones en las que exista presión social, mientras que la persona autónoma es más vulnerable cuando se bloquea, porque no puede conseguir sus objetivos. La motivación del paciente, las metas y objetivos sobre la terapia, se han de plantear y señalar en la conceptualización, al igual que con los objetivos del terapeuta sobre el tratamiento, y si éstos son compatibles con los objetivos de los pacientes. Finalmente, también es útil prever las dificultades que puedan aparecer durante el transcurso de la terapia y que merezcan especial atención. Por ejemplo, si el paciente tiene una historia de vagabundeo periódico, este aspecto se debe determinar pronto en el tratamiento para evitar que el paciente pueda «desaparecer» del mismo y no sea accesible ni por correo ni por teléfono.

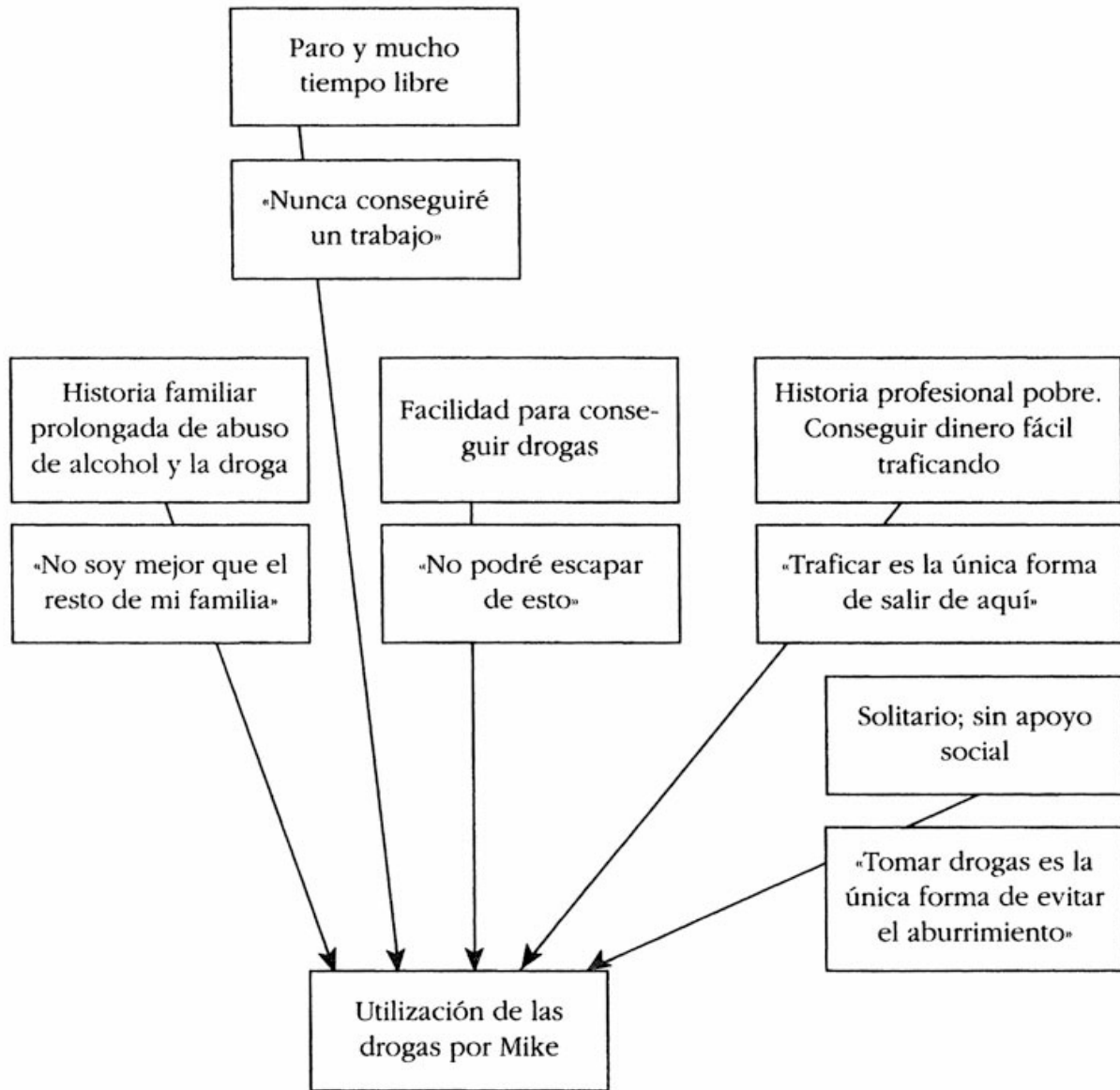


Figura 5.2. Creencias y otros factores que contribuyen al consumo de drogas de Mike.

Ilustraremos a continuación una hoja resumen de la conceptualización cognitiva del paciente D.D.

Resumen del caso y hoja resumen para la conceptualización cognitiva

Nombre del terapeuta: Doctor R.

Iniciales del paciente: D.D.

Fecha: 10/1/1992

Nº de Sesión: 6

I. INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

La señora D. tiene treinta y ocho años, mujer soltera blanca, actualmente en paro. Vive sola y ha roto recientemente la relación con su novio. Asistía la universidad pero ha dejado de ir este mes.

II. DIAGNÓSTICO

Eje I: Abuso de cocaína.

Abuso de alcohol.

Depresión mayor, recurrente.

Eje II: Trastorno de la personalidad evitativo.

Trastorno de la personalidad histriónico.

Eje III: No se relatan enfermedades físicas.

Eje IV: Código 2 (moderado) —no atiende a sus clases en la universidad.

Eje V: Código 60 GAF —síntomas depresivos moderados; no funciona bien en la universidad; dificultades con la comida, sueño y concentración.

III. PUNTUACIONES EN CUESTIONARIOS

	Admisión	ses. 1	ses. 2
BDI	25	26	20
BAI	2	1	1
BIS	11	11	12
Otros			

	ses. 3	ses. 4	ses. 5	ses. 6	Última sesión
BDI	21	17	17	16	16
BAI	12	11	12	13	13
BIS	12	12	10	7	7
Otros					

Tendencia general de las puntuaciones: las puntuaciones del BDI y del BHS mejoran; sin embargo, han disminuido sus puntuaciones en el BAI a lo largo de estas seis semanas (puntuaciones más altas indican más sintomatología).

IV. PROBLEMAS QUE PRESENTA Y FUNCIONAMIENTO ACTUAL

Actualmente presenta tres problemas: a) historia de abuso de alcohol y cocaína (aunque la paciente relata que no ha tomado nada desde hace 30 días); b) síntomas depresivos moderados y miedo relacionado con que puedan empeorar, y c) preocupación y miedo de que pueda empezar a utilizar drogas y alcohol de nuevo, evolucionando hacia una recaída completa.

V. PERFIL EVOLUTIVO

A. Historia (familia, social, educacional, médica, psiquiátrica, profesional).

La paciente nació en la Costa Este y ha pasado la mayor parte de su vida en ambientes urbanos. Su padre tenía numerosos negocios y su madre era ama de casa. Cuando D. tenía trece años sus padres se divorciaron. A la paciente le gustaba la escuela primaria pero se sentía ansiosa. Odió el instituto. D. pasó por una desintoxicación internada en 1985 y, posteriormente, sufrió de una depresión mayor en 1985.

B. Relaciones (parientes, hermanos, compañeros, figuras autoritarias, otros significativos).

La paciente describió a su padre como una persona cariñosa y entregada. Afirma que él era un gran bebedor —totalmente impredecible cuando estaba ebrio—. Su madre era la «mujer perfecta», siempre estaba allí para la familia. D. era la mayor de cinco hermanos. Explicó que la relación con sus hermanos había sido «muy buena».

C. Eventos significativos y traumas.

La paciente describió tres eventos significativos: a) el divorcio de sus padres, b) su infelicidad en el instituto, y c) darse cuenta en 1985 de que tenía un problema con las drogas y el alcohol.

VI. PERFIL COGNITIVO

A. Aplicación del modelo cognitivo a la paciente.

1. Problemas actuales típicos / situaciones problemáticas. Situaciones que pueden provocar que tome drogas:

- a. cuando esté con amigos con los que antes tomaba drogas;
- b. cuando haya una ruptura en una relación sentimental;
- c. cuando esté sola y aburrida.

2. Pensamientos automáticos (PA) típicos, afecto y conducta en estas situaciones.

Pensamientos automáticos:

«Ellos todavía consumen».

«Nunca encontraré a alguien que realmente me quiera.»

«No puedo soportar el aburrimiento.»

Afecto:

Enfado.

Depresión.

Desesperación.

Conducta:

Utiliza el alcohol primero, y luego, la cocaína.

B. Creencias nucleares (p. ej., «No soy querido»).

«No soy querido.»

«Soy indeseable.»

«No tengo fuerza, soy impotente.»

«Soy débil.»

C. Creencias condicionales (p. ej., «Si fallo es que no valgo nada»).

«Si hago lo que se espera de mí, entonces las personas me aceptarán.»

«Si hago las cosas perfectamente, entonces me sentiré competente.»

D. Reglas (deberes y obligaciones aplicadas a uno mismo y a los otros).

«Debo ser aceptada por los otros o no valdré nada.»

«Debo ser responsable emocionalmente o hay algo erróneo en mí.»

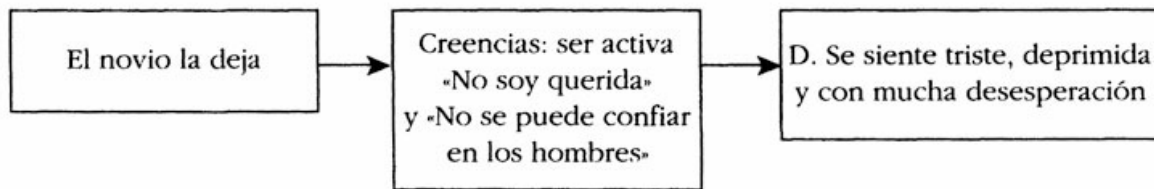
VII. INTEGRACIÓN Y CONCEPTUALIZACIÓN DE LOS PERFILES COGNITIVOS Y EVOLUTIVOS

A. Formulación del autoconcepto y los conceptos de los otros.

La paciente creía que tenía que hacer «lo correcto» cuando era una niña porque, si no, su padre la dejaría de lado.

La paciente no pudo satisfacer siempre a su padre porque cuando estaba bebido trataba de forma irregular y «voluble» a sus hijos. Su padre dejó a su madre sin ninguna explicación; esto produjo la creencia en D. de que no se debe confiar en los hombres.

B. Interacción entre los acontecimientos vitales y las vulnerabilidades cognitivas.



C. Estrategias compensadoras y de afrontamiento.

Evita hacer cosas que siente que no podrá hacer perfectamente.

Tendencia a utilizar las drogas y el alcohol cuando está preocupada.

D. Desarrollo y mantenimiento del trastorno actual.

Baja tolerancia a la frustración ante la ansiedad, el aburrimiento y la depresión.

Creencias relacionadas con las drogas como «La cocaína es la única forma de aliviar mi aburrimiento».

VIII. IMPLICACIONES PARA EL TRATAMIENTO

A. Aptitud para la intervención cognitiva (evaluar como baja, moderada o alta, añadir comentarios si se considera aplicable):

1. Capacidad psicológica: muy buena.
2. Objetividad: buena.
3. Autoconciencia: muy buena.
4. Comprensión del modelo cognitivo: muy buena.
5. Accesibilidad y flexibilidad de los pensamientos automáticos y creencias: muy buena.
6. Adaptación general: muy buena.

7. Humor: excelente.

B. Características de personalidad: dependencia social *versus* autonomía.

Dependencia social: gran necesidad de estar en contacto con otras personas.

Las necesidades de conseguir cosas son más o menos pronunciadas.

C. Motivación de la paciente, metas y expectativas de la terapia.

Mucha motivación para dejar de tomar drogas y alcohol.

Otros objetivos son realistas (p. ej., le gustaría finalizar la universidad).

D. Metas del terapeuta.

1. Enseñar a la paciente a controlar, examinar y responder a los pensamientos automáticos negativos.
2. Ayudarla a adquirir habilidades para afrontar los impulsos y *craving* de tomar drogas y alcohol.
3. Mejorar las habilidades de solución de problemas de la paciente D.

E. Dificultades predecibles en la terapia.

1. Si tiene un desliz podría recaer si la paciente no contacta con el terapeuta tan pronto como sea posible, cosa que no hará si se avergüenza de su conducta y espera que el terapeuta la critique.
2. La paciente intentará minimizar sus problemas (p. ej., tal y como hizo cuando describió en términos brillantes sus relaciones con los miembros de su familia, en vez de explicar los conflictos importantes que existían).
3. La paciente todavía mantiene contacto con sus amigos que tomaban drogas, quienes pueden intentar sabotear su objetivo de abstenerse.

Otros datos adicionales para la conceptualización del caso

Además de la entrevista clínica, los cuestionarios de autoinforme proporcionan datos que son importantes para la conceptualización del caso. Los siguientes son una lista de estos cuestionarios y escalas.

1. Escala de depresión de Beck.
2. Escala de ansiedad de Beck.
3. Escala de indefensión de Beck.

4. Escala de actitudes disfuncionales.
5. Escala de creencias acerca del abuso de sustancias.
6. Escala de predicción de recaídas.
7. Cuestionario de creencias sobre el *craving* (CBQ).
8. Escala de dependencia social-autonomía.

ESCALA DE DEPRESIÓN DE BECK

Esta escala de depresión de Beck (BDI) (Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961) es una escala de autoinforme compuesta por 21 ítems. Cada ítem está compuesto por cuatro oraciones que reflejan el grado de intensidad de un síntoma depresivo determinado. Quien contesta, escoge la sentencia que corresponde mejor con la forma en que se ha encontrado la última semana. La escala fue construida para ser utilizada con poblaciones psiquiátricas como medida de la gravedad de los síntomas del estado de ánimo depresivo y como instrumento de *screening* para su utilización en poblaciones no psiquiátricas.

ESCALA DE ANSIEDAD DE BECK

El cuestionario de ansiedad de Beck (BAI) (Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988) es un autoinforme de 21 ítems diseñado para medir la gravedad de los síntomas de ansiedad. El BAI se solapa mínimamente con el BDI y otras medidas de depresión, a la hora de medir la ansiedad.

ESCALA DE INDEFENSIÓN DE BECK

La escala de indefensión de Beck (BHS) la desarrollaron Beck, Weissman, Lester y Trexler (1974) para medir las expectativas negativas en relación con el futuro. La BHS se compone de 20 ítems, formato verdadero/falso, evaluando la expectativa de que uno no será capaz de superar las situaciones de la vida desagradables o bien conseguir las cosas que uno valora en la vida. La BHS ha demostrado validez predictiva para los suicidios consumados (Beck, Steer, Kovacs y Garrison, 1985).

ESCALA DE ACTITUDES DISFUNCIONALES

La escala de actitudes disfuncionales (DAS) (Weissman y Beck, 1978) es un

autoinforme compuesto de 100 ítems. Fue desarrollado para evaluar los supuestos subyacentes y creencias que constituyen esquemas mediante los cuales los individuos construyen sus experiencias vitales.

ESCALA DE CREENCIAS ACERCA DEL ABUSO DE SUSTANCIAS

La escala sobre las creencias acerca de la utilización de sustancias es un autoinforme compuesto de 20 ítem que se puede evaluar mediante una escala que va de 1 a 7. Un «1» indica que la persona está totalmente en desacuerdo con dicha sentencia. Una puntuación de «7» significa que la persona está totalmente de acuerdo con dicha sentencia. Esta escala mide muchas de las creencias más frecuentes acerca de la utilización de las drogas (véase apéndice 1).

ESCALA DE PREDICCIÓN DE RECAÍDAS

Esta escala de predicción de recaídas (RPS) consiste en un autoinforme de 50 ítems. Cada ítem se compone de situaciones que se sabe suelen disparar los impulsos de consumir cocaína o *crack*. Cada situación se evalúa en dos dimensiones: «Fuerza del impulso» y «Probabilidad de consumir», siendo en cada caso evaluadas en una escala de 0 a 5 (0 = nada a 5 = muy alta) (véase apéndice 1).

CUESTIONARIO DE CREENCIAS SOBRE EL CRAVING (CBQ)

El cuestionario de creencias sobre el *craving* (*craving*) (CBQ) es un autoinforme que mide las creencias acerca del fenómeno asociado con el *craving* por consumir cocaína o *crack*. Cada uno de los 28 ítems se evalúa en una escala de 1 a 7 (p. ej., 1 = totalmente en desacuerdo y 7 = totalmente de acuerdo) (véase apéndice 1).

ESCALA DE DEPENDENCIA SOCIAL-AUTONOMÍA

La escala de dependencia social-autonomía (Beck, Epstein y Harrison, 1983) mide dos amplias dimensiones de personalidad que se asocian con la depresión (Beck, 1967). Una es «dependencia social», que hace referencia a la importancia que una persona otorga a tener relaciones interpersonales para poder ser feliz. La segunda es «autonomía», que hace referencia a la cantidad de logros o éxito que una persona cree que debe conseguir para poder ser feliz.

Cada una de las sesenta cuestiones preguntan al encuestado que evalúe en qué

medida puede aplicarse a sí mismo una oración. La mitad de las cuestiones indican un estilo de personalidad con dependencia social y la otra mitad indican un estilo de personalidad autónomo. Un ejemplo de ítem de la escala de dependencia social es «Encuentro difícil decir no a las personas». Existen cinco respuestas posibles —esto es característico de mí un a) 0 %, b) 25 %, c) 50 %, d) 75 % y e) 100 % de mi tiempo—. Las puntuaciones en dependencia social y autonomía se suman de forma separada; por tanto, una persona puede puntuar alto en ambas escalas y bajo en las dos.

Resumen

La finalidad de este capítulo ha sido la de proporcionar al terapeuta una metodología amplia que le permita conseguir una sólida formulación del caso.

Empezamos razonando que hay que dar importancia a una buena formulación del caso, y sugiriendo preguntas clave que el terapeuta pueda hacer cuando está tratando a los pacientes con abuso de sustancias. Luego, introducimos lo que consideramos los diez componentes fundamentales de dicha formulación: a) datos sobre la infancia relevantes; b) problemas vitales presentes; c) creencias nucleares; d) supuestos, creencias y reglas condicionales; e) estrategias compensadoras; f) situaciones con vulnerabilidad; g) PA (pensamientos automáticos); h) emociones; i) conductas, y j) integración de toda esta información. Hemos descrito detalladamente cada componente, presentando ejemplos pertinentes y seguido de un caso de estudio ilustrativo.

Posteriormente hemos revisado los métodos para reunir y organizar la información para la formulación del caso. Hemos introducido una hoja resumen para la conceptualización, proporcionando una explicación de cómo se utiliza y hemos señalado ejemplos que ayuden a la descripción de la forma de usar dicha hoja. Este capítulo concluye con una descripción de ocho cuestionarios de autoinforme utilizados para proporcionar información que den acceso a una formulación sólida del caso.

CAPÍTULO 6

ESTRUCTURA DE LA SESIÓN TERAPÉUTICA

La estructuración de la sesión terapéutica es una de las características más importantes y esenciales de la terapia cognitiva, por las siguientes razones: 1. A lo largo de una sesión típica de 50 minutos, las personas con abuso de sustancias suelen exponer gran cantidad de material que hay que discutir, tanto los pacientes que llevan mucho tiempo en terapia como en el caso de crisis agudas, y el problema es que el tiempo de la sesión es limitado. Si se estructura la sesión tendremos la oportunidad de hacer *el mejor uso del tiempo posible*. El paciente y el terapeuta han de colaborar para poder manejar de la forma más efectiva posible los problemas pendientes en el tiempo permitido. 2. La estructuración de la terapia ayuda a *centrarse* en los problemas presentes más importantes. 3. Aprender nuevas habilidades, como mejor resolución de problemas, requiere un trabajo duro. La estructuración de la sesión de terapia predispone el tono necesario para una atmósfera de trabajo. 4. Las sesiones estructuradas ayudan a evitar aquellos momentos en que se va un poco a la deriva en la terapia, perdiendo la continuidad de una sesión a otra. Saber cuáles son los elementos que forman una sesión terapéutica facilita la adherencia al modelo cognitivo y minimiza las oportunidades de que se vaya sin un rumbo fijo en la terapia.

Este capítulo se centra en ocho elementos importantes en la estructura de una sesión:

1. Establecer la agenda.
2. Chequear el estado de ánimo.
3. Tender un puente con la última sesión.
4. Comentar los ítems que hoy tenemos en la agenda.
5. Interrogatorio socrático.
6. Resúmenes parciales.
7. Asignación de actividades entre sesiones.
8. *Feedback* en la sesión de terapia.

Establecer la agenda

El tiempo es precioso. Establecer una agenda nos ayudará a utilizar de forma eficiente el tiempo y proporcionará un objetivo a la sesión de terapia. También enseña a los pacientes a establecer prioridades, ya que, normalmente, dicha habilidad suele ser deficiente en los individuos impulsivos y adictos a las drogas. Como pasan mucho tiempo buscando, consumiendo y recuperándose del uso de las drogas, los pacientes pierden muy poco tiempo centrándose en solucionar otros problemas, muy abundantes en sus vidas.

Establecer una agenda tiene también un efecto opuesto en la alianza terapéutica. Refuerza el acuerdo de colaboración entre el paciente y el terapeuta, ya que cada parte tiene su oportunidad de contribuir al proceso de terapia. Esto permite que el paciente y el terapeuta señalen objetivos específicos (véase capítulo 8) para dicha sesión y discutir si es apropiado, o no, centrarse en dichos aspectos específicos. También, permitirá que el paciente moldee formas de resolver conflictos más adecuadas, por ejemplo, cuando los puntos de la agenda del paciente parecen incompatibles con los que el terapeuta quiere plantear. Esto sucede en el caso en que el paciente diga: «Me gustaría darte todos los detalles... Sólo quiero desahogarme... Hará que me sienta mejor». Para poder preservar la colaboración, el terapeuta debe llegar a un acuerdo con dicho paciente de forma que una parte de la sesión sirva para «desahogarse», pero que se sugiera que también han de tratarse otros temas, como la ambivalencia acerca de la abstinencia, abuso continuado de las drogas y los estímulos que disparan su consumo.

Algunos pacientes tienen muy poca tolerancia ante la ansiedad y, por tanto, evitan sacar a relucir temas que provoquen malestar. Cuando los terapeutas proporcionan argumentos para incluir dichos temas en la agenda a pesar del malestar que les provoquen, ayuda a evitar confrontaciones de poder entre ellos y sus pacientes. Los terapeutas también deben utilizar correctamente, de manera colaborativa, la agenda, demostrando empatía frente a sus pacientes y sus reticencias a discutir algunos puntos candentes, como los problemas de abuso de sustancias de sus esposas.

A veces, los terapeutas necesitan ser flexibles a la hora de establecer la agenda. Los pacientes a menudo llegan a la sesión con una crisis, como cuando les acaban de despedir de un trabajo o han sido abandonados por su esposa. Este tipo de problemas requiere de una atención inmediata, suplantando los problemas previstos en la sesión. Igualmente, un desliz o recaída se debe tratar de inmediato porque los pacientes que han consumido, frecuentemente, se sienten indefensos acerca de su habilidad para apartarse de las drogas y, por tanto, tienen mayor riesgo de una recaída total. Esto, a su vez, lleva a

sentirse desesperanzado acerca de la terapia y puede precipitar un abandono prematuro del tratamiento.

Un aspecto importante que cabe recordar es la importancia de que el terapeuta no sea rígido o dictatorial para establecer y seguir la agenda. Por ejemplo, cuando parece claro que un ítem de la agenda que tiene mucha prioridad necesitará de la mayor parte de la sesión para poder ser tratado adecuadamente, el terapeuta necesitará aparcar los ítems que sean menos importantes. También, los terapeutas pueden modificar la agenda chequeando periódicamente el número de ítems de la misma que han de ser tratados y la cantidad de tiempo destinado a la sesión de terapia. Si no hay tiempo suficiente, entonces el paciente y el terapeuta colaborarán a la hora de decidir qué temas de la agenda han de ser pospuestos.

El texto que viene a continuación es una transcripción del principio de una sesión de terapia, en la que el terapeuta y el paciente están colaborando para establecer la agenda. Al leer esta transcripción, téngase en mente que el terapeuta está trabajando con el paciente para establecer una agenda apropiada con un problema primordial específico, o sea mantener una agenda que encaje en la cantidad de tiempo disponible en la sesión de terapia y priorizar los temas.

TE: Bien, ¿en qué quieres centrarte hoy?

PT: Hay algunas cosas, pero ya sabes... lo que ahora me preocupa... es que necesito un trabajo.

TE: Eso es algo importante para ponerlo hoy en la agenda. ¿Hay alguna otra cosa de la que necesitemos hablar? Por ejemplo, ¿la frecuencia con que consumes droga actualmente?

PT: No, voy bien en lo que hace referencia a las drogas.

TE: ¿Cuánto has tomado desde la última vez que te vi?

PT: Nada.

TE: ¿Nada?

PT: Nada. Ahora voy a mis grupos de reunión.

TE: ¿Ni bebida? ¿Ni alcohol?

PT: Nada.

TE: De acuerdo.

PT: Cuando me levanto por la mañana, ahora ya no tengo realmente esos *craving* por las drogas. ¿Sabes lo que quiero decir? Por tanto, ahora sólo tengo que poner esta energía

en levantarme por la mañana, salir y conseguir un trabajo. Ése es el problema real; asegurémonos de que lo tratamos.

TE: Vale. Lo que haré es escribir en la pizarra una lista de cosas que tenemos que tratar. Hoy no seremos capaces de hacerlo todo. Primero, tenemos «encontrar un trabajo» — dificultad en levantarse por la mañana para ir a buscar uno—. Lo siguiente que voy a poner tiene que ver con los *craving*. Así, en algún momento de hoy, me gustaría hablar acerca de lo que te pasó y te condujo a tu último desliz con las drogas. El objetivo de eso es que te familiarices con lo que te pasó y así lo puedas reconocer cuando te sientas mal, qué es lo que te conduce a ello, e intentar proponer algunas formas para mantenerte y no caer de nuevo en el uso de las drogas. Primero en el alcohol, luego en la coca y después en la heroína. Y, también, necesitamos repasar las actividades asignadas la semana pasada.

PT: Lo más importante es encontrar un trabajo.

TE: Bien, puede que podamos empezar por ello. ¿Hay alguna otra cosa en la que quieras que nos centremos?

PT: No, está bien así.

Tal y como ilustra esta breve transcripción, el terapeuta establece el escenario para centrarse en dos objetivos básicos para el tratamiento: «¿Qué te pasó para que tuvieras un desliz?» y practicar resolución de problemas: «Encontrar un trabajo... dificultad a la hora de levantarse». El terapeuta preguntó dos o tres cuestiones importantes y que se deben plantear en cada sesión: a) ¿has tomado drogas o alcohol desde la última sesión?; b) ¿has tenido algún impulso *o craving*?, y c) ¿hay alguna situación, de aquí hasta nuestra próxima sesión, en la que corras el riesgo de consumir? (Esta pregunta no fue formulada por el terapeuta.)

Chequear el estado de ánimo

Como la depresión, la ansiedad y la desesperación son estímulos internos que tienen el potencial de disparar la utilización continuada y/o la recaída, es importante controlar estos (y otros) estados. Los terapeutas deben prestar especial atención a los sentimientos de desesperanza, ya que se ha demostrado que un punto de vista marcadamente negativo respecto al futuro es uno de los mejores predictores de suicidio (Beck, Steer y otros, 1985).

Es deseable que el paciente complete el BDI, el BAI y el BHS en cada sesión (véase

capítulo 5, para las descripciones de estos cuestionarios). Las puntuaciones con su significado se deben comentar con el paciente, especialmente si hay cambios sustanciales en las mismas. A veces puede haber cambios en el estado de ánimo medidos por estos instrumentos, pero el paciente podría no ser consciente de los mismos. Por tanto, el terapeuta debe preguntar al paciente si se ha percibido de dichos cambios. El terapeuta puede decir: «Tu puntuación en el BDI es más alta esta semana, lo que podría indicar que estás sintiéndote más deprimido. ¿Estás de acuerdo con eso?».

Hay una serie de aspectos importantes que cabe recordar: a) el estado de ánimo es una variable importante en relación con el consumo de droga y su recaída; b) la desesperación es uno de los mejores predictores de suicidio; c) los niveles de estado de ánimo han de medirse en cada sesión, y d) los terapeutas deberían comentar las puntuaciones obtenidas en el BDI, BAI y BHS con sus pacientes.

Tender un puente con la última sesión

Las personas que abusan del alcohol o las drogas suelen tener vidas caóticas; por tanto, es fácil que los terapeutas se vean envueltos en un discurso en el que se salta de un tema a otro de manera inconexa. Los terapeutas deberían pensar cuidadosamente cómo seguir con cierta coherencia y mantener *una continuidad a lo largo de las sesiones de terapia*. Se deberían preguntar a ellos mismos: «¿Cómo se relacionan los puntos de la agenda actual con los planteados en la sesión anterior?» y «¿Cómo se relacionan estos puntos con los objetivos generales del tratamiento?».

El terapeuta también revisa el *feedback* del paciente acerca de la sesión anterior. Hay dos formas de conseguirlo. Primero, el terapeuta pregunta al paciente si hay algún asunto pendiente que no hubiesen comentado en la última sesión, incluyendo cualquier reacción negativa que haya tenido. Segundo, el terapeuta debe reflexionar sobre el Informe del paciente sobre la sesión de terapia (véase apéndice 5), que los pacientes completan después de cada sesión. Normalmente suele ser breve; sin embargo, algunas respuestas requieren una atención considerable y bastante tiempo para tratarlas. Por ejemplo, un paciente explicaba después de la última sesión que no *esperaba* hacer ningún progreso en aquel momento, que *realmente* no había hecho ningún progreso y que no esperaba tampoco hacer ningún progreso en las *futuras* sesiones. El terapeuta, dándose cuenta de que el *feedback* del paciente indicaba puntos de vista muy negativos sobre la terapia, sugirió que se debería hablar de ello con tiempo suficiente en aquella sesión de terapia. Para hacerse una idea del mundo del paciente, es de mucha utilidad repasar brevemente

la vida del mismo durante la última semana. Los terapeutas pueden utilizar registros o listas de actividades para estructurar esta revisión. También deben animar a sus pacientes a que esta revisión sea lo más breve posible, de forma que no se convierta en una vaga charla sobre las actividades del paciente con la que se pierda el valioso tiempo de la sesión.

Comentar los puntos que hoy tenemos en la agenda

Cuando el paciente y el terapeuta empiezan a comentar los temas de la agenda en los que han de ponerse de acuerdo en esa sesión, deben tener presente los siguientes aspectos. Primero, es importante priorizar una lista de aspectos. No siempre es posible discutir cada punto dentro de los límites de tiempo de cada sesión. Algunos puntos se deben posponer hasta la siguiente sesión. Por tanto, lo que más sentido tiene es determinar qué tema o temas son esenciales para abordar en la sesión actual, y plantear primero estos aspectos. Cuando se proceda de esta manera, el terapeuta evitará problemas desafortunados como, por ejemplo, que la sesión entera se pierda en las quejas del paciente sobre los problemas de su coche, para descubrir, cuando la sesión ya ha terminado, que el paciente empezó a beber compulsivamente después de que su mujer lo abandonara. Evidentemente, este último aspecto se debería presentar primero y antes que todo, no sólo durante los dos últimos minutos, al final de la sesión.

Segundo, los terapeutas deben estar alerta sobre las tendencias de los pacientes a olvidarse de los ítems de la agenda, plantear temas irrelevantes y tangenciales. Una frase educada pero rápida, como «No me gustaría interrumpir, pero creo que debemos volver a centrarnos en el tema sobre el que empezamos a hablar», normalmente suele ser suficiente. A veces, cuando parece que los pacientes se «desvían» de, incluso, los aspectos más importantes (p. ej., un comentario sobre el matrimonio del paciente lleva a percibir un indicio de que el paciente pueda estar contemplando la posibilidad del suicidio) es aconsejable que el terapeuta cambie de sentido y pueda acomodarlo, y seguir con estos aspectos importantes revisando su agenda. En general, los aspectos que suelen sobrepasar en importancia a los otros de la agenda son *la utilización de la droga por el paciente, suicidio o desesperanza acerca de la terapia*.

Tercero, los terapeutas deben ser conscientes del tiempo de la sesión, ya que hay que cubrir varios aspectos con suficiente amplitud y profundidad y, por tanto, las transiciones de un ítem de la agenda al siguiente se deben hacer de forma oportuna. A veces los terapeutas pueden introducir la siguiente pregunta para facilitar este proceso: «Estamos a

mitad de la sesión, y tenemos que tomar una decisión. ¿Deberíamos seguir hablando acerca de este tema un poco más o tendría sentido que lo zanjáramos y pasáramos al siguiente ítem?». Ésta es una forma colaborativa y flexible de seguir centrado en el material terapéutico valioso y ser tan eficiente como se pueda para hacer el mejor uso posible del valioso tiempo de la sesión terapéutica.

Cuarto, los terapeutas no deberían dejarse bloquear por los pacientes cuando contestan «No lo sé», después de preguntarles qué aspectos se deben plantear como parte de la agenda. (*De hecho, los buenos terapeutas cognitivos casi nunca aceptan un «No lo sé» por respuesta.* Persisten educadamente, encuentran maneras alternativas de formular la pregunta o bien instan al paciente a que delibere más.) Por el contrario, los terapeutas deben explicar que una de las responsabilidades del paciente en la terapia es pensar acerca de qué le gustaría hablar en la sesión. Primero, el terapeuta debe ayudar al paciente *sugiriéndole* algunos temas de la agenda, preguntándole: «¿Cuál de estos aspectos es más importante para ti?». El terapeuta también puede preguntar: «¿Qué ha pasado por tu cabeza últimamente?, ¿Qué hay en tu mente ahora?». Más adelante, si el paciente continúa sin querer hablar o es incapaz de generar los aspectos necesarios para el debate, *este problema, por sí mismo, se puede convertir en un ítem importante de la agenda.* Por ejemplo, el terapeuta puede decir: «Discutamos tus dificultades para pensar los temas de los que debemos hablar a lo largo de la sesión. Intentemos descubrir dónde está el problema, y cómo superarlo». Al hacerlo, el terapeuta evita caer en la trampa de aceptar la desesperación del paciente, o su resistencia, como algo inmodificable. Además, el paciente aprende que decir «No lo sé», no le servirá, y que esta estrategia fallará como forma intencionada de escapar del trabajo de la terapia.

Interrogatorio socrático

Overholser (1987, 1988) define el interrogatorio socrático como un método de intervención que anima al paciente a contemplar, evaluar y sintetizar diversas fuentes de información. Este tipo de interrogatorio, también conocido como «descubrimiento guiado» se utiliza a lo largo de toda la sesión.

A diferencia de las típicas preguntas diseñadas por el terapeuta para recoger información en relación con la frecuencia, intensidad y duración de los problemas de abuso de sustancias, el interrogatorio socrático se utiliza para que el paciente tome conciencia de la información. Por tanto, el interrogatorio socrático tiene como finalidad proporcionar *insight* y mejorar el proceso racional de toma de decisiones. Las preguntas

se deben hacer de forma que estimulen el pensamiento e incrementen la conciencia, antes que pensar que requieren de una respuesta correcta. La elección correcta, el fraseo y la ordenación de las preguntas tienen un efecto muy notable en la organización del pensamiento del paciente. Es más, hemos encontrado que la mayoría de los pacientes que abusan de las drogas responden más favorablemente a las preguntas exploratorias, que a las «lecciones» didácticas del terapeuta.

El interrogatorio socrático es una técnica muy eficaz cuando se están discutiendo varios puntos de la agenda. Los terapeutas formulan preguntas, de tal forma que éstas ayuden a los pacientes a examinar su pensamiento, a reflexionar sobre conclusiones erróneas y, a veces, a descubrir soluciones mejores para los problemas. Esto, frecuentemente, lleva a que los pacientes se pregunten a sí mismos y, por tanto, a conseguir más objetividad de sus propios pensamientos, motivaciones y conductas. Asimismo, el interrogatorio socrático establece una atmósfera sin juicios, libre y, por tanto, facilita la colaboración entre paciente y terapeuta. Esto facilita que los pacientes obtengan sus propias conclusiones acerca de la seriedad de su problema con el abuso de las drogas.

Como regla básica, los terapeutas deberían empezar a utilizar el interrogatorio socrático desde el principio del tratamiento. Éste ayuda a orientar a los pacientes hacia un modo de pensar activo. Si los terapeutas encuentran que el interrogatorio socrático es demasiado duro para los pacientes y no les ayuda, entonces deberían escoger una forma más directa, como señalar inconsistencias y errores en el pensamiento, o bien preguntando al paciente si está de acuerdo en seguir con esta lógica.

Aunque es importante utilizar el interrogatorio para explorar problemas y ayudar a los pacientes a sacar sus propias conclusiones, debería existir un equilibrio entre las preguntas y otros modos de intervención más directos, como la reflexión, clarificación, dar *feedback* y educar al paciente. El siguiente diálogo ilustra dicho equilibrio, donde el terapeuta empieza con la evaluación de algunas cuestiones básicas:

TE: Charleen, ¿has tomado drogas o alcohol esta semana?

PT: No, nada. Llevo ya más de un mes.

TE: ¿Qué me dices de la medicación para el dolor que te dio el dentista?

PT: ¿Qué quieres decir?

TE: Bien, tengo una serie de preguntas. Primero, ¿estás tomando la cantidad que se supone debes tomar, y no más? ¿Lo tomas cuando se supone que lo debes tomar y no más frecuentemente?

PT: Estoy haciendo lo que se supone que tengo que hacer, así que no te preocupes.

TE: ¿Sabes por qué te lo pregunto? ¿Sabes por qué me preocupa?

PT: Sí, porque me dijiste que la medicación para el dolor es igual que una droga.

TE: No es *igual* que una droga. *Es* una droga. Es como un narcótico moderado.

PT: Y me puedo volver adicta a ella.

TE: Correcto. ¿Y sabes por qué estoy preocupado por la *cantidad y frecuencia* con que la estás tomando?

PT: No.

TE: Piensa en ello un minuto. ¿Por qué crees que deberíamos preocuparnos por eso?

PT: No lo sé.

TE: Bien, reconozco que no sabes *exactamente* por qué, pero podrías intentar adivinar algunas razones que lo expliquen. No tendré ningún problema en explicarte mis razones después de conocer *tu* teoría.

Podemos apreciar que el terapeuta está formulando toda una serie de preguntas abiertas, con la esperanza de que el paciente empiece a pensar activamente en esta sesión. El hecho de que el paciente no responda a la última cuestión no disuade al terapeuta. En vez de eso, encuentra una forma (con mucho tacto e instándole a colaborar) de animar al paciente a que aplique un poco de esfuerzo cognitivo. Más adelante, planifica «recompensar» al paciente por su esfuerzo, dándole información adicional para poder educarle sobre los peligros de las medicaciones contra el dolor, cuando se está recuperando de una adicción. Sin embargo, primero continuará con una serie de preguntas socráticas.

PT: Supongo que si tomo más de lo que debo, podría volverme adicta más rápidamente.

TE: Correcto. ¿Qué más?

PT: Podría colocarme con la medicación contra el dolor, perder el control y salir a buscar otras drogas.

TE: Completamente de acuerdo, una respuesta excelente. ¿Ves?, lo comprendes *muy bien*. ¿Algo más que puedas pensar?

PT: No, realmente no.

TE: Bien, pues, ten en cuenta esto. ¿Qué pasaría si agotaras la medicación para el dolor antes del tiempo que se supone que te ha de durar?

PT: Necesitaría más.

TE: Sí, pero si el dentista sabe que se supone que tu medicación no debería haberse

agotado aún, y realmente estás pidiendo más, ¿qué ocurriría?

PT: Diría que no.

TE: ¿Qué harías entonces?

PT: Debería encontrar otras formas de matar el dolor.

TE: ¿Como qué?

PT: Como el whisky (*risas*).

TE: ¿Por qué sería eso un problema?

PT: Porque entonces rompería mi resolución de mantenerme fuera de aquellas cosas que no debo tomar.

TE: ¿Y solamente beberías whisky?

PT: Si tuviese la oportunidad también usaría *crack*.

TE: Bien. Ahora has trabajado duro para llegar a este punto. Sería una lástima que volvieras atrás por culpa de tomar demasiada medicación contra el dolor.

PT: Estoy de acuerdo.

TE: Por tanto, Charleen, ¿has estado tomando la medicación tal y como se te prescribió?

PT: Sí, pero todavía tengo dolor, así que he estado tomando también advil y tylenol.¹

En este punto, el terapeuta está satisfecho de que la paciente haya llegado a sus propias conclusiones, y le advierte de que puede estar arriesgándose a tener un desliz o una recaída grave si utiliza incorrectamente las medicaciones que le han prescrito. Al mismo tiempo, ha oído algo que le ha preocupado un poco; por tanto, le hará alguna pregunta con la idea de que se lo clarifique, antes de seguir con la educación didáctica no socrática.

TE: Mm... ¿Estás tomando más medicaciones? ¿Cuánto?

PT: (*Empezando a molestarse*) Hasta que me sienta mejor, ¡para eso lo tomo!

PT: ¿Has leído las instrucciones antes de tomar estas medicaciones permitidas?

TE: No, sólo las tomo hasta que me siento mejor.

PT: Charleen, por favor, ten paciencia conmigo unos minutos. Puedo decirte que te estás poniendo en mi contra y a mí no me gustaría que te enfadases, pero esto es importante.

¿Quieres escucharme?

PT: ¿Tengo otra opción?

TE: Si, claro. Puedes ignorarme si quieres, pero espero que me des una oportunidad de decir lo que pienso antes de decidir si no vas a considerarlo.

PT: Adelante, pues.

TE: Gracias, agradezco que seas buena persona. Charleen, los medicamentos tienen instrucciones y existen buenas razones para ello. Si las personas ignoraran dichas pautas, podrían sufrir una sobredosis. O bien, podrían causar algo llamado «interacciones» con otras drogas. En tu caso, las medicaciones permitidas se podrían combinar con la medicación del dentista y crear un efecto en tu cuerpo que es igual a muchas, muchas, muchas medicaciones, que podrían ser peligrosas. También —y no estoy seguro que sepas esto— cada vez que una persona toma una medicación contra el dolor disminuye la capacidad natural de su cuerpo para acabar con el dolor. Así, si tomas demasiado de *alguna cosa*, puede suprimir tu capacidad para sentirte bien después de que dejes de tomar la medicación. Ya ves, si la medicación se acaba y tú has eliminado la capacidad natural de tu cuerpo de mitigar el dolor, lo que ocurrirá es que tendrás abstinencia y mucho malestar. Entonces no serás capaz de conseguir un sustituto de la medicación del dentista y probablemente pensarás que no tienes más opción que beber whisky o conseguir *crack*. Por eso es tan importante para ti tomar *sólo aquello que te han prescrito y nada más, ni siquiera medicación permitida*. ¿Me sigues?

PT: ¿Quieres decir que si tomo estas medicaciones mi cuerpo nunca será capaz de matar el dolor por sí mismo?

TE: No, «nunca» no. Sólo se suprimirá unos días; así es la fase de abstinencia, igual para todas las drogas. Pero ¿puedes dejar de tomar drogas durante unos días cuando tienes dolor?

PT: De ninguna manera.

TE: Eso es lo que quiero decir. Si sigues de esta forma como hasta ahora, existe el peligro que utilices de nuevo alcohol y *crack*, sobre todo cuando se te acabe la receta.

PT: Ya veo. ¿Qué debería hacer?

TE: Buena pregunta. ¿Puedo devolvértela? ¿Qué crees que deberías hacer?

Ahora, el terapeuta cambia al estilo de interrogatorio socrático.

PT: Creo que debería dejar de tomar advil y tylenol.

TE: ¿Y qué me dices de la medicación del dentista?

PT: Creo que debo asegurarme y leer las instrucciones.

TE: Pero ¿qué pasará si haces exactamente lo que se supone que debes hacer y todavía tienes dolor?

PT: No lo sé.

TE: ¿Qué piensas que haría yo en tu lugar?

PT: Llamarías al dentista.

TE: Sí, eso haría. ¿Qué más?

PT: Intentarías distraerte a ti mismo con actividades, ¿correcto?

TE: ¡Sí! ¿Podrías intentarlo?

PT: Sí, podría.

TE: ¿Qué tipo de cosas podrías hacer?

El terapeuta continuó haciendo preguntas abiertas de forma que Charleen pudiese generar sus propias intervenciones, más adecuadas para ella y con más probabilidades de que las siguiera que aquellas intervenciones simplemente dirigidas por el terapeuta. Por tanto, este diálogo ha demostrado que una mezcla de intervenciones, desde la educación, clarificación y el interrogatorio socrático, puede ayudar a los pacientes a realizar un trabajo importante en la sesión, y sacar así a la luz la máxima cantidad de información y cooperación.

Resúmenes parciales

El resumen parcial es una parte importante del proceso de aprendizaje en las sesiones de terapia. Como regla general, tanto el terapeuta como el paciente deberían resumir lo que se ha tratado en una sesión, al menos un mínimo de tres veces. Esto proporciona la oportunidad de ajustar las agendas y de mantener el enfoque u objetivo central de la sesión terapéutica. El primer resumen parcial se realiza habitualmente después de que la agenda se haya establecido, el segundo, aproximadamente a la primera mitad de la sesión terapéutica y el último al finalizar la sesión de terapia, en la conclusión.

El primer resumen ayuda a los pacientes a hacer una conexión entre la agenda de la sesión presente y los objetivos a largo plazo de la terapia. El siguiente diálogo reproduce un resumen parcial típico:

TE: Bien, resumamos en qué vamos a centrarnos hoy. Un aspecto es la situación en la que tú muestras un impulso muy fuerte de ir a buscar *crack*. Segundo, es tu situación en el trabajo. Estás preocupada por el hecho de que te despidan. ¿Me dejo algo?

PT: No, eso es todo.

TE: Ambos aspectos encajan perfectamente con tus metas de tratamiento a largo plazo: una de ellas es ser capaz de afrontar los impulsos de tomar *crack*, encontrar otros

métodos para afrontar la ansiedad y, al final, tus preocupaciones acerca del trabajo y ahorrar dinero. ¿Ves como están conectados?

PT: Sí, tiene sentido.

El segundo resumen ayuda al terapeuta a retomar sus propios pensamientos, a decidir qué hay que hacer seguidamente (como pasar al siguiente ítem de la agenda), dar a entender que el paciente es comprendido y proporcionarle una oportunidad para corregir cualquier malentendido y hacer que el proceso terapéutico parezca más comprensible.

En principio, durante el tratamiento el último resumen lo realiza el terapeuta. Sin embargo, a medida que la terapia progresa, el terapeuta puede avanzar mucho y permitir que el paciente realice el resumen final. Cuando los pacientes hacen el resumen, esto les da la oportunidad de procesar toda la sesión, y permite al terapeuta comprobar la comprensión del paciente respecto a cómo ha ido la sesión. Es más, los pacientes mejoran su retención de los contenidos de la sesión cuando recuerdan activamente lo que se ha tratado.

Asignación de actividades entre sesiones

La asignación de actividades entre sesiones es una empresa común en la que el terapeuta y el paciente colaboran y se ponen de acuerdo como un equipo. Sus dos funciones primordiales son: servir de puente entre las sesiones, asegurando que el paciente continúa trabajando en sus problemas, y proporcionar una oportunidad al paciente de recoger información para evaluar sus creencias erróneas e intentar nuevas conductas (Blackburn y Davidson, 1990).

Se anima a los pacientes a considerar su trabajo en casa como un componente vital e integral del tratamiento (Burns y Auerbach, 1992; Burns y Nolen-Hoeksema, 1991; Persons, Burns y Perloff, 1988). Como la sesión de terapia tiene un tiempo limitado, normalmente menos de una hora, las actividades asignadas son un aspecto extremadamente importante, ya que ofrecen oportunidades continuas a los pacientes de practicar varias habilidades que se les han enseñado en la sesión de terapia.

Lo mejor es asignar actividades entre sesiones que se deriven de la sesión de terapia, ya que dichas actividades resultan más efectivas cuando son una extensión lógica de la sesión de terapia (Newman, 1993). Esto se puede hacer revisando qué ha ocurrido en la sesión de terapia y, después, centrándose en cómo estos aspectos o lecciones pueden continuar y ser reforzados fuera del tratamiento. De manera ideal, estas asignaciones al

final conducirán a la utilización continuada de las nuevas habilidades, incluso después de concluir el tratamiento formal.

Normalmente se aconseja introducir como uno de los primeros puntos de la agenda la necesidad de revisar las actividades asignadas la sesión anterior. Cuando se realiza de esta forma, los terapeutas dan a entender a los pacientes que dichas actividades entre sesiones son una parte muy importante del proceso terapéutico (Burns y Auerbach, 1992). También, al revisar las actividades de las sesiones anteriores los terapeutas pueden corregir los errores de los pacientes al inicio del tratamiento, como por ejemplo, a la hora de completar la hoja de registro diario de pensamientos (RDP) (véase capítulo 9). Si los terapeutas revisan las actividades asignadas, se podrán asegurar de que los pacientes practican correctamente nuevas habilidades cognitivas y conductuales.

Los terapeutas que olvidan revisar las actividades asignadas en cada sesión acaban provocando o creando tres problemas. Primero, los pacientes suelen acabar pensando que las actividades que se les asigna entre sesiones no son algo importante y, por tanto, el tratamiento se convierte en «algo que les hacen a ellos», y no algo en lo que ellos tengan que trabajar activamente incluso en ausencia del terapeuta. Segundo, los terapeutas pierden oportunidades de poder corregir errores de los pacientes como respuestas racionales inadecuadas ante sus pensamientos automáticos. Tercero, los terapeutas pierden su oportunidad de extraer lecciones que puedan ser muy útiles a partir de las actividades realizadas y reforzar así dichas lecciones.

El terapeuta puede minimizar la falta de cumplimiento del paciente, asegurándose de que explica las razones de las actividades entre sesiones que asigna y comentando con el paciente cualquier posible dificultad que se pueda presentar (Newman, 1993). Por ejemplo, el terapeuta puede preguntar: «¿Qué cosas podrían ocurrir que hicieran que tuvieras que completar la tarea?» o/y «¿Cuál es la probabilidad de que puedas completar la tarea?». Además, si el terapeuta tiene alguna duda acerca de la comprensión del paciente sobre la tarea, debería, si es posible, repasar la asignación de la misma antes de que el paciente se marche.

Si el paciente no cumple la asignación de las tareas entre sesiones, los terapeutas deberán abordar dicho problema. Uno de los métodos es utilizar el inventario de «Posibles razones para que no se realicen las tareas de autoayuda asignadas entre sesiones» (véase apéndice 6). Este inventario permite identificar aquellas razones por las cuales los pacientes no suelen cumplir con las actividades entre sesiones que les han sido asignadas. Los terapeutas pueden sacar una copia de esta lista y pedir al paciente que seleccione aquellos puntos que en su caso corresponden al hecho de no haber realizado

la tarea. Éstos son algunos ejemplos de los temas incluidos en dicho inventario: «No he tenido suficiente tiempo, estoy demasiado ocupado», «Me siento desesperanzado y no creo que realmente pueda llegar a hacer nada de lo que trato de hacer» y «Me parece que no hay nada que me pueda ayudar, así que no tiene sentido que lo intente».

Estas creencias se convierten en nuevos objetivos, tanto para examinarlos como para evaluarlos. En resumen, la asignación de actividades entre sesiones funciona como un puente o enlace entre las sesiones de terapia y proporciona una oportunidad para probar las creencias y practicar habilidades desarrolladas en la sesión. La tarea debe ser una extensión lógica de la sesión y ser apropiada a los objetivos de la terapia. Los terapeutas pueden minimizar la falta de cumplimiento, explicando razones de por qué se asignan dichas actividades y discutiendo con el paciente posibles dificultades que puedan surgir. Para facilitar la comprensión del paciente, se pueden repasar las actividades asignadas en la sesión. Los terapeutas deberían explicar la importancia de dichas actividades y se aconseja que revisen dichas tareas en cada sesión. Cuando no se cumplen, dicho aspecto se debería discutir como un ítem más de la agenda de la sesión. Pueden averiguarse las razones que los pacientes exponen para no hacer las actividades que se les han asignado a través de preguntas o mediante un inventario, y estas razones son tratadas como creencias que hay que evaluar.

Feedback en la sesión de terapia

Los terapeutas y los pacientes intercambian *feedback* de manera regular durante las sesiones de terapia. A lo largo de la sesión, el terapeuta hace preguntas para estar seguro de que el paciente comprende lo que aquél le ha dicho y hacia dónde se está encaminando. Por ejemplo, el terapeuta podría preguntar: «¿Puedes decirme qué aspecto estoy intentando tratar con estas preguntas?». A veces los pacientes no comprenden lo que está intentando conseguir el terapeuta. Hacer preguntas en estos momentos permite que, tanto el paciente como el terapeuta, clarifiquen los mensajes que no quedan bien especificados durante la sesión de terapia. Al final de la sesión, el terapeuta debería intentar obtener *feedback* del paciente con respecto a lo que ha aprendido durante la sesión, cómo se ha sentido el paciente durante la sesión de terapia y cómo se siente acerca de la terapia en general.

Por ejemplo, el terapeuta podría formular las siguientes cuestiones: «¿Qué has sacado en claro de la sesión de hoy?», «¿Hay algo que yo haya dicho o hecho que te haya molestado en la sesión de hoy?», «¿Crees que estamos llevando a cabo algo útil?».

Otras formas de generar *feedback* lo constituye responder a la conducta no verbal en la sesión de terapia. Por ejemplo, si el terapeuta aprecia que el paciente frunce el ceño, debería decirle: «Acabo de apreciar que tienes un aire de duda en tu rostro. ¿Qué te pasa por la cabeza en estos momentos?». Esta estrategia suele ser eficaz para provocar un *feedback* valioso.

Los principales aspectos que hay que recordar son que el terapeuta se debería esforzar y llegar a ser suficientemente hábil para provocar y responder al *feedback* verbal y no verbal a lo largo de la sesión. Además, el terapeuta debería comprobar regularmente la comprensión del paciente acerca de lo que se está realizando en la sesión de terapia, así como resumir regularmente los puntos más importantes a lo largo de la sesión; esto, a su vez, ayuda a construir una relación de colaboración muy sólida.

Resumen

En este capítulo hemos estudiado la importancia de la estructuración adecuada de la sesión y sus ocho componentes. Establecer la agenda ayuda a sacar el máximo partido del tiempo, mantiene las sesiones centradas en unos temas, establece una atmósfera de trabajo adecuada y evita que la terapia se desvíe de los temas principales. Comprobar repetidamente el estado de ánimo permite identificar cambios en el mismo que podrían llevar a recaídas. Enlazar las sesiones permite que se adquiriera una noción de continuidad entre las mismas y mantiene la terapia centrada en los objetivos del tratamiento. Al plantear los puntos de la agenda, los terapeutas ayudan a sus pacientes 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. Los terapeutas también deben utilizar hábilmente, y tanto como puedan, el interrogatorio socrático, que ayuda a los pacientes a realizar sus propios descubrimientos. Se deberían realizar resúmenes parciales al menos tres veces a lo largo de cada sesión. Hay que hacer entender a los pacientes la importancia de las actividades asignadas entre sesiones y se deben tomar las medidas apropiadas para evitar la falta de cumplimiento. Los terapeutas proporcionan y provocan *feedback* para clarificar y descubrir algunos aspectos que no se han comprendido y/o malas interpretaciones de lo que está ocurriendo en la sesión.

CAPÍTULO 7

EDUCAR A LOS PACIENTES EN EL MODELO COGNITIVO

Como la terapia cognitiva del abuso de sustancias es una tarea de colaboración entre el terapeuta y el paciente, es esencial que los pacientes adquieran una comprensión conceptual de los componentes más importantes de dicho modelo, como entender las asociaciones y las relaciones causales entre la cognición, el afecto, la conducta, el *craving* y la utilización de las drogas. Los pacientes necesitan aprender acerca del fenómeno de los pensamientos automáticos y de los elementos más importantes para comprobar dichas hipótesis.

Algunos terapeutas empiezan educando en el modelo de tratamiento a los pacientes que abusan de las drogas antes de que hayan podido captar adecuadamente los planteamientos que tienen sus pacientes de varios de sus problemas. Al hacer esto, los terapeutas pierden la oportunidad de fomentar una atmósfera de «equipo de trabajo» que tan importante es concretar al principio del tratamiento. Al preguntar a los pacientes por sus puntos de vista se está ayudando a crear una relación de colaboración. En algunos casos, los pacientes son muy conscientes de las características de sus problemas; se sienten como bloqueados y no saben qué pasos deben tomar para conseguir soluciones óptimas. Cuando se está recogiendo los puntos de vista de los pacientes, los terapeutas pueden empezar a educarlos en el modelo de terapia cognitiva, centrándose en las *creencias* que son inherentes a las interpretaciones que ellos hacen respecto a sus problemas con las drogas.

Descubrir cómo los pacientes formulan sus problemas

Los pacientes con abuso de sustancias normalmente tienen explicaciones para sus problemas con las drogas tales como «Tengo un trabajo muy estresante», «Hoy en día todo el mundo utiliza drogas», «Es por este matrimonio; si al menos ella cambiara...», y

otras parecidas. Al tratar de explorar estas «razones», el terapeuta empieza a comprender la «realidad interna» del paciente y a establecer un clima de colaboración para la terapia.

Los terapeutas preguntan a sus pacientes cómo creen que se empezó a desarrollar su problema con la droga y de qué forma explicarían ellos las dificultades actuales en su trabajo, en las relaciones personales, con la justicia y en otras áreas importantes de su vida. Además, los terapeutas indagan acerca de lo que los pacientes piensan que deberían hacer para solucionar sus problemas con las drogas. De igual forma, el terapeuta pregunta al paciente por qué cree que no ha intentado, o no ha sido capaz de, solucionar hasta ese momento su problema con las drogas y otros problemas generales de su vida.

Aunque los pacientes expondrán lo que en apariencia son razones comprensibles de su abuso de las drogas, normalmente muestran algún resquicio de duda (¡al igual que sus terapeutas escépticos!). El grado en que ellos mismos se creen sus propias explicaciones se puede evaluar haciendo que puntúen en una escala de 0 a 100, donde 0 significa que no creen en ello en absoluto y 100 significa que creen completamente en ello. Esta táctica sutil empieza a enseñar a los pacientes que sus creencias no son lo mismo que sus conductas y que pueden estar sujetas a evaluación.

Por ejemplo, un paciente explicó al terapeuta durante la primera sesión de terapia que él creía que usar el alcohol y la cocaína era el resultado directo del ambiente en que había vivido. Afirmó que las condiciones de vida eran miserables: «Mucho paro, casas en malas condiciones y droga por todas partes». Creía que cualquier persona con este tipo de dificultades también tomaría cocaína y bebería. Cuando el terapeuta le preguntó en qué medida se creía su propia explicación el paciente contestó «en un 85 %». El paciente expuso que, de hecho, había algunas personas en dicha zona que no utilizaban drogas, aunque eran «religiosos». Sin embargo, cuando lo meditó más detenidamente, el paciente señaló que había dos miembros de su familia que no estaban usando drogas ni alcohol: su hermana y su padre.

El terapeuta le dio como tarea enumerar a todas las personas de su calle que él creía que utilizaban drogas y aquellas que no lo hacían. Aunque había un gran número de consumidores, la gran mayoría de las personas de su calle no utilizaban drogas ni abusaban del alcohol. El paciente se mostró bastante sorprendido con estos descubrimientos. El terapeuta y el paciente acordaron que sería valioso intentar buscar otras explicaciones a su abuso de la cocaína y el alcohol.

Demostrar las relaciones entre las situaciones, cogniciones, afecto, *craving*,

conducta y consumo de drogas

A continuación exponemos un ejemplo de una presentación o exposición didáctica:

Un pensamiento automático es un pensamiento espontáneo o una imagen en tu mente. Hasta ahora, no habrás prestado mucha atención a estos pensamientos o imágenes o no te habrás fijado en la conexión que existe entre ellos y la forma en que te sientes, pero, realmente, afectan a tus emociones y *craving* de drogas. Los pensamientos automáticos pueden relacionarse con el pasado, el presente o los acontecimientos futuros, como «Sabía que no debía ir a aquel bar, «No puedo soportar este *craving*» y «¡Dios mío, no voy a ser capaz de solucionar este problema nunca!». Es más, estos pensamientos parecen completamente creíbles cuando ocurren; por tanto se aceptan como hechos que no se cuestionan. Además, parecen tener sentido a pesar de que existan evidencias en su contra.

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 las sesiones de terapia. El terapeuta podría decir: «Me gustaría que recordaras cuando estabas esperando en la sala de espera, justamente antes de entrar a esta sesión. ¿Cómo te sentías?». Los pacientes a veces responderán diciendo «ansioso», «nervioso», «inseguro de mí mismo», «aburrido», «enfadado» y otros adjetivos parecidos. Los terapeutas, entonces, pueden preguntar: «¿Qué pasaba por tu mente en esos momentos en que estabas esperando fuera?». Algunas respuestas típicas son: «Espero que nadie me vea aquí», «Me pregunto cómo va a ser», «¿Me gustará el terapeuta?», «¿Voy a ser capaz de hacer esto?», «¿De qué va todo esto de la terapia?», «¿Qué estoy haciendo aquí?», «No voy a ser capaz de dejar de usar droga», o «No necesito ver a un comecocos». Entonces se les explica a los pacientes que éstos son ejemplos de pensamientos automáticos y que tienen relación directa con las emociones que antes han mencionado. Como actividades entre sesiones, a los pacientes se les puede instruir para que dominen algunos de sus pensamientos automáticos entre las sesiones de terapia. Por ejemplo, se les dice que escriban sus pensamientos cuando se sienten deprimidos, aburridos, ansiosos, enfadados y, sobre todo, cuando tienen *craving* e impulsos irrefrenables de consumir.

La siguiente fase comprende la demostración de la relación entre las situaciones, emociones, cogniciones, conducta y *craving*. Ésta se debe llevar a cabo mediante la utilización de ejemplos que los pacientes expongan en las sesiones de terapia. Los terapeutas utilizan los ejemplos de los pacientes para mostrar cómo los pensamientos del paciente juegan un papel fundamental en sus sentimientos negativos, sus impulsos de consumir drogas y las conductas relacionadas con las drogas que aparecen.

Por ejemplo, «Walter» expuso que estaba enfadado intensamente porque el terapeuta había inferido que la falta de asistencia a una sesión reciente de terapia estaba

relacionada con la droga. Añadió: «Estaba tan cabreado por ello, que pensé en salir y pincharme». El terapeuta, antes de ponerse a la defensiva, aprovechó esta oportunidad para ilustrar a Walter acerca de las conexiones entre las situaciones, pensamientos, emociones e impulsos por las drogas. Específicamente, ayudó a Walter a darse cuenta de que sus pensamientos relacionados con «pincharse», *no* habían aparecido espontáneamente ni sus impulsos por tomar drogas procedían solamente de tener una adicción química. Antes bien, el pensamiento de Walter con respecto a que el terapeuta no había confiado en él disparó una reacción de enfado (un pensamiento lleva a una emoción) y la ira, a su vez, hizo estallar pensamientos acerca de recuperar el control de la relación terapéutica, mediante el consumo de drogas (una emoción llevó a una creencia relacionada con la droga) y, finalmente, esto estimuló el impulso de tomar drogas (una creencia relacionada con la droga conduce a un impulso por tomarla). Por tanto, una interacción potencialmente destructiva entre el paciente y el terapeuta se convirtió en una oportunidad para aprender acerca del modelo cognitivo del abuso de drogas.

A medida que los pacientes llegan a desarrollar más habilidad para hacer sus propias conexiones entre las situaciones, el afecto, las cogniciones y el *craving*, el terapeuta puede empezar a discutir con ellos el concepto de creencia.

El terapeuta explica que la forma en que interpretamos los acontecimientos viene determinada sobre todo por nuestro sistema de creencias. Las creencias tienden a yacer en un estado latente fuera de nuestra conciencia hasta que se activan por alguna situación específica. Los pacientes que tienen dificultades en comprender la noción de creencias en un contexto de abuso de drogas se pueden apoyar en el siguiente ejemplo, que no es clínico:

Una persona tiene la creencia de que «todas las personas son creadas igual». Ésta es una creencia que normalmente está latente; no es una afirmación que suela estar en la mente de la persona habitualmente, no siempre se está pensando en ella. Sin embargo, bajo ciertas circunstancias, se activa esta creencia, como cuando la persona ve que ocurre una injusticia (p. ej., alguien que es culpable de un delito muy grave queda en libertad porque es poderoso e influyente). En estos ejemplos se activa la creencia de que todas las personas son creadas igual porque ocurren circunstancias que tienen que ver con las mismas. Esto, a su vez, lleva a una serie de pensamientos automáticos, como «Esto no debería pasar», «Esto es injusto» y «¿Por qué está pasando esto?». En este punto, cuando se ha disparado la creencia, aparecen en la conciencia de dicha persona los pensamientos automáticos y lógicamente se muestra enfadada.

Los terapeutas explican que mientras que la creencia anterior es adaptativa, muchas de las creencias relacionadas con las drogas *no* lo son, y que los pensamientos y sentimientos que disparan empeoran la situación, ya que activan las ansias y los impulsos irrefrenables por consumir drogas. 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. Los pacientes con abuso de drogas suelen cometer el error de asumir que sus creencias disfuncionales son válidas y, por tanto, que sus interpretaciones son correctas. Una forma de ilustrar la noción de creencias certeras o erróneas es recordar a los pacientes la historia de Cristóbal Colón. Hubo una época en que, en Occidente, muchas personas tenían la creencia de que el mundo era plano. Sin embargo, eso no era así. Sólo con esa intrépida expedición se pudo probar la poca veracidad de su creencia. Se podría decir que cuando Colón probó que el mundo no era plano, muchas personas renovaron su información o creencia acerca de la superficie del mundo. Sin embargo, todavía hubo algunos escépticos que se agarraron, obstinadamente, a la idea de que la tierra era plana. Del mismo modo, algunas personas creen que las drogas son la única forma que tienen de sentirse bien, incluso después de que hace ya mucho tiempo que se ha demostrado que las drogas causan más sufrimiento que placer.

Tal y como hemos señalado antes (capítulo 2), las creencias adictivas son componentes esenciales en la secuencia que lleva a la utilización compulsiva. Los pacientes, frecuentemente, empiezan por pensar que la droga que han escogido no es perjudicial. También tienen la creencia de que actúan mejor con otras personas cuando están bajo la influencia de la droga, como por ejemplo, de la cocaína. Esta creencia puede yacer latente hasta que el paciente se enfrenta a una situación, como un acontecimiento social. Después de ser informado de que se va a celebrar una fiesta, se activará esta creencia y esto le provocará el *craving*, seguido de una serie de pensamientos automáticos que le darán el «permiso» que necesita para consumir la droga, la cocaína. Esto, a su vez, le conducirá a una serie de conductas habituales que le llevarán a buscar la cocaína.

Los pacientes también tienen creencias que se desarrollan con el tiempo. Por ejemplo, un paciente puede empezar con la creencia de que está bien tomar cocaína, «que no es adictiva». También abriga la creencia de que utilizar cocaína le hará ser más sociable. Sin embargo, con el paso del tiempo, también desarrollará un nuevo conjunto de creencias en relación con la cocaína, tales como «No puedo ser sociable sin ella» y «Debo tomar cocaína para poder funcionar». En este caso, el paciente ha pasado de ser un consumidor en los momentos de ocio a depender de la sustancia.

Al educar a los pacientes que abusan de las drogas acerca del modelo de terapia cognitiva, es fácil ayudarlos a identificar sus creencias relacionadas con las drogas. Tal y como señalamos antes, estas creencias pueden ser de diferentes formas. A saber: a)

creencias acerca de la misma droga, como que «La cocaína no es adictiva», b) creencias sobre lo que se espera de la droga, como «La coca me ayudará a relajarme», y c) creencias que permiten tener permiso para consumir, como «Merezco sentirme bien».

El señor C., un consumidor de sustancias, de 34 años de edad, tenía la creencia inicial de que no sería adicto tomando cocaína. Empezó usando la cocaína de forma sociable, «sólo» en fiestas. Más adelante, desarrolló la creencia de que podría trabajar mejor utilizando cocaína. Esto, a su vez, le llevó a tomar drogas en el trabajo cuando estaba bajo presión para entregar algo en una fecha determinada. Imaginaba que era mucho más productivo en el trabajo cuando utilizaba coca. Sin embargo, pasó por alto la gran cantidad de dinero que estaba gastando en cocaína. Además, ya no era tan productivo, debido a que empezó a perder días de trabajo después de varios atracones de cocaína. Más tarde, cuando trató de frenar y empezó a sentir *craving* e impulsos irrefrenables de consumir, las creencias del señor C. se centraron en otros deseos. Algunos de éstos eran: «No puedo soportar este *craving* de droga», «Estos sentimientos no desaparecen y «Los impulsos me impelen a consumir».

Para ayudar a los terapeutas en el proceso de identificar las creencias de los pacientes acerca de las drogas, hemos desarrollado el cuestionario de «Creencias acerca del abuso de sustancias» (véase apéndice 1). Este cuestionario de procedencia clínica contiene un listado de 29 creencias comunes que los pacientes suelen exponer acerca del consumo de drogas. Hemos encontrado que los pacientes que tienen poca habilidad para relatar sus pensamientos, pueden reconocer sus creencias acerca del consumo de drogas cuando utilizan este cuestionario. Uno de los aspectos más valiosos del mismo es que permite a los pacientes darse cuenta de creencias que son contradictorias unas con otras. Esto puede ser importante para ayudar a los pacientes a comprender que tienen creencias contradictorias acerca de la conducta de tomar droga. Por tanto, permite subrayar tanto su ambivalencia como la naturaleza disfuncional de sus estilos de pensamiento.

Otro método útil para identificar creencias es a través de preguntas inductivas (también conocida como «técnica de flechas descendentes»; véase Burns, 1980). El paciente con abuso de sustancias reconoce primero un pensamiento automático; entonces paciente y terapeuta intentan comprender los mecanismos que subyacen a estos pensamientos.

Esta técnica se ilustra en el siguiente ejemplo: el señor C. expuso que durante la semana se había sentido extremadamente enfadado y ansioso. El terapeuta entonces le pidió al paciente que describiera la situación específica. El señor C. expuso que cuando

estaba en la fiesta, había visto a otras personas consumiendo, así como también a uno de sus camellos, y empezó a tener impulsos de consumir.

TE: ¿Qué pensamientos te pasaban por la cabeza en ese momento?

PC: No es justo; ellos pueden consumir y yo no.

TE: Presupongamos por un momento que este supuesto fuera correcto. ¿Qué tiene de importante? ¿Qué *significa* para ti?

PC: No seré capaz de consumir de nuevo.

TE: Y si no consumes de nuevo, ¿cuál sería el significado de *eso*?

PC: Siempre tengo estos impulsos y me siento ansioso.

TE: ¿Y cuáles son las implicaciones para tu vida?

PT: No hay escapatoria. Estoy atrapado e indefenso.

Tal y como se aprecia, al final podemos descubrir una creencia nuclear importante mediante la utilización de la técnica de flechas descendentes (véase figura 7.1), y el paciente comprende entonces más claramente el papel que juegan las creencias en sus problemas.

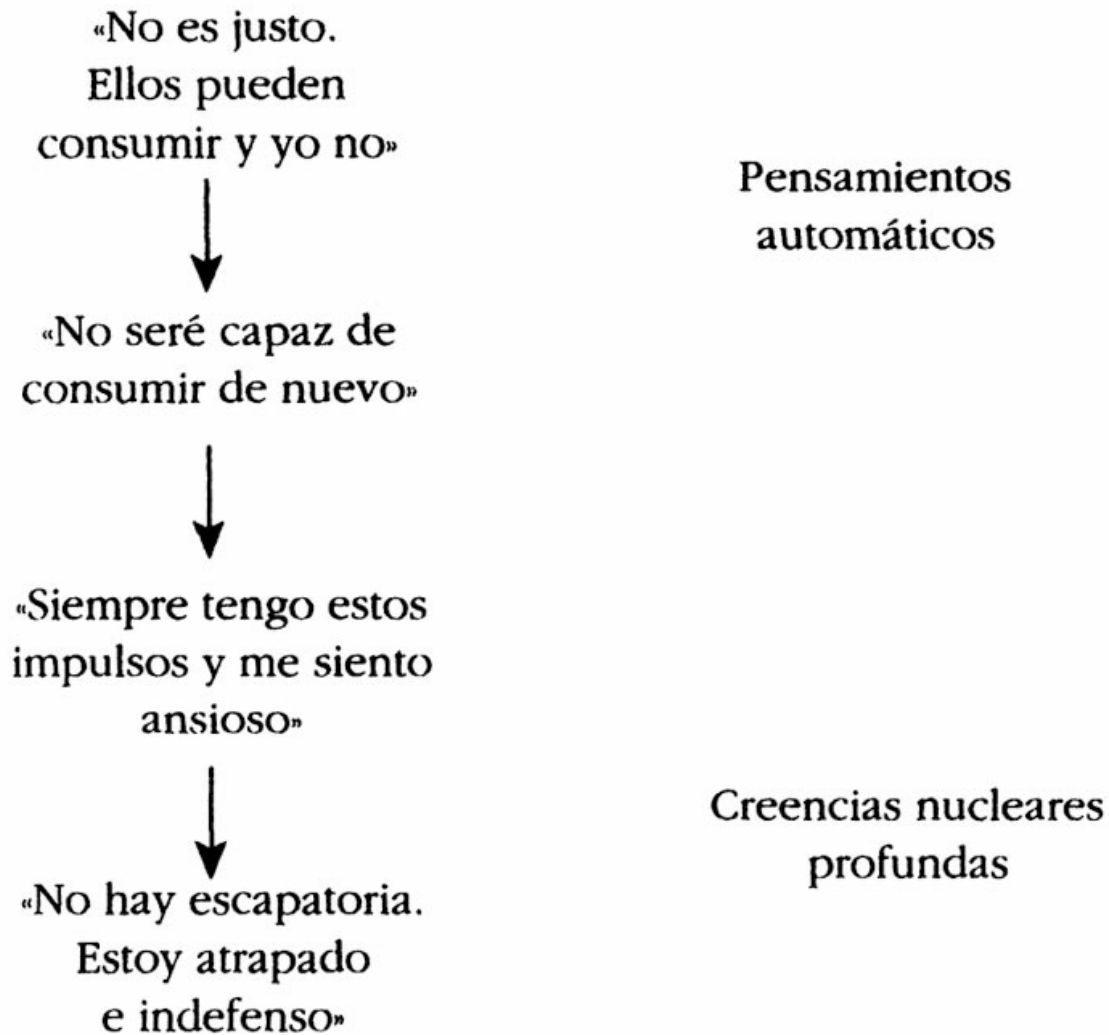


Figura 7.1. La técnica de flechas descendentes.

EL «ESCENARIO DEL CRAVING»

Los terapeutas pueden enseñar a sus pacientes mucho sobre el abuso de sustancias y cómo se aborda esto desde la perspectiva de la terapia cognitiva, mediante un diagrama del «escenario del *craving*». Básicamente, esto comprende explicar el modelo cognitivo de abuso de sustancias en la forma de diagrama de flujo, y completarlo con ejemplos, que formen parte directamente de las experiencias subjetivas del paciente con las drogas.

Por ejemplo, la señora L. expuso un desliz o recaída con la cocaína a su terapeuta, quien procedió a dibujar el «escenario del *craving*» de esta paciente (véase figura 7.2). En este esquema se resaltaba la secuencia de acontecimientos y creencias que condujeron a dicho episodio de consumo de droga.

Algunas veces, los pacientes al principio no son capaces de identificar sus pensamientos automáticos. Dicen: «No tengo pensamientos». Para tratar de superar este problema, el terapeuta debe esperar a que el paciente tenga algún cambio afectivo durante la sesión, y entonces preguntarle: «¿Qué está pasando por tu mente en este momento?». Cuando se elicitán de esta forma, los pacientes suelen tener acceso a sus pensamientos. A veces, también se les pregunta: «Si no tienes ningún pensamiento, ¿puedes decirme qué estás sintiendo?». La mayoría de las veces, suelen exponer los sentimientos en forma de cogniciones; por ejemplo: «Me siento como si hoy no quisiera estar aquí». Al principio, el terapeuta puede escoger aceptar estas respuestas y sentimientos, pero al final será importante educar a los pacientes a distinguir entre las cogniciones, como «Hoy no me siento bien aquí» y los sentimientos como la ansiedad, ira, tristeza, vergüenza y culpa.

Algunos pacientes muestran dificultad al etiquetar los sentimientos que están experimentando. Dicen cosas como «Me siento como una mierda» o «Me siento horrible». Uno de los métodos que se puede utilizar para que aprendan a etiquetar sus sentimientos es animarlos a que usen los términos más simples posibles a la hora de describir sus sentimientos, como por ejemplo, loco, triste y contento. Por ejemplo, si un paciente dice: «Estoy preocupado», el terapeuta puede responder: «¿Y en qué *lugar de tu cuerpo* estás experimentando este sentimiento de estar preocupado?». Los pacientes, entonces, explicarán algunos indicadores fisiológicos como opresión en el estómago o en el pecho, o bien tener el cuello rígido, y otros. El terapeuta puede enseñar a sus pacientes a utilizar dichas sensaciones corporales para preguntarse algo importante: «¿Qué está pasando por tu mente en estos momentos?». Mediante la repetición, al final los pacientes llegan a comprender que es importante darse cuenta y poder modificar sus pensamientos y sus creencias.

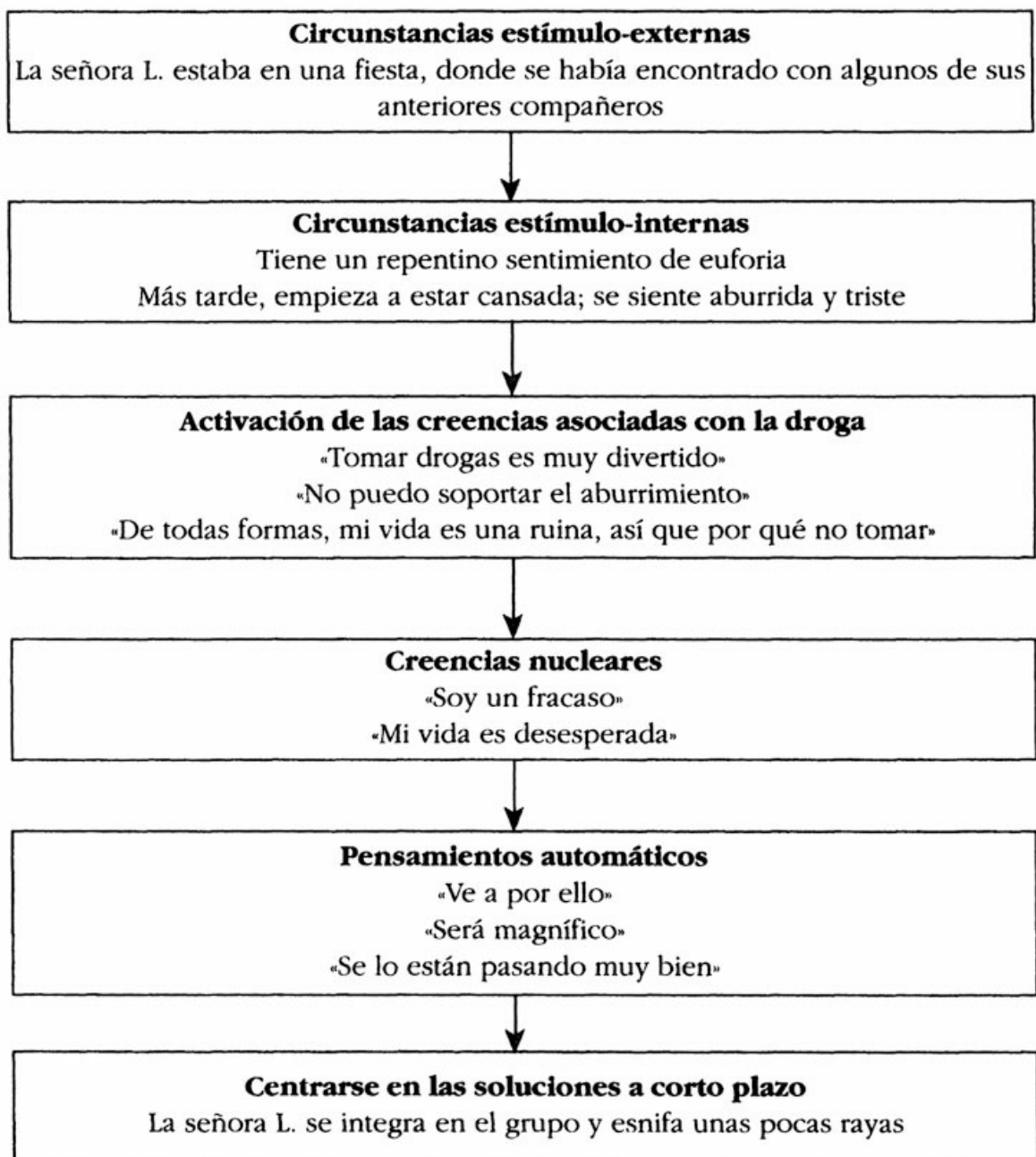


Figura 7.2. El escenario del *craving*.

Resumen

Una parte importante de los primeros estadios de la terapia comprende educar a los pacientes acerca del modelo cognitivo de la adicción a las drogas y su tratamiento. Lo más importante de este proceso es la explicación del terapeuta de las conexiones

causales y correlacionales entre las situaciones estímulo, los pensamientos, creencias, emociones, impulsos de consumir drogas y el consumo de las mismas.

Los terapeutas pueden conseguir este objetivo tan importante resaltando las secuencias naturales de acontecimientos que ocurren en las vidas de los pacientes, así como en la sesión. De esta forma, los pacientes aprenden que la terapia implica algo más que simplemente desahogarse de sus problemas y/o ser persuadido a abandonar el consumo de drogas. En cambio, los pacientes aprenden que sus problemas con las drogas comprenden una serie de acontecimientos externos e internos comprensibles que, si no se descubren y si no se manejan, conducen de forma automática al consumo de droga. También aprenden los pacientes que estos mismos acontecimientos, una vez que se han comprendido, permiten asimilar una serie de claves que hay que tener en cuenta para minimizar las posibilidades de que puedan experimentar oportunidades, impulsos, o acciones que perpetúen el consumo de drogas. Lo más importante de este proceso es que los pacientes comprendan que sus pensamientos automáticos, activados por las creencias nucleares y las creencias acerca de las drogas, juegan un papel importante en su adicción. Como resultado, aprenden que modificando estos pensamientos y creencias se ayudarán a sí mismos en el proceso de recuperación.

«El escenario del *craving*», es un método útil para ilustrar toda la gama de acontecimientos externos e internos señalada anteriormente. Otra herramienta útil son los cuestionarios, como el cuestionario de «Creencias sobre el abuso de sustancias», que ayuda al paciente a reconocer algunas de las creencias implícitas que sustentan su consumo de drogas. Además, si el interrogatorio del terapeuta es hábil, permitirá ayudar al paciente a demostrar el papel central que juega el pensamiento en cada situación en que exista riesgo de consumo de drogas. Al final, los pacientes, por sí mismos, llegan a ser adeptos a la modificación de sus estilos de pensamiento, un paso terapéutico de vital importancia.

CAPÍTULO 8

ESTABLECER LAS METAS

Hay un viejo dicho que dice: «Si no sabes adónde vas, no sabrás cuándo has llegado». Esta frase tiene un sentido especial para la terapia con las personas adictas. En este capítulo examinaremos las razones de por qué es importante establecer unas metas en la terapia.

Establecer las metas crea una especie de mapa que ayuda a tener un sentido de dirección tanto para los pacientes como para los terapeutas. Generalmente, los pacientes entran en tratamiento para sentirse mejor —salir de la depresión, ansiedad, pánico y otros estados afectivos negativos—. Cuando el paciente y el terapeuta se ponen de acuerdo en una serie de metas, ambos se centrarán y colaborarán en el cambio en la conducta del paciente, por ejemplo, absteniéndose de consumir cocaína y encontrando mejores maneras de solucionar sus problemas reales. Cuando hay ausencia de unos objetivos o metas claros y definidos, las sesiones de terapia suelen parecer fragmentadas y desunidas. En uno de nuestros casos, una paciente expuso una larga historia de consumo de cocaína. Sin embargo, el problema que exponía era que quería «sentirse mejor» con ella misma. Mediante un interrogatorio cuidadoso, el terapeuta fue capaz de concluir que esto se podría conseguir si volvía al instituto, acabando sus estudios y continuando su carrera. Debido a que su consumo de cocaína estaba interfiriendo en gran medida con sus objetivos, el terapeuta asumió que uno de sus objetivos o metas tenía que ser llegar a dejar la droga y mantener la abstinencia del todo. Hasta la mitad de su primera sesión de terapia no quedó claro que la paciente tenía intención de continuar consumiendo cocaína, «pero sólo durante los fines de semana», y quería trabajar solamente con el objetivo de volver al instituto. No veía ninguna contradicción entre estos objetivos.

La formulación de metas permite explicitar lo que los pacientes pueden esperar del tratamiento. Algunas veces, los pacientes tienen expectativas irrealistas sobre la terapia. Si se plantean al inicio los resultados que se esperan de la terapia y se definen en términos conductuales concretos, los pacientes sabrán cuál es la finalidad de la terapia, y a través de la comprensión del modelo cognitivo de la misma tendrán una idea de cómo

pueden conseguir dichos objetivos. En resumidas cuentas, tal y como hemos dicho al inicio de este capítulo, los pacientes sabrán adónde se dirigen y cómo pueden conseguir llegar a dichos objetivos.

Si la terapia se mantiene centrada en conseguir una serie de resultados esperados, los pacientes se sentirán más esperanzados acerca de la posibilidad de cambio. Muchas personas con abuso de sustancias han realizado numerosos intentos, fracasados, para dejarlo por sí mismas y se sienten indefensas ante la posibilidad de abandonar su hábito. Las metas claras se concretan en las posibilidades de cambio. Por ejemplo, «Jake» empezó el tratamiento y, en la primera sesión de terapia, dijo que no podía imaginarse a sí mismo al margen de la cocaína, incluso cuando acababa de terminar un programa de desintoxicación y no había utilizado cocaína durante varias semanas. Era una tarea difícil (aunque no imposible) hacer que este paciente se centrara en la posibilidad de cambio e intentara imaginarse a sí mismo libre del uso de cocaína y afrontando muchas de las otras preocupaciones que había manifestado en la terapia —deudas excesivas y problemas de discordia familiares.

Establecer metas también evita cambiar de tema en las sesiones de terapia. Muchos pacientes con abuso de sustancias llegan a la terapia sólo después de haber ido acumulando muchos problemas como la pérdida de trabajo, problemas matrimoniales, mala salud, depresión y ansiedad. Con todas estas preocupaciones es fácil que se pase de un tema a otro durante la sesión. Saber específicamente 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. El terapeuta y el paciente se pueden centrar en uno o dos de los problemas más inmediatos y apremiantes, y atender a todos los demás aspectos que se deberán tratar a medida que la terapia avanza.

Las metas específicas tienden a actuar como anclas y, por tanto, hacen que el terapeuta se dé cuenta claramente de que tiene que virar hacia una nueva dirección. Por ejemplo, consideremos el caso de un paciente que inició tratamiento para que le ayudáramos con su ansiedad causada por la abstinencia de cocaína. No había consumido cocaína durante un año, pero en las semanas anteriores había notado que se ponía más y más ansioso acerca de la posibilidad de consumir de nuevo. El objetivo inicial en la terapia era ayudar al paciente a desarrollar formas mejores de afrontar su ansiedad relacionada con algunos de los impulsos y *craving* que estaban reapareciendo. Aunque éste era el objetivo primordial de la terapia, se hizo evidente después de varias semanas (cuando el paciente estaba menos ansioso sobre la posibilidad de recaída) que también experimentaba problemas matrimoniales graves. Reveló que su mujer también estaba

abusando de las píldoras de adelgazar y del alcohol y que esto motivaba muchas peleas entre ellos. Sabiendo cuál era el objetivo inicial de la terapia, que era ayudarle a manejar la ansiedad sobre una posible recaída, el terapeuta y el paciente se dieron cuenta de que si se centraban en los problemas conyugales habría un cambio en la planificación original del tratamiento. Hubiera sido muy sencillo virar automáticamente para empezar a trabajar en los problemas matrimoniales a *costa* de tratar los problemas acerca de manejar la ansiedad y el *craving* de drogas. Por contra, el paciente y el terapeuta pusieron ambos temas en la agenda del terapeuta, dispusieron una determinada porción de tiempo para cada uno y decidieron que las futuras sesiones explorarían la *conexión causal* entre sus *craving* renovados de consumir y el abuso de sustancias de su mujer.

Si los dos, terapeuta y paciente, establecen las metas, ayudarán a reforzar la alianza terapéutica y el espíritu de colaboración entre ambos, lo que hace que el paciente considere que participa activamente en su tratamiento. Esto es especialmente importante para las personas que abusan de las drogas, que suelen ver sus vidas desordenadas, que sienten que pierden el control y que están a merced de su dependencia. Por ejemplo, un cocainómano joven y adicto expuso lo siguiente, tras establecer las metas en una sesión: por primera vez y después de haber intentado dejar la cocaína por sí mismo, sentía que controlaba su vida y tenía claro qué esperaba de la terapia —aprender técnicas para afrontar sus *craving* y maneras más adecuadas de buscar un trabajo—. Se sentía como si formara parte del proceso terapéutico y que la terapia no era algo que le «daban hecho».

Una parte importante de la estructura de la sesión de terapia cognitiva es definir resultados terapéuticos positivos en términos concretos. El establecimiento de metas, conjuntamente con otros elementos de la estructura de la sesión de terapia, como establecer una agenda, evita caer en la trampa tan usual, que convierte a las sesiones en una serie de intervenciones para frenar las crisis. Así, tanto el paciente como el terapeuta establecen un sentido a largo plazo de las metas de la terapia conjuntamente con las metas a corto plazo de la sesión en que se encuentran.

Comprender las metas de la terapia también es importante para *evaluar los avances terapéuticos y los resultados de los mismos*. Es frecuente que los pacientes se sientan desanimados durante el tratamiento por falta de progresos o retrocesos, como las recaídas en la utilización de las drogas. Esto, a su vez, suele estimular el pensamiento dicotómico, blanco o negro, sobre la terapia: «La terapia no está funcionando en absoluto». Volviendo a los objetivos iniciales del tratamiento y revisando el progreso que el paciente ha hecho durante este período, el terapeuta puede contrarrestar parte de la desesperanza del paciente acerca del tratamiento.

Por ejemplo, un paciente y su terapeuta habían acordado los siguientes objetivos al principio del tratamiento: abstenerse de la cocaína y del alcohol, tener más confianza en las situaciones sociales y obtener y mantener un trabajo de forma estable. A lo largo de un período de seis meses, el paciente fue capaz de abstenerse de tomar cocaína y alcohol. Sin embargo, no consiguió ningún tipo de trabajo. Esto fue muy descorazonador para el paciente, que empezó a manifestar pensamientos automáticos negativos sobre la terapia. Entonces, el terapeuta le indicó que, aunque no había encontrado empleo, el paciente se sentía mucho mejor y más orgulloso, ya que había logrado apartarse de las drogas y el alcohol. Por tanto, se había conseguido uno de los objetivos importantes del tratamiento. Además, el terapeuta preguntó al paciente acerca de la especificidad del objetivo inicial de conseguir trabajo. Para poder alcanzar dicho objetivo, el terapeuta y el paciente habían acordado un objetivo a corto plazo, que consistía en mejorar las habilidades para encontrar trabajo, o sea la forma de comportarse en una entrevista de trabajo, dónde buscar un trabajo y cómo preparar un *curriculum vitae*. De hecho, el paciente había progresado en estas áreas. Después de este planteamiento, el paciente fue capaz de ver el progreso que había hecho y desafiar su pensamiento sesgado negativamente acerca del «fracaso» en la terapia sobre no ser capaz de encontrar trabajo. El paciente se sintió un poco más esperanzado acerca de la terapia y más motivado a continuar el tratamiento.

Para ilustrar un caso opuesto al anterior, un paciente que estaba desanimado porque no había podido dejar de fumar y beber completamente se alegró algo al darse cuenta de que algunas de sus metas generales de la terapia se habían conseguido, como ser capaz de resistir el impulso para abordar posteriormente su adicción con el alcohol y la nicotina. Esto llevó al paciente a un punto importante; es decir, que los objetivos de la terapia *no* consisten simplemente en abandonar la utilización problemática de la droga. Los criterios de éxito de la terapia deben valorarse a lo largo de una serie de aspectos o preocupaciones importantes de la vida, desde las relaciones con los familiares al funcionamiento social y a la producción en el trabajo, por sólo nombrar unos pocos (Covi y otros, 1990; McLellan y otros, 1992).

Hay muchos aspectos que se pueden resaltar y debatir en una sesión concreta de terapia. El terapeuta y el paciente pueden sacar el máximo partido de la terapia cuando existen metas claras y concretas, y pueden abordar los problemas de forma organizada y sistemática.

Reglas generales para establecer las metas

Los terapeutas deberían colaborar con sus pacientes para establecer las metas del tratamiento. Cuando los pacientes llegan al tratamiento suelen mostrarse frecuentemente contradictorios acerca de la abstinencia de las drogas y el alcohol (Carroll, Rounsaville y Keller, 1991; Havassy y otros, 1991; Miller y Rollnick, 1991). No es aconsejable que los terapeutas anuncien simplemente a sus pacientes que se deben esforzar para mantener su abstinencia como condición para seguir en el tratamiento. Por contra, es importante que el terapeuta explore conjuntamente con el paciente los beneficios que supondría tener abstinencia total de las drogas como la cocaína. Actuar de manera que el paciente colabore ayudará a que éste sienta que es una parte verdaderamente importante de su proceso de cambio.

Al establecer las metas, los terapeutas intentan señalar la relación entre la abstinencia y la solución de problemas. Por ejemplo, comentar con los pacientes cómo contribuiría estar al margen de las drogas para mantener un trabajo, tener mejores relaciones y más dinero para otras cosas como ropa, vacaciones y un coche. Sin embargo, se debe explicar que mientras que la abstinencia incrementa las oportunidades para llegar a obtener el resultado deseado, no lo *garantiza*. A modo de ejemplo, la señora F. presentó como su objetivo principal dejar de tomar *crack*. Entonces el terapeuta le preguntó cuáles creía que iban a ser las ventajas de no tomar *crack*. F. expuso que si no tomaba *crack* podría ahorrar dinero, sería capaz de pagar sus facturas, y que también tendría ganas de ir al trabajo cada día. Entonces el terapeuta resumió: «Tu objetivo principal es estar libre de la droga y los otros objetivos serán ahorrar dinero, ser capaz de pagar las facturas y mantener el trabajo. Es importante señalar que la abstinencia, por sí sola, no asegurará conseguir dichos objetivos. Te *ayudará* a estar en mejor predisposición para conseguir lo que quieres en estas áreas de tu vida. Puede que trabajemos en estas habilidades también».

Las metas se exponen mejor cuando se concretan en términos específicos. Frecuentemente, al inicio de la terapia, los pacientes presentan metas vagas y no específicas de tratamiento: «Me gustaría ordenar mi vida», «Me gustaría ser el que era antes» o «Me gustaría que desapareciera esta ansiedad». Los terapeutas ayudan a que sus pacientes definan sus metas de tratamiento en términos conductuales más específicos, como encontrar un trabajo; alejarse de las personas, lugares y cosas asociadas con el consumo de drogas; ser capaz de salir y divertirse sin necesidad de tomar drogas; o restablecer una relación rota. Por ejemplo, el señor R., de 42 años de edad y adicto a la cocaína, expuso que quería «parar el derrumbamiento de su mundo». Para poder concretar sus metas, el terapeuta le preguntó qué le gustaría que fuera diferente al final

del tratamiento. El señor R. presentó entonces una serie de objetivos más concretos: «Ante todo, me gustaría tener la oportunidad de ver a mis hijos más frecuentemente. Estoy separado de mi mujer en estos momentos y ella no me permite ver a los niños. Me gustaría dejar de tomar cocaína. También me gustaría volver a pertenecer al mundo de la Iglesia, ya que antes estaba muy involucrado en ella. Me gustaría tener un trabajo estable. Estoy cansado de hacer chapuzas. Quiero más emoción en mi vida. Estoy aburrido la mayor parte del tiempo, excepto cuando tomo drogas». El terapeuta facilitó este proceso preguntándole periódicamente: «¿Qué más te gustaría hacer de diferente?». Como resultado, los objetivos del señor R. fueron plasmados desde frases vagas como «evitar que se derrumbe mi mundo» a acontecimientos más concretos, conductuales y medibles. El terapeuta resumió los objetivos del señor R. de la siguiente forma:

1. Ver a los niños más frecuentemente.
2. Dejar de tomar cocaína.
3. Implicarse en la Iglesia.
4. Tener un trabajo estable.
5. Tener más emociones, pero al margen de las drogas.

Una vez que las metas de los pacientes se han podido concretar, el terapeuta puede empezar a pensar en las operaciones necesarias para conseguirlas, y los criterios mediante los cuales cabrá valorar los resultados del tratamiento. Un ejemplo de los logros del señor R. fue conseguir un trabajo permanente en una compañía de construcción. Otro objetivo se consiguió cuando, después de conseguir el empleo, su mujer le permitió ver a sus hijos cada fin de semana. Más adelante, mediante los análisis de orina, el terapeuta fue capaz de comprobar que el paciente no utilizaba cocaína. Finalmente, el terapeuta y el paciente trabajaron conjuntamente para desarrollar nuevas fuentes de refuerzo positivo que no fueran las drogas, como los *hobbies* y actividades de ocio físicas (Stitzer, Graboski y Henningfield, 1984).

Si se tienen en mente estas metas específicas, se evitará que el terapeuta y el paciente se desvíen en cada sesión de terapia. Además, si estos objetivos se escriben al principio del tratamiento, se convierten en un fuerte incentivo para el señor R., ya que le permitirán comparar cuál es su situación al inicio del tratamiento con su funcionamiento en los últimos estadios del mismo y, por consiguiente, reconocer su progreso en la terapia.

Al establecer las metas, es importante recordar lo siguiente:

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

Metas estándar del tratamiento

Dos metas estándar del tratamiento son: a) reducir la dependencia de la droga, con la correspondiente necesidad de ayudar al paciente a desarrollar técnicas de afrontamiento de los impulsos y los *craving* de consumir, y b) ayudar a los pacientes a aprender métodos más adaptativos para afrontar los problemas de sus vidas.

Cuando los pacientes con abuso de sustancias llegan a terapia, frecuentemente muestran contradicciones acerca de su deseo de dejar de tomar drogas. Un objetivo importante del inicio de la terapia es incrementar su motivación para reducir su dependencia de las drogas. En la primera fase del tratamiento, es imperativo facilitar la comprensión del paciente de las diversas ventajas y desventajas de utilizar o no utilizar drogas y alcohol. La siguiente transcripción que presentamos es una conversación que mantuvieron el terapeuta y el paciente acerca de las ventajas y desventajas de tomar cocaína.

TE: Una de las cosas que dijimos que analizaríamos es las ventajas y desventajas de utilizar drogas. ¿Cuáles son algunas de las ventajas de tomar drogas? ¿Qué hay de bueno en usarlas?

PT: No son buenas. No son buenas pero me hacen sentir muy bien.

TE: De acuerdo, te hacen sentir bien.

PT: Sí, esto es una ventaja. Me hacen sentir bien durante un rato.

TE: Dime otra ventaja.

PT: Veo que todo el mundo las consume, así que yo también quiero hacerlo.

TE: Es decir, ¿me estás diciendo que te integran?

PT: Sí, hacen que me integre en la multitud. Cuando veo que alguien más lo hace, es como si quisiera formar parte de la muchedumbre. Gente con la que hablar cuando lo estoy haciendo. Parece como si tuviera amigos, aunque realmente no lo son, ya sabes.

TE: Bien, así que tienes más amigos, aunque realmente no son amigos. Quizá podrías considerar esto como un *inconveniente* de utilizar la droga. ¿Qué opinas?

PT: Sí. Te da la impresión de que tienes más pero realmente no tienes más amigos.

TE: Bien. Centrémonos ahora en las ventajas de *no* tomar drogas. ¿Por qué es bueno no

tomarlas?

PT: Ahorras dinero.

TE: «Tú ahorras dinero» (*el terapeuta lo anota*).

PT: Puedes pensar con claridad. Tu cerebro no está revuelto. Puedes pensar con claridad.

Puedes funcionar y trabajar mejor.

TE: Algunas personas dicen que pueden trabajar mejor cuando toman cocaína. ¿Qué piensas de ello?

PT: Yo no puedo. Es como si sólo quisiera tomarme el día libre. No tengo ganas de trabajar.

TE: Por tanto, ¿otra ventaja de no tomar drogas es que tienes ganas de trabajar?

PT: Sí, puedo ir al trabajo. Puedo trabajar. Puedo pagar a tiempo mis facturas. Sí, porque cuando tomo drogas no me presento en el trabajo. No tienes la motivación de hacer nada más que fumar.

TE: Así, una de las ventajas de no tomar drogas es que puedes ahorrar dinero, pensar más claramente, tener ganas de trabajar y pagar tus recibos a tiempo.

PT: Sí, y me siento mejor conmigo mismo.

TE: ¿Me estás diciendo que a veces cuando no tomas coca te sientes mejor contigo mismo? En otras palabras, ¿te sientes orgulloso de ti mismo cuando no la tomas? ¿Es eso correcto?

PT: Sí, ése es el sentimiento del que estoy hablando. Sí, y cuando consumo, más adelante, me siento deprimido y culpable de haberlo hecho.

TE: Bien, sí. Eso es algo que podemos estudiar. Algo que podemos poner bajo la categoría de desventajas de utilizar y... podríamos decir que después de tomar cocaína —¿cómo dijiste...?— ¿te sientes mal contigo mismo?

PT: Sí. Te sientes realmente mal contigo mismo por volver a tomar. Entonces es como si te subieras a una noria de nuevo. Sólo quieres seguir tomando una vez has empezado.

TE: Ahora, ¿puedes pensar en otras ventajas de no usar drogas? ¿Alguna buena razón para no hacerlo?

PT: Mis hijos, mi familia, tendría más tiempo para ellos.

TE: Bien, vayamos por otro lado. Veamos las desventajas de no consumir droga. En otras palabras, ahora no estás consumiendo. ¿Hay algún problema cuando no estás consumiendo coca? ¿Qué problema tienes por no usarla?

PT: ¿Por qué no la estoy tomando ahora?

TE: Si no la estás consumiendo, ¿hay algún pensamiento que te pase por la cabeza?

PT: Una pequeña voz que me dice: «Adelante, una vez más no te hará daño» [una

creencia permisiva].

TE: ¿Una vez más no te hará daño?

PT: Sí, lo podré soportar. Una vez no te hace daño.

TE: Sí, ¿este pensamiento te pasa por la cabeza a menudo?

PT: Sí, a veces el pensamiento aparece: «Sí, adelante, toma droga. No te hará daño».

TE: Así que, ¿cuál es el precio que pagas por no consumir droga?

PT: Lo único que se me ocurre es la voz diciendo: «Bien, puedes probarlo». Esto te impulsa a consumir.

TE: Así, ¿me estás diciendo que la desventaja cuando no estás consumiendo es que a veces estás preocupado por estos pensamientos que te impelen a consumir?

PT: Sí, «adelante, consume, sólo una vez».

TE: Bien, ahora te entiendo.

PT: Dice: «Adelante, es bueno tomarla». Me hace sentir mal y empiezo a tener de nuevo el impulso.

TE: Así, en otras palabras, cuando no estás tomando coca, el pensamiento te hace sentir a disgusto y empiezas a tener el impulso de nuevo. El precio que pagas por no consumir es tener estos impulsos, y éstos, ciertamente, son un fastidio. Ahora, ¿cuáles son las desventajas de tomar droga?

PT: ¿De tomar? Gasto mi dinero. Es algo que no quiero hacer. Y entonces digo: «Bien, ya lo has hecho. No importa por tanto que continúes» [creencia permisiva; efecto de la violación de la abstinencia].

TE: Así que, ¿la desventaja consiste en que una vez que has empezado a consumir te das permiso a ti mismo para seguir tomando y después te sientes mal contigo mismo?

PT: Correcto. Me doy permiso a mí mismo para seguir tomando y me siento deprimido y culpable posteriormente. Me siento mal. Y entonces utilizo todo el dinero. Es horrible la cantidad de dinero que uso. Y también he tenido problemas legales por tomarla. Esto sí que realmente es una desventaja. Además, mi vida es una mentira. Acabé mintiendo a algunos de mis mejores amigos.

TE: Bien, estas cosas que hemos estado contemplando —las ventajas de tomar, las ventajas de no tomar, las desventajas de consumir y las desventajas de no consumir— son algunos aspectos que deberíamos revisar en la terapia una y otra vez. Primero escribámoslas en unas tarjetas que tú llevarás encima y que te servirán de recuerdo.

En este ejemplo se puede ver que al revisar las ventajas de tomar y de no tomar cocaína, el terapeuta ha dilucidado algunas metas importantes del tratamiento. Por

ejemplo, bajo la categoría de «ventajas de no consumir» se pueden obtener algunas metas concretas y positivas: tener más dinero, ser capaz de pensar más claramente, ser capaz de pagar las facturas, y otras. Sin embargo, hay otro conjunto de metas (es decir menos obvias) que resaltan como resultado de discutir las «ventajas de tomar»: es decir, el paciente ve la cocaína como si le hiciera sentirse bien, como si lo integrara con la gente y le hiciera tener más amigos. A partir de estas frases se pueden derivar una serie de metas, si el terapeuta dice: «Si podemos conseguir que te sientas mejor, para que te puedas integrar con la gente, y ser capaz de tener amigos, eso sí, *sin* que tengas que tomar cocaína, ¿crees que éstas podrían ser metas importantes para que tratáramos de conseguirlas en la terapia?». Si se utiliza esta estrategia, el terapeuta se centra en los aspectos positivos de abstenerse de tomar cocaína y presenta las metas de forma positiva, empatizando también con el *craving* del paciente por la droga. Esto es importante ya que algunos pacientes contemplan la abstinencia de las drogas como una forma de privación en el sentido de que es algo que se les quita (Jennings, 1991). El terapeuta, mediante la colaboración, ayuda al paciente a reenfocar el objetivo de una forma más positiva. Por tanto, el paciente puede trabajar para conseguir los aspectos positivos percibidos de consumir cocaína pero sin incurrir en las desventajas implicadas en el consumo real de la misma.

Tal y como hemos mencionado antes, los dos objetivos estándar a largo plazo del tratamiento son la reducción de la dependencia de la cocaína y el aprendizaje de métodos más adaptativos de afrontamiento de los problemas reales. En relación con este último aspecto, las personas con abuso de sustancias tienden a tener peores habilidades de resolución de problemas, a culpar a los otros por sus problemas, a ser impulsivos en la toma de decisiones, a cavilar en exceso acerca de sus problemas sin realmente dar los pasos necesarios de manera activa para solucionarlos, y a evitar o a alejarse en vez de pensar acerca de sus problemas y acabar generando soluciones prácticas para los mismos.

Esta tendencia a alejarse y a evitar los problemas frecuentemente se consigue mediante la utilización de las drogas. Por ejemplo, una vez un paciente culpaba a la sociedad de su situación actual —estaba desempleado y en libertad condicional—. Decía que dada su situación, cualquier persona tomaría cocaína. Por ejemplo, incluso cuando había sido capaz de dejar la cocaína durante un tiempo, impulsivamente, decidió que podría ganar un dinero extra «preparando cocaína». También tendía a dar muchas vueltas acerca de sus problemas y a perder gran cantidad de tiempo fantaseando acerca de cómo salir de su deprimente situación, sin empleo y viviendo con sus padres. Sin

embargo, cuando el terapeuta le cuestionó al respecto, el paciente fue capaz de ver que no estaba dando los pasos necesarios, activamente, para solucionar sus problemas. Además, tendía a alejarse de los demás y de sus problemas, ya fuese soñando despierto o mediante la utilización del alcohol o la cocaína.

El terapeuta fue capaz de ayudar a este paciente con sus estrategias de resolución de problemas, animándole a definirlos de forma clara y con términos específicos; por ejemplo, no fue capaz de encontrar un trabajo porque no lo buscaba activamente y, además, el paciente tenía pocas habilidades para realizar esa gestión. El terapeuta también ayudó al paciente a identificar errores en su forma de pensar que interferían con la búsqueda de soluciones. Por ejemplo, el paciente suponía que como se encontraba en libertad condicional, nadie lo contrataría. En realidad, existen compañías que contratan personas que están en libertad condicional y muchos en esta situación son capaces de encontrar empleos, a pesar de su expediente delictivo. Además, este paciente valoraba su autonomía y, por tanto, tenía muchas dificultades en dejarse ayudar por los otros. Creía que era un signo de debilidad hacerlo, cuando realmente lo mejor que hubiera podido hacer era sacar el máximo provecho de los sistemas de apoyo social en su área, como la asistencia pública, los vales de comida, los grupos de ayuda y la terapia.

Tratar las contradicciones del paciente directamente

Tal y como hemos apuntado anteriormente, muchos pacientes se muestran indecisos entre estar en terapia y abandonar el uso de las drogas. Esta mezcla de sentimientos y actitudes se debe considerar como parte del proceso inicial de establecer metas terapéuticas, tal y como se ilustra en el siguiente diálogo:

TE: Una de las cosas que dijimos que debíamos hacer hoy es continuar trabajando en las metas. Me gustaría empezar por eso.

PT: Sí, creo que sí.

TE: En la última sesión parecías un poco indeciso acerca de abandonar del todo la cocaína.

PT: Sí. Todavía no estoy seguro. A veces me parece una buena idea pero entonces tengo ganas y me siento seguro de que puedo tomar de nuevo. ¿Entiendes lo que quiero decir? Es como una especie de control de la droga que consuma, como cuando empecé.

TE: Así que a veces piensas que quieres abstenerte del todo y otras veces sientes que

eres capaz de consumir pero controlándolo.

PT: Sí.

TE: Bien, ¿qué crees que pasaría si intentaras parar del todo?

PT: No estoy seguro... sería duro... lo perdería.

TE: Sería duro y sentirías una pérdida... (*el paciente asiente*)... sería el lado malo, pero ¿qué me dices del lado positivo? ¿Hay alguna ventaja de dejar de tomar del todo?

PT: Creo que me sentiría mejor conmigo mismo.

TE: Así que te sentirías mejor contigo mismo. ¿Cómo es eso?

PT: Me siento terriblemente mal cuando pienso en lo bajo que caí el año pasado. Lo intenté dejar varias veces... y cada vez caí de nuevo... puede que si pudiera parar de tomar drogas, me podría sentir bien conmigo mismo, tal y como me sentía antes.

TE: Esto sería realmente una ventaja. Acuérdate de que en la última sesión, hablamos acerca de algunas ventajas específicas de no consumir droga. Éste podría ser un buen momento para echar otro vistazo a la lista y también para hablar de lo duro que es dejar la cocaína y de que dejes de contar con ella. ¿Te parece bien?

PT: Sí.

Frecuentemente los pacientes se sienten saturados, debido a los errores de su pensamiento; exageran sus dificultades y minimizan las posibilidades de realizar acciones correctivas. Esto, a su vez, les lleva a creer que no hay soluciones y que el consumo de droga les proporciona su único respiro. Como respuesta, el terapeuta puede ayudar al paciente 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. Ilustraremos con el siguiente caso este proceso de buscar una alternativa para poder combatir la desesperanza del paciente:

TE: Hablemos de este problema que tienes con tu novia. Dices que te llama cuando se encuentra colocada.

PT: No necesito hablar de ello... no hay nada que yo pueda hacer al respecto... es la madre de mi hijo.

TE: Así que no hay nada que se pueda hacer... suena como si te sintieras realmente desesperanzado.

PT: Tienes razón.

TE: ¿Puedes explicarme más cosas acerca de lo que pasa?... Anotaré brevemente

algunos de los detalles de este problema.

PT: Ella sale y corre a buscar *crack*. Entonces, cuando se hunde, me llama... está llorando... quejándose... quiere que vuelva y eso es lo que suelo hacer, ya sabes...

TE: ¿Se coloca, te llama, llorando y quejándose, te pregunta si quieres volver y eso es lo que haces?

PT: Sí.

TE: ¿Cómo acabas sintiéndote?

PT: Como en el infierno... Me enfado con ella... No puedo soportar verla de esa forma... lo siento por ella, una especie de tristeza.

TE: ¿Qué pensamientos pasan por tu cabeza?

PT: Ya estamos de nuevo... Estoy cansado de esto... ella ha mentido de nuevo [la novia le dijo al paciente varias veces que dejaría de tomar drogas y que buscaría ayuda]... cuando me enfado de veras sólo quiero salir y empezar a beber... colocarme y pensar acerca de la coca... a veces lo hago de esa forma, ya sabes, sólo para relajarme.

TE: Así que te llama, te enfadas, te sientes triste, vas a su casa, quieres colocarte para soportar la ira y el cansancio. ¿Es así?

PT: Eso es exactamente.

TE: Me dijiste antes que no hay nada que puedas hacer con respecto a eso. ¿Qué te *gustaría* ver que pasa?

PT: Ver que ella para de llamarme cuando está colocada o se hunde.

TE: Pensemos acerca de eso durante unos minutos. Si ella te llama, y a menos que tú no contestes al teléfono, no está bajo tu control. Estaba preguntándome... ¿hay alguna cosa que todavía esté bajo tu control?

PT: No tengo por qué hablar con ella... No tengo por qué ir.

TE: Es verdad. Pero ¿qué significaría si no hablastes con ella y tampoco fueras?

PT: Es la madre de mi hijo... significaría que no la estoy ayudando.

TE: ¿Así que crees, en este punto, que hablando con ella y acudiendo la estás ayudando? ¿Es eso verdad?

PT: Realmente no. Sigo haciendo las mismas cosas una y otra vez... ella todavía no ha dejado de hacerlo y no ha intentado buscar ayuda.

TE: Así que una forma alternativa de contemplar eso es que sería mejor si evitaras cualquier contacto con ella cuando está tomando drogas. Tú crees que la estás ayudando hablando con ella y yendo a su casa. Pero cuando vuelves la vista atrás te das cuenta de que realmente no la estás ayudando y que, además, corres peligro de volver a tomar cocaína para poder controlar tu ira.

PT: Es cierto.

TE: ¿Crees que una posible solución sería no hablar con ella o no ir a su casa?

PT: Sí.

TE: Creo que cuando ella llama se activa este pensamiento incorrecto en ti, se dispara y te comportas como si fuera verdad.

PT: Eso es cierto. Sólo después veo que realmente no la estoy ayudando y ocurre lo mismo una y otra vez.

TE: Creo que esto nos permite tener algo en lo que trabajar para solucionar tu problema. Lo primero que haremos será ayudarte a tratar esa llamada y lo segundo es explorar *otras* maneras posibles de ayudarla.

Resumen

En este capítulo hemos examinado algunas razones de por qué es importante establecer las metas de la terapia: a) para fomentar un sentido de dirección; b) para ayudar a los pacientes a sentirse más esperanzados; c) para evitar los desvíos o cambios de tema en la terapia; d) para reforzar la colaboración, y e) para evaluar el avance y los resultados terapéuticos. También hemos expuesto las siguientes reglas generales para establecer las metas: a) colaborar; b) resaltar la relación entre la abstinencia y la resolución de problemas en términos positivos, y c) establecer metas en términos concretos y positivos. Se han estudiado con detalle dos objetivos estándar del tratamiento: reducir la dependencia de la droga y aprender mejores habilidades de solución de problemas; además, se han expuesto métodos para tratar las contradicciones y la negatividad del paciente acerca de buscar ayuda.

CAPÍTULO 9

TÉCNICAS DE TERAPIA COGNITIVA

Para obtener resultados óptimos, la mejor forma de tratar los círculos viciosos asociados con el abuso de sustancias es mediante una combinación de técnicas cognitivas y conductuales. 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. Las técnicas conductuales ayudan al paciente a probar lo acertadas que son las creencias relacionadas con las drogas que disparan y perpetúan el uso de las mismas, y se utilizan también para enseñar a los pacientes habilidades (p. ej., asertividad y relajación) que les permitan tratar con situaciones de alto riesgo, impulsos y *craving* de consumir. En este capítulo describimos algunas de las técnicas más comunes y más ampliamente usadas en terapia cognitiva. Aunque algunas de estas técnicas han sido adaptadas para el uso específico con el abuso de sustancias, la mayoría son aplicables a pacientes que comprenden todo el espectro diagnóstico.

Principios básicos

LA RELACIÓN TERAPÉUTICA

La eficacia de las técnicas cognitivas y conductuales depende, en gran medida, de la relación entre el terapeuta y el paciente. Beck y otros (1979) explicaron que dicha relación requiere que el terapeuta se muestre cálido, empático y sincero. Sin estos aspectos la terapia se convierte en una mera «orientación propagandística».

LA CONCEPTUALIZACIÓN COGNITIVA DEL CASO

Para un tratamiento efectivo se requiere una conceptualización cognitiva amplia y precisa. La conceptualización del caso (capítulo 5) se ha definido como recoger, sintetizar e integrar los datos relativos al paciente, de forma que se generen hipótesis

refutables acerca de la etiología y tratamiento de las creencias desadaptativas de varios pacientes y de otros síntomas que puedan ser formuladas y comprobadas. Estos datos incluyen información demográfica, presentación del problema, diagnóstico del DSM-III, perfil evolutivo y perfil cognitivo del paciente. Sin una conceptualización del caso adecuada, la elección de técnicas específicas puede ser arbitraria e incluso inapropiada para un paciente determinado. Por ejemplo, esto se puede ilustrar en el caso de un paciente que utiliza cocaína de manera ostensible para poder tener más «energía» y así poder trabajar más horas en la oficina. Un paciente de este tipo *no* sería receptivo a la aplicación ciega por parte del terapeuta de las técnicas de relajación.

EL MÉTODO SOCRÁTICO

En la terapia cognitiva se consigue una mejor interacción entre el paciente y el terapeuta si se utiliza frecuentemente el método socrático (es decir, el descubrimiento guiado). Mediante el método socrático, los pacientes son guiados a través de un proceso de descubrimiento de sus patrones de pensamiento y acción distorsionados. A pesar de que la terapia cognitiva comprende aprender nuevas creencias y conductas, éstas no se pueden enseñar mediante lecciones o sermoneando. Por el contrario, la terapia cognitiva utiliza preguntas para probar algo, reflexiones, resúmenes e hipótesis para poder elicitar, examinar y refutar las creencias básicas y los pensamientos automáticos de los pacientes.

Overholser (1987) proporcionó una descripción excelente del método socrático. Explicó que «el método socrático de intervención anima al cliente a contemplar, evaluar y sintetizar diversas fuentes de información...» (pág. 258). Este proceso, cuando se realiza adecuadamente, debería reducir «la angustia subjetiva» y «la sintomatología aguda». Overholser explicó además que el método de cuestionamiento socrático proporciona *insight* y toma de decisiones racional haciendo que el paciente esté atento a la información importante. Lo más relevante es que este proceso configura el pensamiento mediante un cuestionamiento activo y la reflexión selectiva. El objetivo del método socrático es, para el paciente, aprender a pensar de forma independiente (es decir, autónomamente) y de forma racional.

ASIGNACIÓN DE ACTIVIDADES ENTRE SESIONES

En gran medida, el éxito en la terapia se ve facilitado por la realización de actividades entre sesiones formales (asignadas) e informales (espontáneas) externas a la terapia (Burns y Auerbach, 1992; Persons y otros, 1988). La asignación de actividades entre

sesiones formales comprende la práctica de técnicas cognitivas y conductuales entre las sesiones, donde el cambio es lo más importante. Para estar del todo seguros de las actividades entre sesiones, las asignaciones de las mismas se deberían realizar conjuntamente, siempre que sea posible, entre el terapeuta y el paciente. Además, el terapeuta debería chequear si el paciente comprende la especificidad de la asignación y sus razones, practicándolas antes, en la sesión. El terapeuta y el paciente pueden unir sus esfuerzos para anticipar las posibles barreras con las que se encontrará el paciente para completar sus actividades entre sesiones y se pueden hacer planes alternativos para el caso de que dichas actividades entre sesiones no se puedan realizar (p. ej., el paciente es instruido para enumerar los pensamientos automáticos que inhibió al afrontar los aspectos inherentes a la tarea asignada). La realización de la tarea será reforzada más adelante si el terapeuta chequea regularmente el estatus de las tareas asignadas previamente a dicha sesión.

Técnicas cognitivas

ANÁLISIS DE LAS VENTAJAS Y DESVENTAJAS

La persona que utiliza drogas suele mantener creencias que minimizan las desventajas y maximizan las ventajas de tomar dichas sustancias. Por eso, el análisis de las ventajas y desventajas (V-D) es una técnica de terapia cognitiva extremadamente útil. En el análisis V-D, se controlaba al paciente a través de un proceso de enumeración y reevaluación de las ventajas y desventajas de tomar drogas. Se suele dibujar una matriz de cuatro celdas para los pacientes y se les insta a que llenen cada celda con las consecuencias escritas de tomar *versus* no tomar drogas.

Proporcionaremos aquí una ilustración del análisis V-D. «Jill» es una mujer de 34 años de edad, en terapia debido a su adicción a la cocaína. Como ha tenido un período de abstinencia largo de cocaína, ha expresado su interés en dejar de fumar. Jill explicó que no sabía si «realmente» quería dejarlo. El terapeuta sometió a la paciente a un análisis de V-D tal y como sigue (la matriz que completó aparece en la figura 9.1):

TE: Dices que no estás segura de si realmente quieres dejarlo.

PT: Sí, correcto.

TE: Bien, analicemos las posibles ventajas y desventajas de dejar de fumar. Te dibujaré una ventana como ésta (*dibuja la matriz*), de forma que podamos darnos cuenta de tus

pensamientos.

PT: Vale.

TE: En el eje vertical escribiremos las «ventajas» aquí y las «desventajas» aquí. En el eje horizontal escribiremos «dejarlo» *versus* «no dejarlo».

PT: Bien.

TE: Ahora, ¿cuáles son las ventajas de dejarlo?

PT: Respiraré mejor.

TE: ¿Qué más?

PT: Oleré mejor.

TE: ¿Qué más?

PT: Viviré más años.

TE: ¿Qué más?

PT: ¿No son éstas razones *suficientes* para dejarlo?

TE: Deberían serlo, pero intentemos agotar todas las posibilidades de cada celda de la matriz antes de dejarlo.

PT: Bien, entonces apunta el dinero.

TE: Te ahorrarás dinero. ¿Alguna más?

PT: No puedo pensar en ninguna más.

TE: Bien, ¿que hay de las ventajas de fumar?

PT: Ahora mismo no puedo pensar en ninguna.

TE: Debes ver alguna ventaja en el hecho de fumar, ya que sino no estarías fumando.

PT: Sí, creo que puedo. Fumar parece que me alivie de mi estrés... a veces.

TE: ¿Qué más?

[Esta charla continuó hasta que todas las celdas de V-D estuvieron llenas.]

	Dejar de fumar	No dejarlo
Ventajas	• Respirar mejor • Oler mejor • Vivir más • Ahorrar dinero	• Continuar con el alivio del estrés • Evitar la abstinencia • Menos molesto
Desventajas	• Síntomas de abstinencia • Incapaz de	• La autoestima, al final, sufrirá por no tener control • Probablemente moriré por fumar

manejar el estrés • Abandonar a un «amigo»	• Probablemente moriré por fumar • Seguiré teniendo este hábito sucio, desagradable y repugnante

Figura 9.1. Análisis de ventajas y desventajas.

Cuando el análisis V-D tiene éxito, el paciente consigue tener una visión más precisa, objetiva y equilibrada del consumo de la sustancia que la que tenía previamente. Tal y como dijimos antes, aquellos que abusan de las drogas tratan de alguna forma de minimizar sus problemas relacionados con las mismas y maximizar (es decir, hacer románticos) los beneficios asociados a tomarlas.

IDENTIFICAR Y MODIFICAR LAS CREENCIAS ASOCIADAS CON LA DROGA

En capítulos anteriores hemos presentado el modelo de terapia cognitiva del abuso de sustancias. Hemos explicado que el paciente que abusa de las mismas tiene más probabilidad de tener esas creencias asociadas a las drogas, como:

- «Trabajo duro y merezco diversión».
- «Fumar me relaja.»
- «Las drogas me hacen más creativo.»
- «Tengo una carrera muy exitosa, así que no es posible que tenga un problema con el alcohol.»
- «De todas formas, mi vida es un asco, así que las drogas no la pueden empeorar más.»
- «Si dejo de consumir drogas, me deprimiré.»

Los individuos que abusan de las drogas normalmente no están atentos a las creencias que tienen asociadas a dichas sustancias, y contemplan casi siempre ese abuso como función de factores extrínsecos. Por ejemplo, suelen atribuir el hecho de fumar cigarrillos al «estrés», antes que a sus actitudes acerca de fumar. Por tanto, es esencial ayudar a los pacientes a controlar e identificar sus creencias acerca de las drogas y su uso.

En terapia cognitiva se muestran estas creencias a la persona que utiliza drogas, y luego se aplican a sus patrones de abuso de drogas. Específicamente, el terapeuta explica e ilustra el «modelo cognitivo de abuso de sustancias» (véase figura 3.5) al paciente, y

conjuntamente rellenan en cada casilla del diagrama de flujo por ejemplo acerca de creencias básicas, pensamientos automáticos, sentimientos y conductas que son pertinentes a la vida del paciente. Por ejemplo, consideremos el caso de «Mack», que explicaba a su terapeuta: «Me emborraché el sábado por la noche». Sobrevino el siguiente diálogo:

TE: Explícame acerca de tu borrachera.

PT: ¿Qué tengo que decirte? Sólo que me sentía muy bien y que decidí beber.

TE: Veamos el modelo cognitivo conjuntamente. [El terapeuta sacó una fotocopia del modelo cognitivo de abuso de sustancias y se la mostró al paciente.] Así que el primer estímulo fue interno; te «sentiste muy bien».

PT: Sí.

TE: En respuesta a sentirse bien, ¿qué pasaba por tu cabeza que contribuyó a que bebieras?

PT: Creo que estaba pensando: «Caramba, una bebida aún me hará sentir mejor».

TE: ¿Y qué pensamiento automático pasó por tu cabeza?

PT: «¡Qué diablos! Da lo mismo.»

TE: ¿Y en ese momento empezaste a sentir el *craving*?

PT: Cierto, así es.

Cuando los pacientes saben controlar sistemáticamente sus creencias y pensamientos automáticos relacionados con las drogas, y cuando se demuestra que estos procesos cognitivos están relacionados con su consumo de drogas subsiguiente, esos pacientes saben explicar que comprenden mejor por qué utilizan droga y por qué es mejor *no* usar droga.

LA TÉCNICA DE FLECHAS DESCENDENTES

Es muy común que los pacientes con abuso de drogas tengan pensamientos catastróficos (todo o nada, o bien exageración) no sólo acerca de su abuso de sustancias sino acerca de ellos mismos, y sobre su futuro (la tríada cognitiva, Beck, 1976). Dichos pensamientos suelen ser:

- «Mi vida se está desmoronando».
- «Me desmoronaré si no puedo tener una dosis.»
- «No puedo hacer nada bien.
- «Nadie daría nada por mí.»

- «Estoy totalmente fuera de control.»

La técnica de flechas descendentes es muy útil para tratar creencias de este tipo. Muchos pacientes son incapaces de articular estas creencias subyacentes, hasta que se les insta para que consideren el *significado* personal que sus pensamientos más manifiestos tienen para ellos. Por tanto, cuando los pacientes exhiben emociones negativas intensas que parecen ser mucho más importantes que lo que sus pensamientos automáticos pudiesen originar, los terapeutas suelen pedir a los pacientes que intenten profundizar un poco más formulándose variaciones sucesivas de la pregunta «¿Qué *significa* eso para ti?». Frecuentemente, el final de la cuestión coincide con el descubrimiento de una creencia nuclear o subyacente. Lo siguiente es una ilustración de lo anterior:

TE: Phil, parece que estés teniendo una reacción muy fuerte contra la idea de mantenerte al margen de la bebida, en la fiesta que se va a celebrar en tu oficina. *¿Qué te preocupa sobre el hecho de estar sobrio en esa fiesta?*

PT: Nunca soy divertido en las fiestas, si no bebo.

TE: *¿Y si no eres divertido en las fiestas, cuáles serían las consecuencias?*

PT: La gente no estará conmigo.

TE: Y si las personas no están a tu alrededor, *¿qué significaría esto?*

PT: Significaría que yo no les gusto.

TE: Y asumiendo que todo lo anterior sea verdad, *¿cuáles serían las consecuencias?*

PT: Significaría que mi carrera está en peligro, ya que soy un vendedor y dependo de que caiga simpático a las personas para poder tener éxito.

TE: Y si tu carrera estuviese en peligro, *¿cuáles serían las últimas consecuencias?*

PT: ¡Podría perder mi casa y mi familia y todo aquello por lo que he trabajado!

TE: *¿Y crees que todo esto pasará por no beber alcohol en los eventos sociales?*

PT: Bien, si lo dices de esta forma, creo que es más bien poco probable.

TE: Estoy de acuerdo, pero *¿te das cuenta de cómo una cadena de creencias progresivamente más problemáticas te lleva a suponer que habrá una catástrofe si sigues con la idea de mantenerte «seco» en la fiesta?*

PT: Sí, nunca me había dado cuenta antes. Realmente parece como si se tratara de hacerlo o morir, pero seguro que eso no es así.

TE: Debemos estar alerta ante cadenas parecidas de creencias. De momento, escribamos lo que hemos aprendido en el papel [véase figura 9.2].

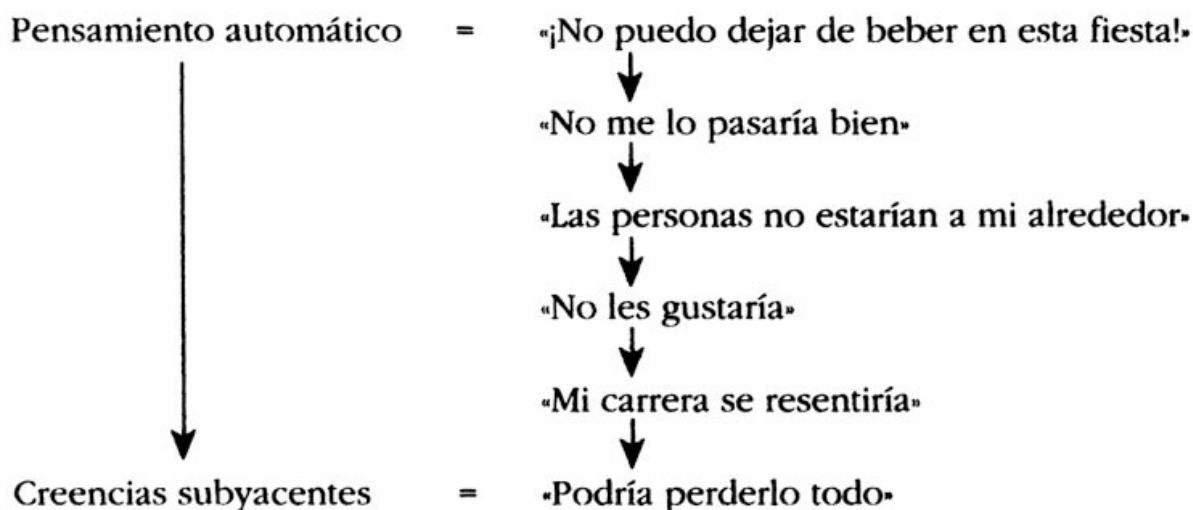


Figura 9.2. Ilustración de la técnica de flechas descendentes.

La técnica de flechas descendentes (llamada de esta manera por la forma en que se ilustra en el papel, con cada creencia sucesiva señalando con una flecha hacia abajo hacia la siguiente creencia subyacente) es efectiva porque ayuda al paciente a «descatastrofizar» (es decir, a reevaluar y modificar los pensamientos catastróficos). En el ejemplo anterior, la técnica de flechas descendentes ayudó a Phil a articular el pensamiento catastrófico de que perdería su carrera, familia y casa, si dejaba de beber. Al hacer esto, Phil fue capaz de ver la distorsión de su pensamiento. Como resultado, se encontraba en mejor posición para modificar sus pensamientos. De hecho, la ironía del pensamiento catastrófico de Phil se hizo a la luz cuando hizo un análisis V-D y éste determinó que «podía perderlo todo» si no dejaba de beber.

REATRIBUCIÓN DE RESPONSABILIDAD

Las personas que toman drogas tienden a atribuir dicha conducta a factores externos. Por ejemplo, el alcohólico atribuirá su hábito de beber a un matrimonio infeliz, a un trabajo estresante o a compañeros de bebida que ejercen presión para que sea uno de ellos. El terapeuta puede ayudar a los individuos a reatribuir la responsabilidad de su uso de drogas de forma que puedan tomar iniciativas para modificar sus conductas de abuso de sustancias. La reatribución de responsabilidades requiere la aplicación habilidosa del método socrático, de forma que los pacientes no sientan que sus terapeutas les estén juzgando o acusando. El siguiente es un ejemplo de este proceso:

TE: Dices que has estado bebiendo de nuevo. ¿Cuáles son tus pensamientos acerca de por qué te pasa esto?

PT: Bien, mi mujer ha estado molestándome últimamente. Sería capaz de mantenerme sobrio si consiguiera sacármela de encima durante un tiempo.

TE: Por tanto, ¿crees que tu mujer es la que causa tu hábito de beber?

PT: En cierta forma, sí... pero no es tan simple.

TE: Bien. Dime más cosas acerca de las complejidades implicadas en ese punto. Exactamente, ¿qué rol juega tu *mujer* y qué rol juegan *tus* creencias y conductas?

PT: Me critica y empiezo a pensar que no puedo conseguir paz, estoy atrapado.

TE: ¿Y entonces?

PT: Entonces pienso que la única forma de escapar con vida es beber y olvidar mi misérrimo matrimonio.

TE: Así que cuando te centras en la miseria de tu matrimonio acabas pensando que sólo hay un remedio, beber hasta que acabas «derrumbado». ¿Es así?

PT: Sí.

TE: ¿Sería justo decir que *decides* beber, antes que buscar otras formas de resolver tus problemas con ella?

PT: Sí, creo que ésa es mi decisión, pero es más fácil culparla a ella (*se ríe entre dientes*).

TE: Puede que sea más fácil culparla a ella, pero ¿esto te ayuda a alcanzar tu meta de tratar tus problemas con el alcohol?

PT: No.

TE: ¿Qué te *ayudaría*?

PT: Si me hiciera cargo de mi propia vida y de mis propias decisiones, a pesar de que esté «cabreado» con mi mujer.

TE: No es tan fácil, lo admito, pero es un objetivo valioso.

En este ejemplo, la atención del paciente se centró desde factores internos a externos. Inicialmente acusó a su mujer por su hábito de beber. Al final de este diálogo había empezado a ver que de alguna manera él era responsable de su alcoholismo. Como resultado, empezó a mostrar algunas acciones responsables para cambiar su bebida.

REGISTRO DIARIO DE PENSAMIENTOS (RDP)

El Registro diario de pensamientos (RDP) es una estrategia fundamental en la terapia

cognitiva, que ha sido útil en el tratamiento de la depresión, la ansiedad y otros estados de ánimo problemáticos (Beck y otros, 1979; Burns, 1980). El RDP estándar consiste en un formato de cinco columnas que completa el paciente (véase figura 9.3).

Aquellos que abusan de sustancias tienden a hacerlo como resultado de sus creencias (frecuentemente desadaptativas) acerca de las drogas. Por ejemplo, la persona que abusa de las drogas, antes de ir a la taberna de la esquina tendrá la creencia de que «*Necesito una bebida*». Mediante la utilización de la RDP, el paciente es capaz de examinar esta creencia y considerar su validez de forma más sistemática y objetiva. Además, el RDP proporciona un lapso de tiempo entre el impulso inicial durante el cual el paciente puede escoger no beber (o consumir otras drogas), y experimentar una disminución natural del *craving*. Además, el RDP proporciona un método para afrontar los estados de ánimo negativos, de forma que no sea tan probable disparar el consumo de droga.

Consideremos el caso de Mack, que decía que había estado tentado a beber, cuando estaba solo durante los fines de semana. Como actividad que debía realizar entre sesiones, su terapeuta le pidió que completara un RDP en base a su experiencia de estar solo los sábados por la noche (véase figura 9.3). Al principio Mack se describió como si estuviera solo y enfadado como resultado de no tener una cita. Evaluó estas emociones con mucha intensidad: 80 y 75 respectivamente. Estos sentimientos se basaban en sus creencias: «Nadie cuida de mí» y «Es insoportable estar solo». Utilizando el RPD como guía, el terapeuta de Mack le ayudó a considerar respuestas racionales alternativas como «Mis amigos y mi familia se cuidan de mí» y «PUEDO soportar estar solo». Como resultado de hacerlo de esta forma, Mack expuso que se sentía suficientemente aliviado y que fue capaz de evitar tomar una copa. Este resultado fortaleció su sentido de autoeficacia de forma clara.

Un método útil para enseñar a los pacientes a generar respuestas racionales objetivas comprende la aplicación de una serie de preguntas abiertas (véase la parte baja de la figura 9.3). Estas cuestiones serían:

1. ¿Qué evidencias concretas y objetivas apoyan o refutan mis pensamientos automáticos y creencias?
2. ¿Hay otras maneras de que pueda contemplar la situación? ¿Hay alguna ventaja de que la disfrace?
3. ¿Qué es la *peor* cosa que me puede pasar? ¿Cuál es la *mejor* cosa? ¿Qué es lo más probable que pase *realmente*?
4. ¿Qué acción constructiva puedo realizar para *manejar* la situación?

5. ¿Cuáles son los pros y contras de que cambie mi manera de ver la situación?
6. ¿Qué consejo útil darías a tu mejor amigo si estuviera en tu misma situación?

Cualquiera de estas cuestiones pueden ayudar a estimular a los pacientes a pensar en respuestas racionales. Hemos encontrado que la aplicación regular de estas preguntas se convierte en una actividad entre sesiones excelente y que les ayuda para que saquen el máximo beneficio del RPD.

IMAGINACIÓN

Las técnicas de imaginación se pueden utilizar con los que consumen drogas para ayudarles a visualizar el «autocontrol» y evitar el abuso de droga. La imaginación puede ser una técnica muy útil para que los pacientes se centren en las creencias relacionadas con las drogas y los pensamientos automáticos, o bien distrayéndoles de sus *craving* y urgencias.

También puede servir como método para *cambiar* las creencias y los pensamientos asociados con las drogas. Por ejemplo, se pueden imaginar actividades positivas y divertidas como alternativas al consumo de drogas; e imaginar una vida saludable, productiva, como resultado de estar libre de las drogas. El siguiente ejemplo demuestra la utilización de la imaginación para dejar de fumar:

PT: No sé cómo sobreviviré sin mi primer cigarrillo del día.

TE: ¿Cuáles eran tus pensamientos justo antes de fumar el cigarrillo?

Instrucciones: Cuando notes que tu estado de ánimo está empeorando, pregúntate a ti mismo: «¿Qué está pasando por mi cabeza en este momento?» y tan pronto como sea posible anota brevemente el pensamiento o la imagen mental en la columna de Pensamientos automáticos.

DÍA/HORA	SITUACIÓN 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.	PENSAMIENTO(S) AUTOMÁTICOS 1. Escribe los pensamiento(s) automáticos que van precedidos de emoción(es). 2. Evalúa la automaticidad de la creencia, 0-100 %.	EMOCIONES 1. Especificar tristeza, ansiedad/ enfado, etc. 2. Valorar el grado de emoción 0-100 %.	RESPUESTA RACIONAL 1. Escribir una respuesta racional a los pensamiento(s) automáticos. 2. Valorar la racionalidad de la creencia 0-100 %.	RESULTADO 1. Revalorar la creencia en los pensamiento(s) automáticos 0-100 %. 2. Especificar y valorar las emociones consecuentes 0-100 %.

Algunas preguntas que ayudarán a formular respuestas racionales: 1. ¿Qué evidencias existen de que el pensamiento automático sea verdadero? ¿No es verdadero? 2. ¿Hay alguna explicación alternativa? 3. ¿Qué es lo peor que puede pasar? ¿Puedo vivir con ello? ¿Qué es lo mejor que puede pasar? ¿Cuál es el resultado más realista? 4. ¿Qué debería hacer acerca de ello? 5. ¿Cuál es el efecto de creer en pensamientos automáticos? ¿Cuál puede ser el efecto de cambiar mi pensamiento? 6. Si _____ (el nombre de mi amigo) estuviera en mi situación y tuviera este pensamiento, ¿qué le diría yo a él?

Figura 9.3. Registro diario de pensamientos (RDP) (formulario).

PT: Normalmente no pienso. Simplemente busco el paquete, saco un cigarrillo y lo enciendo.

TE: Puede que tus pensamientos sean tan automáticos que no les prestes atención. Me gustaría ayudarte a recordar los pensamientos que te llevan a fumar el primer cigarrillo del día. Cierra tus ojos por un momento e imagínate qué ocurre cuando te levantas por la mañana, al principio de todo. ¿Qué ves? ¿Hueles algo? ¿Oyes algo? ¿Cómo te sientes? Ahora, ¿qué pensamientos pasan por tu mente? ¿Qué te estás diciendo a ti mismo?

PT: Primero, estoy un poco grogui. Cuando mi mente empieza a aclararse estoy tumbado en la cama pensando acerca de qué tengo que hacer hoy. Me da la impresión que me pongo un poco nervioso y pienso: «Oh, necesitas relajarte; ve a la cocina a tomar una taza de café y encender un cigarrillo».

TE: ¿Qué pasa después?

PT: Bien, si he de ser sincero, primero voy al lavabo, pero después, voy a la cocina a por

café y un cigarrillo.

TE: Cuando vas hacia la cocina, ¿puedes recordar en qué piensas?

PT: ¡Seguro! Pienso que conseguiré levantar el ánimo con los cigarrillos y el café.

TE: Así que piensas «Voy a conseguir levantar mi ánimo mediante este primer cigarrillo.

¡Rápido, ve a fumar!». ¿Cómo te sientes con esta imagen y qué pasa después?

PT: Siento un impulso de fumar y me perdono a mí mismo.

TE: Bien, probemos algo. Las imágenes de fumar y beber café son muy positivas.

¿Puedes reemplazarlas por imágenes alternativas de lo que podría suceder por la mañana?

PT: Creo que sí. La última vez que deje de fumar me levanté y me fui a hacer *jogging*.

TE: ¿Cuáles eran tus pensamientos antes de ir a hacer *jogging*?

PT: Eran del mismo tipo que los pensamientos sobre fumar, pero en su lugar pensé que *correr* me levantaría el ánimo.

TE: Bien, intentemos imaginar que haces *jogging* por la mañana. ¿Qué ves? ¿Qué oyes?

¿Qué sientes? Intenta hacerlo lo más atractivo y tentador posible.

PT: Veo la tenue luz del sol de la mañana tal y como brilla en los árboles, la casa y el campo. El aire de la mañana huele a fresco y limpio. Oigo cantidad de pájaros gorjeando porque es temprano. Me siento saludable y vivo.

TE: ¿Qué ocurre cuando te provocas esta nueva imagen?

PT: Pierdo algo de interés en el cigarrillo.

TE: ¡Fantástico! Así que ahora tienes una imagen alternativa a la imagen de fumar cuando te levantas por la mañana. ¿Puedes intentar, voluntariamente, «llamar» en tu conciencia a esta imagen por la mañana? PT: Lo intentaré.

TE: Antes de empezar, asegurémonos también de que tu médico de cabecera está de acuerdo y cree que es seguro que vuelvas a realizar *jogging* de nuevo. ¿Vale?

Técnicas conductuales

PROGRAMACIÓN Y CONTROL DE LA ACTIVIDAD

Los pacientes que abusan de las drogas tienden a involucrarse en actividades y conductas que favorecen su abuso de drogas y, a su vez, a no tomar parte en actividades que promueven algunos objetivos prosociales vitales, como son el trabajo, los *hobbies*, los servicios comunitarios y las relaciones estables. El control de actividades y su

programación pueden ser estrategias básicas útiles para comprender y controlar las conductas relacionadas con la droga y para incrementar las conductas productivas.

El proceso de control de la actividad y de su programación es simple y sencillo. El paciente recibe una rejilla formulario (el Inventario de actividades diarias) que incluye los 7 días de la semana divididos en bloques de 1 hora (véase figura 9.4). Durante un período de una semana, el paciente apunta las actividades diarias y el grado en que siente placer y dominio o habilidad cuando participa en dicha actividad. El placer y la habilidad, registrados en una escala de cero (nada) a diez (extrema) proporciona una indicación del estado de ánimo del paciente y la cantidad de refuerzo o satisfacción que se deriva de dicha actividad.

El Inventario de actividades diarias se puede usar al menos con tres finalidades. Primero, sirve como un diario de las actividades que se realizan. Mediante la revisión de todo un inventario, el terapeuta y el paciente consiguen un nivel de comprensión básico de las actividades del paciente y de cómo éstas se relacionan con el consumo de droga. Segundo, el Inventario de actividades diarias puede servir como una guía prospectiva para futuras actividades. Es decir, el paciente y el terapeuta pueden usar un formulario en blanco para programar actividades alternativas que tiendan menos hacia el consumo de drogas. Además, en la medida en que el paciente tenga necesidad de satisfacción y sentido de realización de la vida, el terapeuta puede escoger examinar las creencias nucleares del paciente acerca de ser querido y de su adecuación, respectivamente. Y por fin, el Inventario de actividades diarias se puede utilizar para evaluar en qué medida el paciente ha estado siguiendo su programación adecuadamente. Es decir, después de que el plan de una semana se haya acabado, los pacientes se llevan a casa un formulario en blanco para controlar sus conductas reales. Frecuentemente, los fracasos a la hora de realizar actividades planificadas suelen ser paralelas a las conductas relacionadas con las drogas, juntamente con sus pensamientos concomitantes, tales como «No puedo hacer nada correctamente» o «Nunca logro mis objetivos». Cuando esto ocurre, el terapeuta deberá permanecer optimista, ayudando a sus pacientes a considerar que se ha obtenido información valiosa, y que aún pueden conseguir los objetivos a pesar de los reveses iniciales.

Cuando los pacientes son capaces de planificar y conseguir hacer las actividades no relacionadas con las drogas, se sienten más satisfechos y aumenta su autoeficacia; empezarán a verse menos indefensos, con más capacidad de autocontrol y con menor dependencia de las «dosis» químicas.

EXPERIMENTOS CONDUCTUALES

Los experimentos conductuales se utilizan para probar la validez de las creencias relacionadas con las drogas y las creencias nucleares de los pacientes. Por ejemplo, consideremos el paciente que cree: «Perdería a todos mis amigos si no fumara porros». Un experimento conductual consistiría en que este paciente participara en «actividades usuales» con sus amigos, sin usar marihuana (el paciente se vería impelido a participar completamente en todas las actividades no relacionadas con las drogas). Por tanto, la «variable independiente» en este experimento sería la utilización de marihuana por parte del paciente. La «variable dependiente» sería mantener las amistades. El paciente se vería impelido a evitar cualquier «variación extraña» manteniendo la consistencia en todas las otras facetas de su conducta. A pesar de los resultados de estos experimentos, es probable que el paciente aprenda algunas lecciones importantes. Específicamente, si pierde a sus amigos el terapeuta le animará a examinar el significado de sus amistades anteriores a la abstinencia. Si consigue mantener sus amistades, se espera que el paciente modifique sus creencias originales distorsionadas: «Perderé a todos mis amigos si no fumo marihuana».

Nota: clasificar de 0 a 10 las actividades H para habilidad y P para placer

	L	M	Mc	J	V	S	D
M A S A N A	6-7						
	7-8						
	8-9						
	9-10						
	10-11						
	11-12						
T A R D E	12-1						
	1-2						
	2-3						
	3-4						
	4-5						
	5-6						
N O C H E	6-7						
	7-8						
	8-9						
	9-10						
	10-11						
	11-12						
	12-6						

Observaciones:

Figura 9.4. Inventario de actividades diarias (formulario).

Otra forma de experimentación conductual es la técnica «*como si*». Utilizando esta técnica, el terapeuta animará al paciente a actuar como si una conducta deseada o una serie de circunstancias fueran reales para él. Por ejemplo, el paciente que desea dejar de fumar podría pasar una semana actuando «como si» fuera un no fumador. Otro ejemplo: podría pedir a otros que no fumaran a su alrededor, hacer ejercicio o sentarse en las secciones de no fumadores en los restaurantes. Estas actividades se diseñan para modificar las creencias relacionadas con las drogas, así como las conductas.

REPASO CONDUCTUAL (ROLE-PLAYING Y ROLE-PLAYING INVERTIDO)

Muchos pacientes con problemas de abuso de sustancias tienen también problemas concomitantes de comunicación interpersonal (p. ej., asertividad, revelar cosas de uno mismo y escuchar activamente) (Platt y Hermalin, 1989). Consecuentemente, con frecuencia se sienten frustrados y saturados en las situaciones interpersonales, y esto genera un incremento de su vulnerabilidad para utilizar droga. Por tanto, el terapeuta puede iniciar un *role-playing* para enseñar al paciente habilidades interpersonales efectivas. Lo siguiente es un ejemplo de lo anterior:

PT: Me siento como un inútil cada vez que mi mujer me riñe.

TE: ¿Qué quieres decir cuando dices que te «regaña»?

PT: Me refiero a cuando quiere que haga más cosas aparte del trabajo que me toca.

TE: ¿Qué haces cuando piensas que te está riñendo?

PT: Bien, lo normal es que vaya a otra habitación o que me marche. Entonces corro más peligro de emborracharme.

TE: Así que te marchas.

PT: Sí.

TE: ¿Cuánto tiempo puedes aguantar dicha situación?

PT: No tengo ni idea.

TE: Vale, probemos distintas opciones. Yo tomaré el rol de tu esposa y me gustaría que discutieras tus sentimientos conmigo tan sinceramente como te fuera posible, sin atacarme o sin ser agresivo.

PT: No comprendo. ¿Qué debo hacer?

TE: Simplemente simularemos que yo soy tu esposa y practicas hablando conmigo de forma constructiva acerca de mi reprimenda.

PT: Vale, ¿quién empieza?

TE: Yo mismo (*actuando como la mujer del paciente, y expresándose molesta ante*

éste). Me gustaría que cuidaras del jardín este fin de semana. Han pasado tres semanas desde que prometiste plantar hierba tan pronto como pudieras para evitar que ya fuera demasiado tarde como para intentarlo. Estoy deprimida y cansada de esperar que hagas las cosas por ti mismo (*silencio; el paciente mira extrañado*). [El terapeuta para momentáneamente el *role-playing* para animar al paciente.] Ahora, me respondes como a tu mujer.

PT: No veas, ¡esto suena igual que lo que ella me dice!

TE: Bien, ahora háblame como lo harías con ella.

PT: (*Otra pausa, y entonces continúa el role-playing.*) ¡María, estoy harto de que me riñas!

TE: ¡Es la única forma de que se hagan las cosas en esta casa!

PT: ¡Hago muchas cosas aquí! (*elevando la voz*). ¡Estás tan ocupada riñéndome que nunca lo notas!

TE: [De nuevo, se para el *role-playing*. El terapeuta habla con el paciente.] Ahora, veamos qué ha pasado. ¿Cuáles son tus pensamientos acerca de este *role-playing*?

Quedó claro que a este paciente le faltaban habilidades adecuadas para resolver problemas. Por tanto, el terapeuta debía empezar a enseñar las habilidades conductuales de escuchar activa y asertivamente (*versus* agresividad) e implicándose. El proceso de aprendizaje comprende el entrenamiento didáctico, conjuntamente con el *role-playing* frecuente, para poder aprender y practicar más conductas interpersonales efectivas.

Una forma de convencer a un paciente reticente a participar activamente en el *role-playing* es tomar voluntariamente el papel del *paciente* mientras que éste representa al «otro problemático» (p. ej., un empleado, una esposa o un antiguo colega de droga que está intentando convencer al paciente para que se coloque). De esta forma, el paciente puede mostrar al terapeuta lo difícil que es manejar la situación, mientras que el terapeuta puede modelizar algunas respuestas que el paciente no había pensado antes.

Una variante más costosa de este procedimiento se ha descrito en Moorey (1989). Este autor sugiere que los pacientes con abuso de drogas pueden aprender a empatizar con personas importantes en sus vidas mediante el *role-playing* de personas significativas que se han visto afectadas por el abuso de las drogas realizado por el paciente. Este ejercicio también sirve para resaltar la destrucción que el abuso de drogas ha causado en la vida personal del paciente.

Por otro lado, cuando el *role-playing* se repite, ayuda al paciente a desarrollar repertorios de conducta social nuevos, maduros, efectivos en ambientes seguros, donde

los errores se pueden corregir sin consecuencias reales.

ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN

Frecuentemente hay un componente de ansiedad en el consumo de drogas (véase el capítulo 15). Por ejemplo, los fumadores de cigarrillos y los consumidores de alcohol adictos suelen explicar que fuman o beben para relajarse. Por tanto, el abuso de drogas suele ser una forma de automedicación para las personas que tienen dificultad relajándose (Castaneda y otros, 1989; Khantzian, 1985). Incluso las personas que abusan de la cocaína por sus efectos estimulantes, se sienten ansiosas o tensas cuando prevén que van a usar droga, especialmente si hay algún retraso entre el momento en que empieza el *craving* irrefrenable y el momento real en que toman la droga.

Por tanto, el entrenamiento en relajación puede ser una técnica útil porque proporciona al paciente un método para relajarse seguro (cuando está libre de la droga). Segundo, proporciona al paciente un período de tiempo después de la experiencia inicial del *craving*, durante la cual disminuirá el mismo (Carroll, Rounsaville y Keller, 1991; Horvath, 1988). Al final, el entrenamiento en relajación será útil para establecer la creencia nueva del paciente de que controla y es responsable de sus respuestas de afrontamiento (véase el capítulo 15, para información adicional sobre el tema).

ASIGNACIÓN DE ACTIVIDADES ENTRE SESIONES GRADUADAS

Con frecuencia, los pacientes tienen que cambiar espectacularmente sus conductas, para facilitar que estén fuera de la droga (o reduzcan su consumo). Por ejemplo, el paciente que sólo tiene amigos consumidores de *crack* tendrá que reestructurar su vida social casi por entero para minimizar las posibilidades de recaída. El sentido común y la experiencia nos dice que esto no es una tarea fácil. Por tanto, se anima al paciente a que se comprometa a ir *aproximándose* hacia las conductas deseadas para poder ir *consiguiendo* las metas propuestas. Por ejemplo, el paciente que necesita modificar sus relaciones debe ser animado a empezar a pasar el tiempo libre del consumo de droga con citas que no utilicen drogas (p. ej., un nuevo amigo hecho en un grupo de apoyo) o como ir a cenar o a ver una película. Al ejecutar adecuadamente esta práctica, el paciente escogerá otra tarea (que demande más) hasta que haya conseguido construir una nueva red social no relacionada con el consumo de drogas.

RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Los pacientes con abuso de drogas que suelen demostrar impulsividad tienden a solucionar mal sus problemas. De hecho, en estadios avanzados del abuso de sustancias muchos pacientes o bien ignoran sus problemas (negación, evitación) y/o responden a sus problemas anestesiándolos con las drogas. Aquellos pacientes con una larga historia de abuso de sustancias es notablemente aparente que tienen muy poca experiencia acumulada en reconocer y solucionar los problemas constructivamente.

Por ejemplo, una de nuestras pacientes con abuso de drogas estaba preocupada por el abuso de sustancias de su marido. Un día encontró un escondite de cocaína *crack* de su marido. En vez de enfrentarse a él o derramar la droga en el lavabo, se fumó cada cápsula hasta que se acabó. Cuando explicó esto a su terapeuta, éste agitaba su cabeza incrédulamente y le preguntó qué razones tenía para ese acto tan contraproducente. Ella expuso: «No quería que él consumiera, así que supuse que si me lo fumaba todo, él no podría tomarlo». El terapeuta señaló que esto era un ejemplo de una «creencia permisiva» y que reflejaba la incapacidad de pensar el problema cuidadosamente (lo menos que se puede decir). Otro paciente aludió a un conflicto de horarios entre sus sesiones de terapia y su trabajo. Su respuesta inmediata fue dejar su trabajo, antes que esperar una semana para programar un nuevo calendario con el terapeuta.

El resultado de estos ejemplos es que a los pacientes con abuso de drogas se les deben enseñar los principios de resolución de problemas (Nezu, Nezu y Perri, 1989). Los pasos de resolución de problemas son éstos:

1. Definir el problema con términos específicos y claros.
2. Proponer (*brainstorming*) una serie de soluciones posibles.
3. Examinar los pros y los contras de cada solución propuesta (para el presente, el futuro y también para aquellas personas significativas).
4. Escoger la mejor solución hipotetizada.
5. Aplicar la conducta después de planificarla, prepararla y practicarla.
6. Valorar el resultado y evaluar la solución de otros problemas posibles.

Éste es un proceso largo y gradual que, además, está cargado de frustración a lo largo del camino. El terapeuta debe dar siempre apoyo, tener paciencia y animar a sus pacientes a que perseveren y que puedan aprender dichas habilidades.

EJERCICIO

La mayor parte de abuso de sustancias es incompatible con la salud física y hacer

ejercicio regularmente. Por ejemplo, parece incongruente fumar cigarrillos y practicar aeróbic regularmente (p. ej., *jogging*). Por tanto, la actividad aeróbica regular es probable que aumente la conciencia de la persona de las desventajas de abuso de sustancias y las ventajas de dejarlo.

El terapeuta debe animar al paciente a implicarse en el ejercicio físico, como parte del programa de tratamiento (evidentemente, sólo con la aprobación del médico). Esta actividad ayudará al paciente a redefinirse a sí mismo como saludable, en forma física. Esta imagen podría causar disonancias cognitivas para el paciente y motivarlo a modificar su patrón de abuso de sustancias.

(Una excepción notable a lo dicho anteriormente implica a los atletas que abusan de los esteroides anabólicos, al pensar que éstos son muy compatibles con el logro atlético. En estos casos, los terapeutas *no* querrán centrarse en el ejercicio como una intervención. Por contra, la terapia se debería centrar en el control de la ira, resolución de conflictos interpersonales y en los efectos secundarios no atractivos de los esteroides [calvicie, acné, respuesta sexual reducida y toda una miríada de consecuencia médicas graves].)

CONTROL DE ESTÍMULOS

A primera vista, parecería que una estrategia efectiva para reducir el abuso de sustancias sería eliminar todos los estímulos que desencadenan el consumo de droga. Sin embargo, en la práctica es obvio que eso no es posible: todas las personas tendrán episodios en los que se sentirán tristes, solas, ansiosas, aburridas, frustradas o con otras fuentes internas de alto riesgo. Los exfumadores, de forma inevitable, se encuentran en lugares en los que otras personas están fumando; las personas dependientes del alcohol acaban encontrándose con anuncios tentadores, y muchos individuos que toman drogas ilícitas tienen que entrar en contacto con sus familias, que también abusan de dichas drogas.

Para poder minimizar el contacto con los estímulos que disparan el consumo de droga, se anima a los pacientes a identificar dichos estímulos (internos y externos), que los exponen ante situaciones de alto riesgo de que se activen las creencias relacionadas con las drogas y que a su vez disparan el consumo de droga (Carroll, Rounsaville y Keller, 1991). Por ejemplo, algunas personas son vulnerables a los estados de ánimo negativos (aburrimiento, ansiedad, tristeza, etc.) mientras que otros son vulnerables a los estados de ánimo positivos (alegría, felicidad, diversión, etc.). En cambio otros son vulnerables a señales extrínsecas (comidas, otros consumidores, hora del día, localización geográfica, etc.). También se anima a los pacientes a que planifiquen formas

de evitar estas señales siempre que puedan. Sin embargo, lo más importante es animar a que preparen métodos para manejar estas señales o estímulos cuando se encuentran inevitablemente con ellos (véase el capítulo 10).

Obstáculos comunes en el tratamiento

Cuando un paciente no parece estar respondiendo favorablemente a la terapia cognitiva, podría ser que existiera un problema en la relación terapéutica. El paciente que no confía en el terapeuta, o que no se siente cómodo en terapia, es posible que esté a la defensiva en las sesiones; por tanto, evitará hacer revelaciones importantes por miedo a ser juzgado o reprendido. Sin estas revelaciones, es poco probable que el paciente examine objetivamente o reconozca patrones de pensamiento sesgados. Este tipo de examen es algo central para el éxito de la terapia cognitiva y se puede tratar de fomentar mediante un abordaje terapéutico cálido, colaborador y de aceptación.

Cuando se cree que la relación terapéutica es apropiada y profunda, pero en cambio las técnicas parecen ser inefectivas, es importante revisar la conceptualización del caso para evaluar si se ha omitido algún diagnóstico, se han pasado por alto creencias o acontecimientos vitales históricos que no se hayan evaluado. Por ejemplo, muchos pacientes con abuso de sustancias tienen un trastorno de personalidad concomitante (*borderline*, antisocial, trastorno de personalidad evitativo, etc.). Estos pacientes requieren que el terapeuta esté atento simultáneamente y de forma cuidadosa a sus patrones de personalidad desadaptativos (p. ej., creencias) así como de sus problemas con el abuso de sustancias. Los pacientes también tendrán problemas con la ansiedad y la depresión e intentarán solucionar estos problemas con sustancias psicoactivas (p. ej., automedicación). Los terapeutas deben tener presente que la «resistencia» de este tipo de pacientes al tratamiento simplemente refleja un miedo no manifiesto de que sin drogas sus ansiedades o disforia serían insoportables. También es importante revisar de nuevo la historia del paciente de forma que permita un cambio en el tratamiento. Por ejemplo, un terapeuta no se dio cuenta hasta varios meses después del tratamiento que su paciente había pasado en la escuela por experiencias humillantes de fracaso y de que los recuerdos que tenía de ello le habían conducido a resistirse a cualquier cosa que fuera parecida a los «deberes» o actividades que hay que realizar entre sesiones, por miedo a que le hicieran parecer estúpido. Una vez esto salió a la luz y se comprendió, el terapeuta fue capaz de ayudar al paciente a producir respuestas racionales que combatieran estas expectativas negativas y miedos.

El aspecto que tiene que ver con las tareas que debe realizar el paciente es de suficiente importancia como para que merezca un debate aparte. Cuando el paciente no participa en las actividades que se le asignan entre sesiones, esto puede impedir el proceso de aprendizaje terapéutico. Es tentador, en cualquier intervención médica o psicológica, que simplemente se le diga al paciente que se vaya a casa y que lo haga... Sin embargo, para que dichas tareas o actividades sean el máximo de efectivas, deben tener una serie de cualidades. Primero, se deben determinar de forma conjunta, colaborando terapeuta y paciente. Segundo, el terapeuta debe chequear si el paciente comprende la naturaleza exacta de dicha tarea, así como el conocimiento del paciente de cuáles son las razones de dicha asignación o tarea. Tercero, el terapeuta y el paciente deben considerar cualquier posible obstáculo que pueda aparecer al realizar dichas actividades y preparar planes concomitantes. Finalmente, el paciente debería tener la oportunidad de practicar las actividades o tareas asignadas con el terapeuta para poder probar su comprensión y habilidad para realizarlas.

Un problema final en la aplicación de las técnicas de terapia cognitiva en el abuso de sustancias podría residir en el estilo terapéutico del terapeuta. Es esencial que el terapeuta estimule el proceso de pensamiento del paciente con preguntas abiertas expresadas delicadamente, antes que sermoneando o dando discursos al paciente. Cuando las técnicas de terapia cognitiva presentadas aquí se aplican de forma dictatorial, es probable que las palabras del terapeuta «entren por una oreja y salgan por la otra». Un buen antídoto para ello es aplicar abundantemente el método socrático.

Resumen

En este capítulo hemos presentado muchas de las técnicas más utilizadas en la terapia cognitiva del abuso de sustancias. La mayoría de estas técnicas que se han aplicado con éxito en el tratamiento de otros síndromes psiquiátricos son útiles en el tratamiento del abuso de sustancias. Es importante que estas técnicas se apliquen prestando una atención y cuidado especial a la relación terapéutica, la conceptualización individual del caso, la aplicación del paciente de estas técnicas en forma de actividades asignadas entre sesiones y la utilización por parte del terapeuta de preguntas abiertas.

Las técnicas que hemos descrito no representan una lista completamente exhaustiva. De hecho, animamos a los terapeutas a que utilicen su creatividad y las necesidades individuales de sus pacientes así como sus virtudes para inventar nuevas variaciones de la terapia cognitiva y sus actividades a asignar. En la medida en que estas técnicas sirvan

con una finalidad lógica y razonable, encajen en la conceptualización del caso, se adhieran a los principios éticos y se centren en los cambios de *creencias* así como en las *conductas* relacionadas con las drogas, no parece haber ningún límite en su aplicación adecuada y con éxito a distintos problemas.

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 períodos de abstinencia, sobre todo porque resurgen durante y después del tratamiento (Annis, 1986; Carroll, Rounsaville y Keller, 1991; Childress y otros, 1990; Covi y otros, 1990; Horvath, 1988, en prensa; Shulman, 1989; Tiffany, 1990; Washton, 1988). El terapeuta evalúa inicialmente la percepción idiosincrásica del paciente de sus *craving*. Entonces, a lo largo del tratamiento, el terapeuta ayuda al paciente a comprender los distintos factores que contribuyen al *craving*, a reenfocar sus experiencias y a desarrollar formas más adecuadas para tratar estos problemas.

Horvath (1988) distingue el fenómeno de los *craving* y los impulsos, describiendo los primeros como la sensación subjetiva (p. ej., *arousal* físico, *arousal* emocional, «necesidad» y «deseo») de deseo por conseguir el estado psicológico inducido por las drogas. En cambio, los impulsos se describen como el determinante conductual de buscar y tomar drogas. Aunque son distinciones importantes a nivel teórico, en la práctica hemos utilizado los términos «*craving*» e «impulsos irrefrenables» de manera intercambiable, al igual que lo haremos en lo que resta de capítulo.

Tipos de *craving*

Hemos identificado cuatro tipos importantes de *craving*, cada uno con sus propias características (aunque hay algún tipo de solapamiento entre unos tipos y otros).

1. *Respuesta a los síntomas de abstinencia.* Las personas con un consumo importante de drogas como la cocaína o la heroína suelen experimentar una disminución en el grado de satisfacción que encuentran en el uso de la droga, pero con un incremento de la sensación de malestar interno cuando dejan de tomar la droga. En dichos casos, el

craving toma la forma de una «necesidad de sentirse bien de nuevo». Esto es especialmente real para el consumidor de heroína, que experimenta síntomas febriles durante la abstinencia, y el consumidor de cocaína, que llega a estar profundamente deprimido durante el «mono». Los terapeutas que tratan a pacientes que muestran este tipo de *craving* deberán ser empáticos con la aguda sensación de dolor y sufrimiento que manifiestan los pacientes como resultado de la abstinencia. Lo más importante es informar a dichos pacientes que este malestar es temporal (aunque en casos extremos se requerirá de supervisión médica).

2. *Respuesta a la falta de placer.* Otro tipo de *craving* implica los intentos de los pacientes por mejorar sus estados de ánimo de la forma más rápida y más intensa posible. Lo más probable es que este fenómeno ocurra cuando los pacientes están aburridos, no tienen habilidades para encontrar formas prosociales de divertirse y quieren «automedicarse» (Castaneda y otros, 1989; Khantzian, 1988) con la finalidad de borrar de su recuerdo los pensamientos o sentimientos desagradables. En este caso, los terapeutas deben ser conscientes de que las sesiones de terapia por sí mismas pueden ser tan preocupantes para los pacientes que tal vez experimenten el *craving* de drogas para poder olvidar sus problemas. Por tanto, se aconseja a los terapeutas evaluar los estados de ánimo de sus pacientes y el grado de *craving* al final de una sesión que haya sido particularmente estresante (p. ej., productiva y significativa).

3. *Respuesta «condicionada» a las señales asociadas con drogas.* Este tipo de *craving* no requiere por parte del paciente de ningún estado de ánimo disfórico en particular, o estresor o impulso hedónico. Los pacientes que han abusado de las drogas han aprendido también a asociar algunos estímulos que serían considerados neutros (una esquina determinada de una calle, una persona en particular, un número de teléfono, una determinada hora del día, etc.) con la intensa recompensa obtenida de la utilización de las drogas. Por tanto, estos estímulos neutros llegan a estar como «cargados» con significado y pueden inducir *craving* automáticos, incluso en ausencia de estresores. Los terapeutas deberían ayudar a sus pacientes a estar conscientes de, y a afrontar, los *craving* que aparecen simplemente como resultado de estas asociaciones con los estímulos cotidianos.

4. *Respuesta a los deseos hedónicos.* Los pacientes a veces experimentan el inicio de los *craving* de droga cuando desean aumentar una experiencia positiva. Por ejemplo, algunos pacientes han desarrollado el hábito de combinar sexo y drogas como forma de magnificar la experiencia sexual. Otros, por ejemplo, buscan las drogas como forma de conseguir tener interacciones sociales más «divertidas y espontáneas».

Desafortunadamente, el nivel de satisfacción conseguido con dichas prácticas es difícil de igualar (a corto plazo) cuando se está libre de drogas. Por tanto, estos *craving* son especialmente difíciles de combatir con la terapia. El momento en que los terapeutas consiguen tener su mayor influencia es cuando el consumo de drogas de sus pacientes ha llegado a un límite en que sus problemas personales han acabado con sus momentos aislados de disfrute hedónico inducido por la droga. En estas circunstancias, los pacientes suelen tener ganas de trabajar para encontrar otras formas de conseguir satisfacción en su vida. Todavía habrá una batalla con estos *craving* siempre que el paciente experimente un estado de ánimo positivo y natural.

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

Un terapeuta puede empezar a comprender los *craving* que experimenta su paciente identificando primero sus pensamientos automáticos (PA) asociados con esta experiencia. Se pueden disparar los *craving* en el gabinete del terapeuta haciendo que los pacientes simplemente describan la última vez que habían consumido drogas. La inducción de imaginación es un método más potente de evocar estos *craving*. Como medida de precaución, es importante hacer que el paciente comprenda las razones de esta inducción, es decir, que aprenda a identificar y a afrontar los *craving* y las señales o estímulos asociados con los mismos. Además, los terapeutas deben estar preparados para ayudar a reducir los intensos sentimientos de *craving* antes de que acabe la sesión (Childress y otros, 1990). De otra forma, los pacientes se irán de la sesión de terapia con mucha excitación y sin suficientes habilidades como para afrontar sus *craving*. Por tanto, puede sobrevenir un desliz. Las técnicas de inducción de *craving* no se deberían aplicar hasta que los pacientes *no* hubieran adquirido práctica con las habilidades de la terapia cognitiva en general y las técnicas de afrontamiento (véase capítulo 9).

En una inducción típica de *craving*, se insta a los pacientes a que imaginen la última vez que tomaron cocaína y, posteriormente, a que describan dicha imagen. Se les da la instrucción de que describan la imagen con el mayor detalle posible. El objetivo es que los pacientes revivan dicha experiencia tan vívidamente como les sea posible y, por tanto, tengan acceso a las cogniciones «calientes» que acompañan al *craving*.

Una forma típica de introducir una experiencia de *craving* es la siguiente: «Jim, hoy me gustaría que intentaras comprender tus experiencias con el *craving*, de forma que te ayudemos a desarrollar mejores estrategias para que lo puedas afrontar. Por tanto, te voy a pedir que hagas un pequeño ejercicio conmigo.

»Me gustaría que recordaras la última vez que tomaste cocaína [u otra droga apropiada con el problema del paciente]. [Esperar un minuto o dos para que el paciente se haga con la imagen.] Ahora, me gustaría que pensases acerca de los acontecimientos que te condujeron a tomar la droga. Me gustaría que intentaras dibujarlo en tu mente, describieras la situación, me relataras la secuencia de acontecimientos y expresaras lo que sentías. Tan pronto como notes que empiezas a tener el *craving*, por favor, indícamelo levantando la mano». (*El paciente indica que está viendo una imagen.*) «Describe qué estás sintiendo y qué pensamientos pasan por tu mente ahora.»

El terapeuta debería pedir a su paciente que comparara el *craving* que acababa de tener en el gabinete con los que suele experimentar en el exterior. Además, se puede pedir a los pacientes que intenten buscar sus propios métodos para inducir el *craving*. Por ejemplo, algunos pacientes con abuso de cocaína expusieron que una de las señales de *craving* más intensas es recordar a un compañero sexual determinado que hubiesen tenido mientras tomaban cocaína. Pensar en dicha persona y en la imagen de escenas sexuales servía como un estímulo muy potente para elicitarse deseos de tomar cocaína.

Afrontar los *craving*

Se puede ayudar a los pacientes a *reducir* la aparición de *craving* con una serie de técnicas, que incluyen: a) la distracción; b) las tarjetas-flash; c) imaginación; d) respuestas racionales a pensamientos automáticos relacionados con los impulsos; e) programación de actividades, y f) técnicas de relajación. Estas técnicas se pueden mostrar y practicar al inicio del tratamiento. Para poder desarrollar una estrategia que perdure en el manejo de los *craving* es evidente que los pacientes también deberán aprender a manejar sus creencias disfuncionales que tienden a facilitar el consumo de drogas.

TÉCNICAS DE DISTRACCIÓN

El principal objetivo de las técnicas de distracción es conseguir que los pacientes cambien su enfoque atencional, de interno (p. ej., pensamientos automáticos, recuerdos, sensaciones físicas) a externo. Aunque algunas de estas técnicas parecen muy simples, realmente ayudan a disminuir los *craving* intensos.

Seguidamente expondremos una serie de descripciones breves de las técnicas de distracción más utilizadas:

1. Dar instrucciones a los pacientes para que concentren su atención en la descripción de aquello que les rodea, como los coches, las personas, los árboles y las tiendas. Al principio los pacientes pueden practicar en la oficina. Cuanto más capaces sean de centrarse y de dar detalles de los aspectos y acontecimientos externos, menos probabilidad habrá de que presten atención a sus *craving* internos.
2. Hablar para distraerse. Esto comprende empezar conversaciones con amigos, con parientes, con su responsable en el grupo de apoyo o con el terapeuta.
3. Los pacientes tratarán de evitar por sí mismos el ambiente propio de los estímulos que disparan el *craving*. Pueden ir a dar un paseo rápido, visitar a un amigo o conducir. Uno de nuestros pacientes descubrió que la biblioteca pública era un lugar excelente para escapar a la hora de reducir los *craving*.
4. Realizar tareas domésticas como distracciones positivas. Si los pacientes están en casa y notan estos *craving* e impulsos, algo tan simple como empezar a limpiar la casa les puede distraer del *craving*. Además, esta actividad con unos objetivos determinados también les ayuda a incrementar su autoestima, ya que ven que han conseguido algo útil. (Como advertencia, no se recomendará esta actividad si las drogas y todos sus elementos visuales externos están escondidos en distintos sitios de la casa.)
5. Animar a los pacientes a recitar poemas que les gusten mucho o a rezar. Para algunos pacientes es incluso más útil escribir un poema o una oración en un papel.
6. Sugerir a los pacientes que pasen el tiempo practicando juegos, como cartas, videojuegos, juegos de mesa y rompecabezas. Estas actividades pueden ser muy desafiantes y, por tanto, requieren que se tenga la atención muy centrada. Además, los pacientes pueden hacer algunas de estas actividades incluso si están solos.

TARJETAS-FLASH

Cuando los *craving* son fuertes, parece que los pacientes pierdan la habilidad para razonar objetivamente. Esto tiene utilidad para ayudar a los pacientes en estos períodos críticos a que escriban tarjetas de afrontamiento. La utilidad de estas frases de afrontamiento se puede aumentar haciendo que el paciente escriba estas frases en tarjetas-flash (p. ej., tarjetas de cartulina de 6 × 12 cm). Un ejemplo sería una tarjeta-flash que incluyera la lista de ventajas de no tomar drogas y una lista de cosas que se pueden comprar con el dinero gastado en cocaína.

Como ejemplo, éstas son algunas de las frases que un paciente escribió en sus tarjetas-flash:

1. Te sientes más sano cuando no tomas drogas.
2. Las cosas me van muy bien con mi mujer; ¡sigue así!
3. Tienes buen aspecto físico; ¡sigue así!
4. ¡Vete de aquí *inmediatamente*!

TÉCNICAS DE IMAGINACIÓN

Estas técnicas incluyen: a) reenfoque con imaginación; b) sustitución por imagen negativa; c) sustitución por imagen positiva; d) repaso mediante imagen, y e) adquirir dominio mediante imaginación.

El reenfoque no es más que una técnica de distracción. Los pacientes apartan su atención de los *craving* internos imaginando acontecimientos externos. El reenfoque puede empezar antes de todo diciendo «¡Stop!». Para acentuar esta técnica de parada de pensamiento o stop, los pacientes pueden interponer una imagen visual de una señal de stop, un oficial de policía o un muro de ladrillos, por nombrar sólo algunos estímulos. Entonces, empiezan a describirse a sí mismos lo que ven a su alrededor.

Por ejemplo, un paciente estaba en un pícnic, con muchas otras personas que estaban bebiendo y pasándolo bien. Empezó a tener recuerdos espontáneos de la última vez que había tomado cocaína, lo que le produjo el deseo de tomar droga en dicho momento. Se dijo a sí mismo «Stop», dibujó una señal de stop y entonces empezó a centrar su atención en las personas que estaban a su alrededor que no estaban bebiendo. Las identificó por su nombre, y se fijó en lo que llevaban de ropa y lo que estaban haciendo. Al actuar de esta forma, fue capaz de desviar su atención de los recuerdos sobre la cocaína y experimentó la consiguiente reducción del *craving*.

Otra técnica de imaginación es la sustitución por imágenes negativas. Frecuentemente, durante las primeras semanas de abstinencia, los pacientes dicen que se ven o imaginan consumiendo, incluso a veces, tienen sueños en que toman drogas. En estas imágenes, ven el consumo de drogas como un método de afrontamiento de la angustia que están experimentando y la imagen toma un matiz positivo. Como respuesta a ello, es útil que el paciente la reemplace por una imagen *negativa* que haga referencia a las desafortunadas consecuencias de tomar drogas, como sentirse indefenso y desesperanzado (especialmente después de un período de abstinencia) o la pérdida de dinero, trabajo o relaciones personales. Por ejemplo, un paciente, mientras estaba en una

sala de fiestas, llegó a enfadarse tanto que ni siquiera pudo seguir bebiendo alcohol. Vio a otras personas alrededor suyo bebiendo y esto le devolvió recuerdos nostálgicos sobre sus «días de alcohol y drogas». Como respuesta, reemplazó su imagen por otra que estaba relacionada con las experiencias físicas desagradables que tuvo cuando se desmoronó el día después de dejar de usar el alcohol y la cocaína. Esta imagen fue suficientemente desagradable como para que se disuadiera de tomar la primera bebida.

La técnica de reemplazar por imágenes positivas está relacionada con las anteriores y ayuda al paciente a afrontar los *craving* y los impulsos. Por ejemplo, un paciente experimentó imágenes negativas de mucha intensidad acerca de su situación presente, en la que casi toda su familia tenía problemas con las drogas. Su padre estaba a punto de perder la casa donde el paciente estaba viviendo. Consecuentemente, el paciente tenía imágenes en las que veía cómo perdía a sus hijos, y los había de instalar en un hogar de acogida, para él vivir en un refugio. En ese momento, en medio de su sentimiento de desesperación, el paciente empezó a tener pensamientos acerca de abandonar su abstinencia de la cocaína. Sin embargo, se remitió a una tarjeta-flash que describía una escena positiva. Se imaginó de nuevo volviendo a casa después del trabajo, estando en su propia casa y siendo capaz de cuidar de sus hijos. También, concomitante con esta imagen positiva, estaba la autosatisfacción que tendría después de un largo día de trabajo. Esta técnica permitió que disminuyera su desesperanza y, con ello, su *craving*.

El repaso mediante imaginación se debería usar para preparar a los pacientes cuando se sabe que van a tener que enfrentarse a ambientes que pueden disparar o provocar el *craving*. Un paciente, que se había abstenido de la cocaína y el alcohol durante un año, planeó ir a un banquete formal donde se serviría alcohol. En el repaso mediante imaginación el terapeuta instó al paciente a imaginar que iba al banquete y que decía cuando se le ofrecía una bebida: «No, gracias, tomaré agua». El terapeuta dijo al paciente que repitiera la imagen varias veces y que controlase sus pensamientos y sensaciones asociados con el repaso mediante la imaginación. Al inicio, el paciente estaba muy ansioso cuando lo hacía, pero después desarrolló gran habilidad y confianza hasta ser capaz de ir al banquete y manejar dicha situación en la que se serviría alcohol a su alrededor.

Algunos pacientes tienen miedo de que, cuando experimenten *craving* e impulsos muy intensos, no sean capaces de tolerar sus sentimientos negativos sin verse en la necesidad imperiosa de tomar drogas (Horvath, 1988; Washton, 1988). Hemos encontrado que es útil enseñar a estos pacientes a tener dominio mediante imaginación, viéndose a sí mismos como personas muy fuertes y poderosas que superan los *craving* y

los impulsos muy bien. Un paciente que se inyectaba cocaína de forma intravenosa, dijo que tenía imágenes repetidas de lo que describía como «la mujer de cocaína». En su imagen, él tenía la sensación de un *craving* intenso de cocaína ya que dibujaba a una mujer muy bonita, que le estaba ofreciendo cocaína. El terapeuta enseñó al paciente a cambiar esta imagen de forma que tuviera más control. Utilizó para ello una metáfora en la que el paciente era el director de una obra; es decir, la mujer de cocaína era un personaje en la obra y el paciente era el director, capaz de decidir cómo sería ella y cómo se comportaría. Después, recondujo la imagen de forma que la «mujer de cocaína» era una persona con una imagen grotesca, muy pequeña, mientras que el paciente era un boxeador muy fuerte capaz de luchar con los impulsos que estaba experimentando.

RESPUESTAS RACIONALES A LOS PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS RELACIONADOS CON LOS IMPULSOS

Los terapeutas empiezan entrenando a los pacientes para dominar sus pensamientos automáticos cuando están teniendo emociones desagradables como la ira, la ansiedad, la tristeza y el aburrimiento. Posteriormente, se instruye a los pacientes para evaluar sus pensamientos automáticos, mientras experimentan *craving* e impulsos.

Es útil que los pacientes lleven consigo una «libreta de terapia» y un bolígrafo para poder escribir estos pensamientos. Se les dice a los pacientes que cada vez que experimenten *craving* intensos o emociones desagradables, se pregunten a sí mismos: «¿Qué pensamientos están pasando por mi mente en este momento?». También se les enseña a anotar cualquier malestar fisiológico y a preguntarse a sí mismos: «¿Qué estoy sintiendo?» y «¿Qué pensamientos están pasando por mi mente?». Entonces ellos escriben las respuestas y llevan sus libretas a la siguiente sesión de terapia.

El Registro diario de pensamientos (RDP) se utiliza para ayudar a los pacientes a examinar pensamientos automáticos negativos y a generar respuestas adaptativas. El RDP se puede completar antes, durante y después de los episodios de *craving*. La utilización del RDP puede demostrar a los pacientes que no están indefensos para enfrentarse a los *craving* y a los impulsos, y revisar el RDP les puede ayudar a recordar este aspecto tan importante.

En la figura 10.1 hemos representado el RDP de «Jim». Como se observa, debajo de la columna de «Situación», Jim estaba sentado en su casa. Había tenido recientemente un accidente en un edificio en construcción, que acabó con la rotura de una mano y una muñeca. Debajo del título de «Situación» escribió: «Sentado en casa, mi mano está rota y no puedo ir a trabajar. Tengo mucho dinero en mi bolsillo». También empezó a pensar en alguno de sus viejos compañeros de drogas y en la última vez que había tomado

cocaína. Jim también era consciente de tener un *craving* intenso de cocaína. Evaluó que estaba experimentando cerca de un 95 % de aburrimiento y ansiedad, un indicador de la cantidad de emociones negativas. Algunos de los pensamientos automáticos que identificó eran: «No hay nada que hacer» y «No puedo soportar este aburrimiento».

Al reexaminar estos pensamientos automáticos los pacientes deben plantearse a sí mismos cinco cuestiones básicas (véase capítulo 9). La primera pregunta es: «¿Cuál es la evidencia a favor y en contra de mi pensamiento automático?». La segunda pregunta es: «¿Hay otras formas de ver esta situación?». La tercera pregunta es: «Si es verdad, ¿cuáles son las consecuencias reales?». La cuarta cuestión es: «¿Cuáles son los inconvenientes de que continúe insistiendo en estos pensamientos?». La última pregunta es: «¿Qué acción constructiva puedo realizar para solucionar este problema?».

Jim empezó a examinar el pensamiento automático «No hay nada que hacer», preguntándose a sí mismo: «¿Cuál es la evidencia en su contra?». Respondió a esta cuestión diciendo: «Realmente, hay muchísimas cosas que puedo hacer; por ejemplo, ir a una reunión, ver un partido o llamar a mi terapeuta». Después, se preguntó de nuevo a sí mismo: «¿Existen otras formas de mirárselo? ¿Realmente me parece que no hay nada que hacer?». Sus respuestas fueron: «No, no es verdad que no haya nada que hacer, pero el dolor del aburrimiento hace difícil que vea otras cosas que pueda hacer». Entonces se preguntó: «Si es verdad, ¿cuáles son las consecuencias reales?». Respondió: «Bien, si fuera verdad que realmente no hay nada que hacer, entonces las consecuencias serían que me sentiría aburrido, y aunque el aburrimiento resulta doloroso, no es el fin del mundo. Las consecuencias son que me sentiré aburrido pero esto ya desaparecerá». La siguiente pregunta de Jim fue: «Si es verdad, ¿cuáles son los inconvenientes de continuar insistiendo en estos pensamientos?». Respondió: «La desventaja es que me siento indefenso, lo que a su vez, conduce al deseo de tomar cocaína». La última pregunta del paciente fue: «¿Qué acción constructiva puedo hacer?». Respondió: «Puedo coger un periódico y leer la sección de deportes hasta que sea la hora de la reunión». La creencia de Jim acerca de la racionalidad de su respuesta fue de un 90 %. En la última columna, vemos que Jim ha reevaluado su creencia en el pensamiento automático en un 10 %. Esto indica que la respuesta racional ha tenido un impacto significativo en la modificación de la creencia de Jim en esos pensamientos automáticos. También podemos ver que su nivel de aburrimiento y ansiedad han disminuido, yendo de un 95 % en cada uno a un 30 % en aburrimiento y un 20 % en ansiedad. Este nivel de disminución indica una reducción en la intensidad de estas emociones, que a su vez le

ayudará a reducir la probabilidad de que tome cocaína para afrontar el aburrimiento y la ansiedad.

Además, utilizando una escala *rating* de 0-100 en el RDP estándar (a pesar del nivel de confianza acerca de los pensamientos) el paciente comprende que los pensamientos automáticos no son necesariamente realidades objetivas. Los pacientes pueden aprender a utilizar la escala *rating* para calibrar cambios en sus percepciones a medida que van aplicando las técnicas cognitivas y conductuales. Por tanto, la escala *rating* de 0-100 sirve como un barómetro cognitivo útil.

El *craving* es una experiencia idiosincrásica formada por componentes cognitivos, afectivos, conductuales y fisiológicos. Por tanto, identificando sus componentes, los pacientes pueden ser más objetivos acerca de su experiencia de *craving* y, así, disminuir su intensidad subjetiva.

Más adelante, mediante la utilización de los siguientes registros PRD, el terapeuta fue capaz de ayudar a Jim a ser más objetivo acerca del *craving*. El estímulo (p. ej., una sensación extrema de aburrimiento o ansiedad) activó o disparó las creencias «No puedo soportar estar sin cocaína» y «El *craving* hace que lo haga», representado por el pensamiento automático «No puedo soportarlo». Jim etiquetaba inicialmente como *craving* una secuencia de acontecimientos que incluían sus respuestas fisiológicas, la tensión, sudoración excesiva y el impulso a buscar alivio. Entonces el terapeuta le ayudó a entender qué intervenciones podía hacer, como por ejemplo, ser consciente de los pensamientos automáticos y ser capaz de responder racionalmente a ello, disminuyendo, por tanto, el impulso a tomar cocaína.

Instrucciones: Cuando notes que tu estado de ánimo está empeorando, pregúntate a ti mismo: «¿Qué está pasando por mi cabeza en este momento?», y tan pronto como sea posible anota brevemente el pensamiento o la imagen mental en la columna de Pensamiento(s) automático(s).

DÍA/HORA	SITUACIÓN 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.	PENSAMIENTO(S) AUTOMÁTICO(S) 1. Escribe los pensamiento(s) automático(s) que van precedidos de emoción(es). 2. Evalúa la automaticidad de la creencia, 0-100 %.	EMOCIONES 1. Especificar tristeza, ansiedad/ enfado, etc. 2. Valorar el grado de emoción 0-100%.	RESPUESTA RACIONAL 1. Escribir una respuesta racional a los pensamiento(s) automáticos. 2. Valorar la racionalidad de la creencia 0-100 %.	RESULTADO 1. Revalorar la creencia en los pensamiento(s) automático(s) 0-100 %. 2. Especificar y valorar las emociones consecuentes 0-100 %.
	«Sentado en casa, mi mano está rota y no puedo ir a trabajar. Tengo mucho dinero en mi bolsillo.» «Pienso en algunos compañeros antiguos de droga y en la última vez que tomé cocaína.» «Empezó a tener craving de cocaína.»	«No hay nada que hacer.» «No puedo soportar este aburrimiento.»	Aburrimiento Ansiedad (95 %)	«Realmente hay muchísimas cosas que puedo hacer; por ejemplo, ir a una reunión, ver un partido o llamar a mi terapeuta.» «No, no es verdad que no haya nada que hacer, pero el dolor del aburrimiento hace difícil que vea otras cosas que pueda hacer.» «Bien, si fuera verdad que realmente no hay nada que hacer, entonces las consecuencias serían que me sentiría aburrido, y aunque el aburrimiento resulta doloroso, no es el fin del mundo. Las consecuencias son que me sentiré aburrido pero ya desaparecerán.» «La desventaja de que siga insistiendo en estos pensamientos es que me siento indefenso, lo que a su vez, conduce al deseo de tomar cocaína.» Puedo coger un periódico y leer la sección de deportes hasta que sea hora de ir a la reunión.» (90 %)	10 % Aburrimiento (30 %) Ansiedad (20 %)

Algunas preguntas que ayudarán a formular respuestas racionales: 1. ¿Qué evidencias existen de que el pensamiento automático sea verdadero? ¿No es verdadero? 2. ¿Hay alguna explicación alternativa? 3. ¿Qué es lo peor que puede pasar? ¿Puedo vivir con ello? ¿Qué es lo mejor que puede pasar? ¿Cuál es el resultado más realista? 4. ¿Qué debería hacer acerca de ello? 5. ¿Cuál es el efecto de creer en pensamientos automáticos? ¿Cuál puede ser el efecto de cambiar mi pensamiento? 6. Si (el nombre de mi amigo) estuviera en mi situación y tuviera este pensamiento, ¿qué le diría yo a él?

Figura 10.1. Registro diario de pensamientos de Jim.

Además, es importante ayudar a los pacientes a afrontar los *craving* enseñándoles a probar sus *predicciones* idiosincrásicas acerca de la duración y la intensidad del fenómeno del *craving*, así como la *habilidad* del paciente para controlarlo. Esto se puede conseguir enseñándoles a controlar la intensidad, frecuencia y duración del *craving* de forma que puedan contrarrestar su visión dicotómica y catastrófica del fenómeno del *craving* (Hovarth, 1988, en prensa; Tiffany, 1990).

Como ejemplo de estas predicciones catastróficas, veamos las siguientes frases:

- «Si no tomo algo ahora mismo, no seré capaz de ir a trabajar; perderé mi trabajo».
- «Sin la droga, tendré los nervios destrozados todo el día. Todo el mundo pensará que voy a tener una crisis nerviosa.»
- «No tendré una vida normal nunca más. Soy un esclavo de la droga. Simplemente tengo que tomarla para conseguir pasar el día.»
- «Si me resisto ahora a tomar la droga, necesitaré dos veces más de la misma después para llegar a sentirme normal. Si esto ocurre, puedo sufrir incluso una sobredosis.»

Los pacientes con una larga historia de abuso de drogas, a menudo se implican sólo en actividades centradas alrededor del uso o la búsqueda de las mismas. Frecuentemente, toda su red social está relacionada con las drogas. Cuando los pacientes están intentando controlar su abuso de sustancias, suelen encontrar que al principio es beneficioso permanecer al margen de las personas, lugares y cosas asociadas con su estilo de vida anterior (O'Brien y otros, 1992). Como resultado, cuando los pacientes se están recuperando deben enfrentarse con mucho tiempo libre en sus manos. El aburrimiento que suele acompañar a este estado puede resultar problemático para la abstinencia de los pacientes, a menos que se reemplace por nuevas actividades.

Por ello, los programas de actividades resultan útiles. Primero, el programa de actividades se usa para recoger una línea base de cómo pasan el tiempo realmente los pacientes. Los programas de actividades también se pueden realizar proactivamente para estructurar de manera constructiva el día de los pacientes. Muchos pacientes con abuso de drogas han olvidado algunas de las actividades en las que alguna vez habían disfrutado antes de los días en que abusaron de las drogas. La programación de actividades puede revitalizar algunas de estas actividades viejas, divertidas y prosociales. Estas actividades, si gustan al paciente, le ayudarán a rehacer su vida al margen de la influencia de la droga (Hall, Havassy y Wasserman, 1991).

Dichas actividades sirven para dos propósitos. Algunas de ellas ayudan a los pacientes a corto plazo a manejar sus crisis inmediatas de afrontamiento de los impulsos. Otras actividades de esta lista son alternativas a largo plazo a las conductas previas del paciente relacionadas con la droga. En general, la finalidad de estas actividades sustitutas es proporcionar a los pacientes la posibilidad de hacer algo diferente a la experiencia de usar drogas, que es positiva aunque de vida corta y engañosa. Esto no quiere decir que estas actividades sean igual que el placer intenso e inmediato producido al usar drogas como la cocaína; sin embargo, estas actividades tienen muchas ventajas a largo plazo.

Mientras que resulta vital enseñar a los pacientes con abuso de sustancias a buscar alternativas (fuentes de refuerzo *no relacionadas* con las drogas), los terapeutas deben tener presente que esto requerirá de mucho entrenamiento y práctica. La dificultad estriba en el hecho de que tomar drogas no requiere de habilidades concretas, mientras que las actividades no relacionadas con las drogas requerirán de habilidades considerables (Stitzer y otros, 1984). Por tanto, los terapeutas no deben dar por hecho que los pacientes saben cómo programar actividades positivas y se deben preparar para

tratar la falta de confianza, marcada desesperación y evitación pasiva que envuelve a esta técnica.

ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN

Otra técnica que hemos encontrado útil, es el entrenamiento en relajación (Bernstein y Borkovec, 1973). El entrenamiento en relajación ofrece a los pacientes una herramienta que pueden usar para afrontar emociones como la ansiedad o la ira, las cuales, en algunos pacientes, pueden disparar los *craving* (véase capítulo 15).

Cuando se presentan las técnicas de relajación a los pacientes, es importante ofrecerles las razones para aplicarlas durante esta intervención. Por ejemplo, el entrenamiento en relajación es un método para reducir la tensión que, si no se controla, puede conducir al *craving*. El entrenamiento en relajación también ayuda a desarrollar un mayor sentimiento general de bienestar, disminuyendo la sensación de estrés de día a día. Además, una persona relajada es menos probable que actúe impulsivamente y de manera desesperada.

Es importante que los pacientes comprendan que la relajación es una técnica que se puede aprender como cualquier otra habilidad. Cuanto más practiquen su entrenamiento en relajación, más capaces serán de evocar un estado de relajación profundo. Recomendamos que el primer ejercicio de relajación tenga lugar en la sesión de terapia, bajo la supervisión del terapeuta, para así poder asegurar que los pacientes lo están haciendo adecuadamente.

Resumen

Los tres objetivos más importantes de este capítulo son: a) centrarse en la importancia de manejar los impulsos y los *craving*; b) comprender mejor la experiencia subjetiva del paciente, y c) describir técnicas que puedan ayudar al paciente a afrontar mejor sus impulsos y sus *craving*.

Uno de los factores que más contribuyen al fracaso del tratamiento, es el descontrol de los impulsos y los *craving*. Por tanto, es necesario enseñar a los pacientes, al inicio del tratamiento, a controlar y manejar sus impulsos y sus *craving*.

CAPÍTULO 11

PRESTAR ATENCIÓN A LAS CREENCIAS

Las creencias se definen como estructuras cognitivas relativamente rígidas y duraderas, que no son fáciles de modificar por la experiencia. En la terapia cognitiva se suele proponer que las creencias tienen una influencia enorme en los sentimientos y en las conductas. Por ejemplo, los pacientes deprimidos tienen puntos de vista negativos y globales acerca de sí mismos, el mundo y el futuro. Estas creencias influyen en sus sentimientos de desesperación, culpa y tristeza (Beck y otros, 1979). Las creencias negativas también contribuyen en conductas depresivas como aislarse o alejarse. En el caso de los trastornos de ansiedad, los pacientes tienen creencias aprensivas y negativas acerca de alguna amenaza del futuro que contribuya a la evitación, ansiedad y puede que al pánico (Beck y otros, 1985).

Hay al menos tres tipos de creencias pertinentes en el caso de los pacientes con abuso de sustancias: anticipadoras, orientadas hacia el alivio y facilitadoras o también denominadas permisivas. Tal y como describimos en los capítulos 2 y 3, las creencias anticipadoras comprenden expectativas de recompensa, tales como: «Esta noche haremos una gran fiesta. ¡No puedo esperar a colocarme!». Las creencias relacionadas con el alivio son aquellas que suponen que la utilización de las drogas acabará con un estado de malestar determinado, por ejemplo: «No puedo soportar el aislamiento. Necesito un pico». Y finalmente, las creencias facilitadoras o permisivas son aquellas que consideran que tomar drogas es aceptable, a pesar de las posibles consecuencias; por ejemplo: «Sólo las personas débiles tienen problemas con las drogas. Esto no me ocurrirá a mí». Las creencias permisivas también tienen mucho en común con lo que denominamos, más frecuentemente, como «racionalizaciones». Los pacientes tienen pensamientos destinados a «justificar» su consumo de drogas: «*Tengo* que tomar cocaína o no seré capaz de concentrarme en mi trabajo». Este pensamiento es equivalente a autoengañarse.

Los siguientes ejemplos ilustran las creencias adictivas de dos personas que son adictas a la cocaína. (Utilizaremos estos casos como ejemplos para ilustrar una serie de aspectos importantes en lo que queda de capítulo.)

«Louise» es una madre soltera de 21 años, sin trabajo, que ha estado tomando cocaína durante dos años. La mayoría de las personas que se encuentran con Louise podrían pensar que ha tenido una vida «dura». Cuando Louise no se puede permitir comprar cocaína, se prostituye para conseguir dinero. Tiene las siguientes creencias adictivas acerca de la cocaína y de sí misma:

- «Necesito las drogas para no sentir el dolor».
- «Da lo mismo que tome droga, ya que mi vida no mejorará de ninguna forma.»
- «De lo único que tengo ganas, es de colocarme.»
- «Soy fuerte; puedo soportar las drogas.»

Al contrario de Louise, «Bill» es un ejecutivo comercial con éxito de 39 años, que ha estado tomando cocaína los últimos tres años. «Le encantan las fiestas» con sus amigos y compañeros de trabajo. Tiene las siguientes creencias adictivas:

- «Trabajo como un demonio toda la semana. Merezco poder colocarme el fin de semana».
- «No puedo coger el ritmo sin alguna esnifada ocasional de cocaína.»
- «Nunca he fallado en nada, así que las drogas no me harán daño.»
- «Soy básicamente un hombre bastante decente.»

A primera vista, Bill y Louise parecen muy distintos uno de otro. Sin embargo, a medida que los examinas más de cerca, se puede ver que ambos son víctimas de las creencias anticipadoras, orientadas hacia el alivio y permisivas, que perpetúan sus adicciones.

En vez de creencias *adictivas*, los individuos deberían tener creencias de *control*. Las creencias de control se definen como creencias que disminuyen la probabilidad de tomar drogas o abusar de las mismas. Pongamos algunos ejemplos de este tipo de creencias control:

- «Las drogas son peligrosas para mi bienestar».
- «Soy capaz de resistir los impulsos.»
- «Si tolero este *craving* un rato, perderé mi fuerza de voluntad.»
- «Si resisto este impulso me sentiré más libre.»
- «Lo que más me interesa es estar libre de las drogas.»

Una persona adicta puede tener creencias contradictorias. Por ejemplo, una persona con dependencia de las drogas podría tener la siguiente creencia: «Me encanta la sensación de colocarme», y simultáneamente la creencia control de «Esto me mata». Como resultado de estas creencias contradictorias las personas que dependen de las drogas son contradictorias acerca de su hábito. Pueden despertar un día por la mañana y

«jurarse» a sí mismos renunciar a las drogas. Al mediodía se verán buscando tratamiento para sus adicciones aunque por la noche, puede ser que estén consumiendo de nuevo. (Las creencias contradictorias también son frecuentes, evidentemente, entre las personas que han intentado disminuir el tabaco o dejar de fumar.)

Cuando las creencias adictivas son más fuertes que las creencias control, una persona adicta a la droga tendrá más probabilidad de consumir. Evidentemente, lo contrario también resulta cierto: cuando las creencias de control predominan sobre las creencias adictivas, la persona tiene más probabilidad de mantener la abstinencia. Un objetivo ideal para la terapia cognitiva es identificar y eliminar las creencias adictivas del paciente, reemplazándolas con creencias control más adaptativas. De forma más realista, el objetivo de la terapia cognitiva es facilitar el proceso mediante el cual las creencias control del paciente acaben siendo más influyentes que sus creencias sobre la adicción. El resultado, evidentemente, será que el paciente se abstendrá, o al menos disminuirá el consumo de drogas. A continuación exponemos una lista de métodos específicos para tratar los sistemas de creencias problemáticas de los pacientes que abusan de las drogas:

1. *Evaluar* creencias.
2. *Orientar* al paciente hacia el modelo de terapia cognitiva.
3. *Examinar y probar* las creencias adictivas.
4. *Desarrollar* creencias de control.
5. *Practicar* la activación de creencias de control.
6. *Asignar actividades entre sesiones* para fomentar estas creencias.

En lo que resta de capítulo describiremos estos seis métodos con más detalle.

Evaluar creencias

Para modificar las creencias sobre la adicción del paciente, primero el terapeuta cognitivo debería comprender de forma precisa el rol que interpretan estas creencias en la vida del paciente. Por tanto, hay que hacer una evaluación cuidadosa para cada paciente. Esto se puede conseguir de dos formas: a través de la interacción terapeuta-paciente durante las sesiones de psicoterapia y con cuestionarios estandarizados.

Las siguientes preguntas abiertas son ejemplos útiles que podemos seguir para elicitación de información acerca de las creencias de los pacientes:

- «¿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?»

A medida que el paciente responde a estas preguntas, el terapeuta expresa verbalmente lo que aquél ha dicho, poniendo un énfasis especial en las creencias expresadas por el paciente. En varios momentos de la entrevista el terapeuta proporciona «resúmenes parciales» de lo que se ha estado tratando, insistiendo en los pensamientos del paciente. Para ilustrar dicho proceso, presentaremos el siguiente diálogo entre el paciente y el terapeuta, extraído de la primera sesión. Louise fue derivada a terapia por un médico de asistencia primaria, que la había tratado en la clínica de salud del condado por gonorrea.

TE: Hola, Louise. ¿De qué te gustaría hablar hoy?

PT: Ni siquiera lo sé. Me ha enviado el doctor de la clínica. Me figuro que debo estar aquí.

TE: Debes tener algunas preocupaciones... cosas que te molesten.

PT: Sí, eso creo. Pero no sé si me hará bien hablar de ello contigo.

TE: O sea que dudas de que esto te sirva.

PT: Sí, eso es.

TE: ¿Qué otros pensamientos te pasan por la cabeza por el hecho de estar aquí?

PT: Bueno, he estado en tratamiento antes, pero como ya habrás podido adivinar estoy de nuevo hecha una mierda.

TE: ¿Qué quieres decir con que estás «hecha una mierda»?

PT: ¡Vamos hombre! ¡Ya sabes a lo que me refiero! ¡Estoy metida en las drogas!

TE: Por tanto, ¿estar «hecha una mierda» significa que estás tomando drogas cada día? ¿Semanalmente? ¿Mensualmente?

PT: ¡Para mí todo significa estar metida en las drogas!

TE: Así, para ti, ¿cualquier desliz lo considerarías estar «hecha una mierda»?

PT: ¡Sí! Estuve limpia durante un mes y entonces, la semana pasada, tuve problemas graves con mi antiguo hombre. Entonces estuve tomando drogas durante dos días compulsivamente.

TE: ¿Y qué has hecho desde entonces?

PT: Si te refieres a las drogas, he estado limpia desde entonces, aunque no supongo que acabe aquí.

TE: Así que cuando tienes un desliz, incluso sólo uno, te ves a ti misma como si hubieras recaído.

PT: Correcto.

TE: Y cuando dices «No supongo que acabe aquí» tengo la impresión de que no te sientes capaz de pasar sin tomar drogas.

PT: No, sinceramente no. Algunas veces parece muy fácil estar sin tomar drogas y, a veces, se hace realmente imposible.

TE: De momento, por lo que has dicho, pareces escéptica acerca de estar aquí. Dudas de que yo te pueda ayudar y te ves a ti misma, como si hubieras tenido una recaída completa, sólo por los días en que te estuviste drogando. Generalmente, te ves a ti misma indefensa para controlar el consumo de drogas.

PT: ¡Sí, eso es en resumidas cuentas!

Ya en los primeros minutos de la primera entrevista, la paciente ha revelado algunas de sus creencias relacionadas con las drogas. No parece tener creencias de control muy notables. El terapeuta continuó construyendo una base de datos de sus creencias adictivas y de control, que más tarde tendrían un papel muy relevante en la terapia.

Además del proceso de entrevista, diversos cuestionarios estaban disponibles para recoger datos acerca de las creencias de la persona. Algunos han sido diseñados para evaluar las creencias generales (p. ej., la Escala de actitudes disfuncionales; Weissman y Beck, 1978); algunos están diseñados para evaluar el estado de ánimo (p. ej., Escala de depresión de Beck; Beck y otros, 1961); mientras que otros (recientemente elaborados en el Centro de Terapia Cognitiva de Filadelfia) han sido diseñados específicamente para evaluar las creencias relacionadas con las drogas (p. ej., el Cuestionario de creencias sobre *el craving*, Creencias y abuso de sustancias, y Pensamientos automáticos acerca del abuso de sustancias).

El terapeuta entrega estos cuestionarios al paciente al inicio de la terapia para proporcionarle una línea base. Luego, los completan en las siguientes visitas para evaluar los cambios que hayan ocurrido a lo largo del tratamiento. Durante el proceso de terapia, estos cuestionarios ayudan al terapeuta a comprender el «estatus de las creencias» del paciente y cómo se relaciona con los problemas y las mejorías. Por ejemplo, durante la tercera visita, Louise expresó que quería empezar a tomar cocaína de nuevo. Cuando se examinó su Cuestionario de creencias sobre el *craving*, el terapeuta vio un incremento en

las creencias adictivas de Louise acerca del *craving*. Había indicado en el cuestionario que creía *firmemente* en lo siguiente:

- «El *craving* está totalmente fuera de control.»
- «El *craving* te puede volver loco.»
- «Siempre tengo *craving* de cocaína.»
- «El *craving* me pone tan nerviosa que no lo puedo soportar.»
- «Como tendré el *craving* el resto de mi vida, da lo mismo que empiece de nuevo a tomar cocaína.»
- «Si el *craving* se hace demasiado intenso, la única forma de afrontar dicho sentimiento es con cocaína.»
- «No puedo soportar las sensaciones de pánico cuando tengo el *craving* de cocaína.»
- «El *craving* me da miedo.»

Además de proporcionar estos datos al terapeuta, Louise también completó la Escala de depresión de Beck (BDI) antes de esta sesión y su terapeuta apreció que había obtenido una puntuación de 20, que sugiere una moderada depresión. Louise puntuó favorablemente en las siguientes afirmaciones:

- «Me siento triste.»
- «Me siento como si no tuviera ganas de hacer nada.»
- «No hay nada que me satisfaga y todo me aburre.»
- «Estoy disgustada conmigo misma.»
- «Me culpo constantemente por mis errores.»
- «Me siento todo el tiempo irritada.»
- «He perdido cualquier interés por la gente.»
- «Tengo que esforzarme mucho para hacer cualquier cosa.»
- «He perdido completamente el interés por el sexo.»

Ambos cuestionarios, conjuntamente, alertaron al terapeuta de que Louise sufría un estado disfórico y el posible efecto que esto podría tener en el tratamiento. Se hizo aún más claro durante la sesión que Louise estaba luchando con un círculo vicioso (véase figura 11.1): tenía impulsos muy fuertes de tomar cocaína; creía que no podría controlar estos impulsos; creía también que nunca desaparecerían; además creía que no podía ir a ningún sitio para buscar apoyo, ya que «todos» sus «amigos» tomaban cocaína; creía que su falta de amigos significaba que nunca podría estar contenta de nuevo; se sentía deprimida y creía que solamente la cocaína podría devolverle la alegría, cosa que aún incrementaba más sus impulsos, y así seguía dentro del círculo. A partir de la evaluación que el terapeuta hizo de las creencias de Louise, éste fue capaz de ayudarla a tratar de modificarlas.

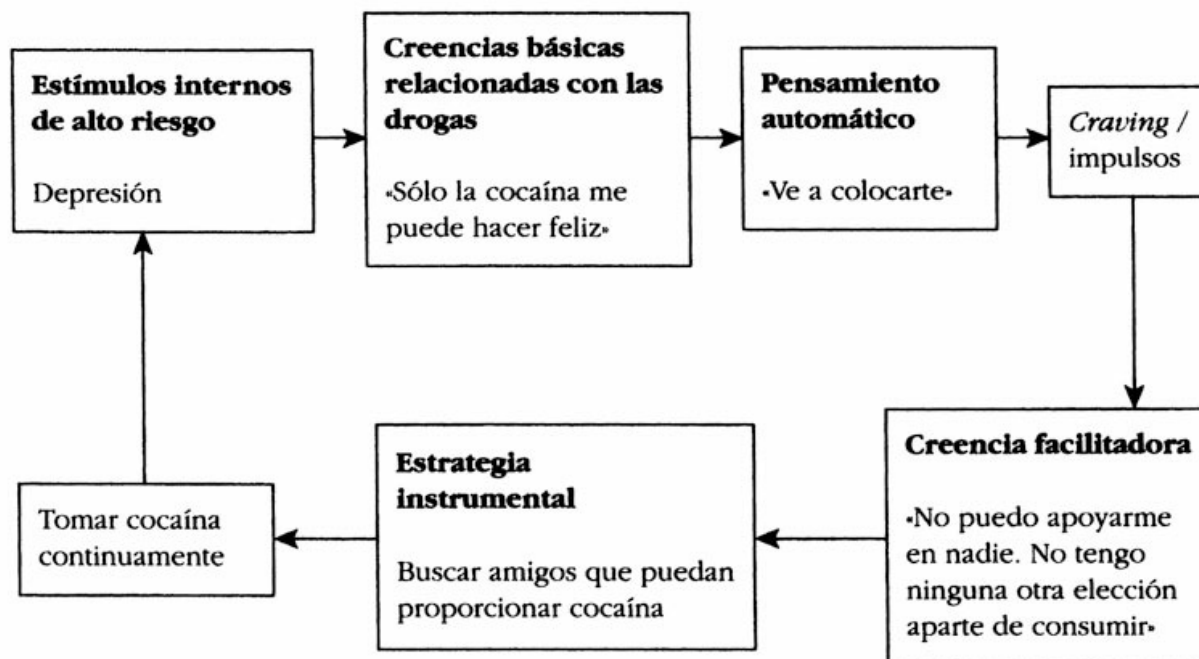


Figura 11.1. Modelo cognitivo aplicado a Louise.

Orientar al paciente hacia el modelo de terapia cognitiva

Muchas personas adictas tienen una visión externa de su adicción. Creen lo siguiente: «No tengo control, en absoluto», «Lo único que necesito es ponerme en manos de un doctor. Puede que esta vez consigan que mejore», o «Este tratamiento probablemente no funcione, ya que no me hace nada». Por tanto, es importante que se oriente a los pacientes hacia el modelo de terapia cognitiva en los primeros estadios de la terapia. Orientar a los pacientes implica modificar sus creencias acerca de sus adicciones, desde una orientación externa (p. ej., «El control está fuera de mí») hacia una orientación interna (p. ej., «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 estímulo», «*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.

En el siguiente diálogo, el terapeuta de Bill le está introduciendo en el modelo de terapia cognitiva:

TE: Bill, hablemos sobre cómo se fue desarrollando esta adicción. ¿Cómo piensas que llegaste a hacerte adicto a la cocaína?

PT: Cuando empecé a tomar cocaína con mis amigos, no era más que una cosa inocente.

TE: ¿Qué quieres decir por «inocente»?

PT: Bien, cuando empecé a tomarla podía controlarme. Hacía que lo pasara bien con mis amigos. Ahora, parece que la cocaína puede controlarme a mí.

TE: ¿Qué quieres decir con la expresión «me controla»?

PT: A veces, me siento como si no tuviera más opción acerca de si voy o no a utilizar drogas.

TE: ¿Me estas diciendo que no tienes control sobre los impulsos y los *craving*? ¿Te parecen involuntarios e irresistibles?

PT: Sí, la mayoría de las veces.

TE: Así que puede que creas que las propiedades químicas sean como magnéticas, y te llevan involuntariamente a consumir drogas.

PT: Correcto.

TE: Bien, consideremos otra perspectiva. Lo que me gustaría enseñarte es el modelo que utilizo para comprender la adicción. Empezamos por un diagrama. (*El terapeuta dibuja un diagrama* [presentado en el capítulo 3].) Primero, definamos los términos de este diagrama. Un estímulo es una circunstancia interna o externa que puede fomentar sentimientos y creencias. Una creencia es una idea establecida que tienes acerca del estímulo o de cómo debes responder al estímulo. Tu creencia, a su vez, activa una serie de pensamientos automáticos, que a su vez, disparan los impulsos y los *craving*. ¿Tienes alguna pregunta hasta aquí?

PT: No estoy seguro de que entienda lo que me dices.

TE: Bien. Lo más importante de este modelo es que se centra en tus pensamientos y creencias, como si jugaran un papel muy importante en tus impulsos y en el *craving*. Previamente, creíste que tus impulsos eran sólo el resultado de un proceso biológico sobre el cual no tenías ningún control. En cambio, es más fácil pensar que los impulsos están influenciados por tus pensamientos, y que al final están bajo tu control.

PT: Por tanto, si puedo controlar mis pensamientos y si mis pensamientos controlan que

tome drogas, y si consumir drogas resulta tan malo para mí, entonces, ¿por qué sigo tomándolas?

TE: Ésa es una buena pregunta, Bill. Cuando tomas cocaína es en parte porque crees que las ventajas inmediatas de tomarla superan las desventajas a largo plazo.

PT: Me he dado cuenta de que otra razón por la que continúo tomando es que no creo que nunca me lleguen a pasar cosas malas.

TE: Sí, correcto. Bill, en la terapia cognitiva debes tener en cuenta que intentaré centrarme en tus pensamientos y creencias. Específicamente, intentaré ayudarte a modificar tus creencias de forma que seas menos vulnerable a tomar drogas. ¿Qué opinas de todo ello?

PT: Suena bastante bien.

TE: ¿Qué es lo que «suena tan bien» del modelo?

PT: Bien, me da más esperanzas de controlar mis impulsos y conductas, antes que dejar que me controlen ellas a mí.

Examinar y probar las creencias adictivas

Las creencias adictivas se van desarrollando a lo largo del tiempo. Como resultado, se acaban asimilando mucho y se vuelven extremadamente resistentes al cambio. La persona que es adicta va recogiendo datos, que apoyan dichas creencias tales como «las drogas son divertidas y muy excitantes», «la cocaína aumenta la experiencia sexual y otras actividades» y «nada puede compararse con tomar cocaína». Muchas personas que abusan de la droga han intentado dejar de usarla alguna u otra vez; sin embargo, la dificultad para hacerlo les proporciona una forma de validez para su creencia «Es inútil que intente controlar mi adicción».

Dada la naturaleza resistente de estas creencias adictivas, el proceso de modificarlas es todo un reto. Después de que el terapeuta haya evaluado las creencias del paciente y lo haya orientado en el modelo de terapia cognitiva, debería empezar a examinar y refutar o probar la veracidad de cada una de estas creencias. Este proceso de examinar las creencias adictivas implica plantear cuestiones a los pacientes que les permitan validar estas creencias. Este proceso se conoce como «método socrático» o «descubrimiento guiado». Veamos algunas preguntas apropiadas en este proceso:

- «¿Qué evidencias tienes de estas creencias?».
- «¿Cómo sabes que esta creencia es verdad?»
- «¿Dónde está eso escrito?»

- «¿Dónde has aprendido eso?»
- «¿Tienes mucha confianza en dicha creencia?»

Cuando el paciente considere estas preguntas, se empezarán a «aflojar» suavemente las creencias adictivas. Es decir, el paciente empezará a considerar la posibilidad de que las creencias que tiene sobre la adicción no son necesariamente verdaderas. El siguiente diálogo entre Bill y su terapeuta ilustra dicho proceso:

TE: Bill, hablemos de tus creencias acerca de la cocaína.

PT: ¿Quieres saber la verdad? Han pasado tres semanas desde mi última dosis y... debería ser sincero sobre este aspecto... realmente me siento como perdido.

TE: ¿Qué has perdido por no tomar drogas?

PT: Lo he perdido todo, mis amigos, las fiestas, todo el ímpetu que conllevaban.

TE: Parece que asocies la cocaína con la socialización y la diversión.

PT: Claro que sí. No hay nada más divertido que sentarse alrededor de un grupo de amigos y colocarse.

TE: ¿Así que no crees que exista *nada* más divertido que colocarse?

PT: (*Piensa*) Mm... (*mueve su cabeza enérgicamente, sonriendo*)... ¡No!

TE: ¿Nada?

PT: (*Todavía sonríe*) ¡Nada que *yo* haya hecho!

TE: Examinemos esa creencia detalladamente. Ante todo, ¿qué confianza tienes en que realmente no hay *nada* tan divertido como colocarse?

PT: Puede que haya *alguna* cosa más divertida, pero yo no lo sé.

TE: Bill, antes de tomar cocaína, ¿qué hacías para divertirte?

PT: Mm... (*una larga pausa*)... puede que eso explique en parte porque empecé a tomar cocaína. Recuerdo estar aburrido; un poco. Realmente estaba metido en una rutina... aburrido con mi trabajo y mi vida en general.

TE: Así que inicialmente empezaste con la cocaína para escapar del aburrimiento y la monotonía de tu vida.

PT: Sí.

TE: Suena como si hubieras estado en un período de tu vida poco satisfactorio e incluso infeliz.

PT: Seguro.

TE: Y buscabas una solución que fuera simple e inmediata.

PT: Puede.

TE: ¿Puede?

PT: Bien, realmente creo que tengo tendencia a buscar soluciones simples y rápidas.

TE: Volvamos de nuevo a tu creencia original: «Nada es más divertido que colocarse».

Cuando empezaste a tomar cocaína, al inicio, ¿qué otras alternativas habías explorado para intentar superar tu aburrimiento y estancamiento?

PT: Bueno, puede que no diera muchas más oportunidades a otras alternativas.

TE: Así, entonces, ¿qué evidencias tienes de que tomar cocaína es la única cosa divertida que puedes hacer con tus amigos?

PT: Realmente, si lo dices de esta forma, y cuando reviso mi vida, creo que empecé con eso en un momento de mi vida en que cualquier forma de escapar me hubiera parecido bien.

Al principio de este diálogo Bill estaba seguro de que nada era tan gratificante como tomar cocaína. Sin embargo, las preguntas del terapeuta le condujeron a que reconsiderase su creencia. A medida que la confianza del paciente en sus creencias se empieza a desvanecer, puede empezar a reemplazar estas creencias por creencias de control más adaptativas.

Desarrollar creencias de control

Normalmente, el método socrático proporciona una estrategia excelente para que los pacientes examinen sus creencias disfuncionales y las reemplacen por creencias más constructivas y alternativas. En el caso de la adicción a la cocaína, el método socrático estimula a los pacientes a examinar sus creencias adictivas y a reemplazarlas por creencias control. Por ejemplo, éstas son algunas preguntas que permiten introducir creencias control:

- «¿Qué harías si no pudieses conseguir droga?».
- «¿Cuáles son las desventajas de tomar drogas?»
- «¿De qué otra forma puedes ver esta situación?»
- «¿De qué otra forma podrías conseguir el mismo resultado? ¿Qué más?»

La discusión anterior con Bill ilustró cómo el interrogatorio guiado puede «aflojar» las creencias mantenidas por el paciente acerca de las ventajas de tomar cocaína. En esta sección, continuamos con el diálogo de Bill para ilustrar cómo le ayuda el terapeuta a desarrollar creencias control:

TE: Bill, ahora pareces menos decidido a creer que nada sea tan divertido como colocarse.

PT: No estoy seguro en qué tengo que creer ahora.

TE: ¿Qué quieres decir?

PT: Bien, todavía creo que colocarme con mis amigos es realmente muy divertido, pero puede que no sea una cosa tan perfecta como yo creía.

TE: Bill, ¿qué más podrías hacer con tus amigos que fuera divertido?

PT: Bien, no lo sé con estos amigos, pero con otros amigos, mucho antes, podía ir a jugar un partido de béisbol, jugar a frontón o bien practicar otros deportes o hacer otras cosas.

TE: ¿Qué más?

PT: Creo que podría hacer montones de cosas... aunque ninguna parece tan divertida como la cocaína.

TE: Intentemos pensar en algunas cosas más. ¿Qué es lo que más te emocionaba antes de empezar a tomar cocaína?

PT: Bien, era muy aventurero. Cuando era mucho más joven iba de acampada, andaba y escalaba montañas, aunque ahora no estoy en forma para ello.

TE: ¿Qué quieres decir con «No estoy en forma para ello»?

PT: Creo que soy escéptico acerca de poder disfrutar ahora con ese tipo de cosas. Ha pasado demasiado tiempo desde la última vez.

TE: ¿Qué te costaría intentarlo de nuevo?

PT: Creo que sólo tendría que hacerlo.

TE: ¿Cuáles eran algunos de los sentimientos que tenías en el pasado cuando estabas de acampada, caminando o escalando?

PT: ¡Me sentía muy bien... realmente vivo!

TE: ¿Cómo se podría comparar esa sensación con la sensación que consigues al colocarte con cocaína?

PT: (*Pausa*)... Creo que en determinados aspectos era mejor.

TE: ¿Qué quieres decir?

PT: Bien, realmente *conseguía* el mismo nivel o placer que consigo con las otras actividades. No había cortocircuitos entonces. Era una especie de «supersensación».

TE: Así que puede que ahora tengas una creencia de control que pueda reemplazar la vieja creencia adictiva: «Puedo experimentar un supercolocón sin tomar cocaína».

PT: Sí, sólo tengo que recordar ese pensamiento.

Otra estrategia para examinar y probar las creencias adictivas es el Registro diario de pensamientos (RDP; capítulo 9). El RDP es un formulario estandarizado para escribir y modificar los pensamientos poco adaptativos. En el caso de la adicción a la cocaína, es útil para modificar las creencias adictivas que llevan a impulsos y a *craving*. Específicamente, el RDP tiene cinco columnas: situación, emociones, pensamientos automáticos, respuestas racionales y resultados. Cuando el paciente experimenta un impulso o el *craving*, escribe las creencias adictivas que le precipitan a o que nutren ese *craving*. Entonces, en la columna de respuestas racionales escribe creencias de control alternativas; por ejemplo, si la creencia adictiva es «No puedo soportar el estrés sin cocaína», el paciente debería escribir la respuesta control alternativa: «¡Sí, puedo! De hecho, hay muchos días en que me siento mejor porque *no tomo* drogas».

Otra estrategia para desarrollar creencias de control es el análisis de ventajas y desventajas (V-D). Las personas toman drogas porque consideran que las ventajas de hacerlo son mayores que las desventajas. Por tanto, la finalidad del análisis V-D es la de reconducir la atención del paciente a las desventajas de tomar drogas y las ventajas de abstenerse. Se ayuda al paciente a construir una matriz de cuatro celdas, donde se comparan las ventajas y desventajas de dos decisiones alternativas. En relación con la dependencia de cocaína, las dos decisiones alternativas son tomar cocaína y abstenerse de la misma. El terapeuta de Louise utilizó esta estrategia de la siguiente manera:

TE: Me gustaría ayudarte a evaluar las ventajas y desventajas de tomar cocaína *versus* abstenerse de tomarla. Tal y como puedes ver, estoy dibujando una caja de cuatro partes (*dibuja la matriz*). En el lado izquierdo escribimos las «ventajas» y «desventajas». En la parte superior escribiremos «tomar cocaína» y «abstenerse».

Vamos a intentarlo. ¿Cuáles son las ventajas de tomar cocaína?

PT: Te permite tener un respiro y romper con las tonterías... y te lo pasas muy bien.

TE: (*Escribe*) Así, podemos decir que es como romper y que te lo pasas muy bien. ¿Qué más?

PT: Es una oportunidad que tengo para estar con mis amigos.

TE: (*Escribe*) Tiempo para amigos. ¿Qué más?

PT: Practicar el sexo es realmente increíble.

TE: (*Escribe*) El sexo es más divertido. ¿Otras ventajas?

PT: Estoy segura de que las hay... pensaré en ellas.

TE: Bien, si piensas en alguna otra, dímelo. Vayamos ahora a las desventajas de

abstenerse. ¿Qué te pasa por la cabeza?

PT: Bien, es fácil. Debería renunciar a las cosas que he dicho antes: tener un respiro, la diversión, el tiempo con los amigos y sexo increíble.

TE: (*Escribe*) Así que sería como renunciar a «colocarse enseguida».

PT: Sí, es otra forma de mirarlo.

TE: ¿Qué me dices de las desventajas de tomar cocaína?

PT: Creo que me podrían detener.

TE: (*Escribe*) Te podrían detener. ¿Qué más?

PT: Es muy peligroso. He visto a gente en muy mal estado perdiendo el tiempo con esa porquería.

TE: (*Escribe*) Peligro de hacerse daño.

PT: Además, también hay el momento en que te hundes del todo. A veces me siento como si fuese mejor morir... (*pausa larga*)... Y cuando realmente pienso en ello tengo la sensación de perder el control. Creo que otra desventaja es que no me gusta depender de nadie o de nada.

TE: (*Escribe*) Déjame que lo escriba todo: hundirse después de colocarse, sentir que pierdes el control, ser dependiente de alguien y de la droga...

PT: Es duro tener que admitir estas cosas, pero todas son verdad.

TE: ¿Hay otras desventajas de tomar drogas?

PT: Sí, creo que no lo vas a creer, pero realmente quiero a mi hijita. Cada vez que me coloco, me arriesgo a perderla.

TE: (*Escribe*) Así que otra desventaja de tomar drogas es que podrías perder a tu hija. ¿Alguna cosa más?

PT: ¿No es suficiente?

TE: Todas estas cosas parecen muy importantes. ¿Cuáles son las ventajas de abstenerse o dejarlo?

PT: Van parejas a las desventajas de tomarlo: evitaría los problemas de que me puedan detener, o que me haga daño, o que pierda a mi hija y así, podríamos seguir.

TE: ¿Y qué ganas tú?

PT: Autorrespeto... y el respeto de los otros.

TE: Bien, esto completa nuestro análisis. Revisemos lo que he escrito. (*Muestra la matriz [figura 11.21 a Louise.]*) ¿Qué ves aquí?

PA: Veo muchas cosas que no me gustan.

TE: ¿Qué piensas?

PA: Esto me hace sentir mal. No me doy cuenta, pero realmente no me gusta pensar en

mis problemas cuando tomo cocaína.

TE: Y son esos pensamientos, los pensamientos de «control», los que te ayudarán a mantenerte al margen de la droga.

PT: Lo comprendo. Cuando estoy tomando cocaína es más fácil ignorar los pensamientos de control.

	TOMAR COCAÍNA	ABSTENERSE
VENTAJAS	Romper con las «tonterías» Pasarlos bien Estar con los amigos El sexo es más divertido	Consigue: Autorrespeto Respeto de los otros Evita: 1. Ser detenida 2. Ser herida 3. Hundirse 4. Perder el control. 5. Ser independiente
DESVENTAJAS	Peligro de ser detenida Peligro de ser malherida Hundirse es horrible Sentir que se pierde el control Dependencia de los demás Peligro de perder a la hija	«No me “colocaré enseguida” nunca más»

Figura 11.2. Análisis de ventajas-desventajas de Louise.

Práctica de activación de creencias de control

Al acabar los ejercicios (descubrimiento guiado, respuesta racional mediante el RDP y el análisis de V-D), la paciente estaba más atenta a las desventajas de tomar cocaína. Desarrolló adecuadamente creencias control para fortalecer su resolución de no tomar cocaína en el futuro. Sin embargo, es posible que no acceda a estas creencias de control

cuando se enfrente a la «tentación», sobre todo cuando sus creencias adictivas están muy enraizadas. (Esto se hace muy evidente en el último comentario de Louise: «Cuando estoy tomando cocaína, simplemente es más fácil ignorar los pensamientos de control».) Por tanto, se debe prestar una atención especial a la activación de las creencias de control como parte de la terapia. Hay varios métodos que sirven para esta finalidad. Dos métodos presentados en esta sección son las tarjetas-flash y la práctica programada en las sesiones. En la última parte de este capítulo introduciremos las «actividades entre sesiones» como forma ideal de practicar la activación de las creencias de control.

Después de que el paciente desarrolle las creencias de control, se pueden utilizar las tarjetas-flash para reforzar y activar estas nuevas creencias desarrolladas. Por ejemplo, después de acabar el análisis de V-D, el paciente escribió acerca de las desventajas de tomar cocaína (es decir, las creencias de control) en una o varias tarjetas de 6 × 12 cm. Las tarjetas-flash de Louise citaban las siguientes creencias control:

- «Colocarse es muy divertido pero tiene muchas desventajas».
- «Colocarme puede hacer que me detengan o que me maten.»
- «Cuando tomo cocaína, renuncio a controlar mi vida.»
- «Cuando tomo cocaína, me hago dependiente de la droga y de los otros.»
- «Cuando tomo cocaína, me arriesgo a perder a mi hija.»

Al utilizar las tarjetas-flash, es como si Louise se viera empujada a revisar las creencias de control diariamente y a acceder a ellas siempre que tuviera el impulso de tomar cocaína.

La práctica programada (o «repaso encubierto») en las sesiones, a través de la imaginación, es otra herramienta para ayudar a los pacientes a activar sus creencias de control. Se anima al paciente a imaginarse en una situación en la que está tentado a tomar droga. Como esta situación provoca el *craving* en los pacientes, éstos activan las creencias de control para poder mitigarlo. El siguiente diálogo que reproducimos, entre Louise y su terapeuta en una sesión, ilustra perfectamente este concepto:

TE: Louise, al final de nuestra última sesión dijiste que era fácil ignorar las creencias de control cuando estabas usando cocaína. Hoy, me gustaría ayudarte a practicar, a activar tus creencias de control de forma que aparezcan de manera más natural, cuando te encuentres en situaciones de alto riesgo.

PT: Es una buena idea, ya que seguramente son los últimos pensamientos que aparecerían en mi mente, antes de tomar una dosis.

TE: Me gustaría que imaginaras y describieras una situación tentadora en la que

probablemente acabaras drogándote. Sé tan detallista y vívida como sea posible en tu imaginación y descripción. Cuando este ejercicio se hace correctamente, es frecuente que las personas empiecen a sentir el *craving* de cocaína. No tengas miedo ni te sorprendas de que esto ocurra. Realmente, espero que ocurra de esta forma, ya que mi pretensión es que realmente desees tomar cocaína, ésa es la finalidad de este ejercicio. Cuando esto ocurra practicaremos la activación de las creencias de control, que deberían reducir el *craving*.

PT: Bueno, es un poco raro. Pero si insistes... (*pausa larga mientras Louise se concentra en las imágenes*)... Bien, ya lo tengo. Una escena habitual es que me encuentro en casa de mi madre con mi hija, y mi madre me está criticando porque no tengo un trabajo. Me dice de todo: «vaga», «inútil», ya sabes toda esa lista de palabras. De todas formas, siento el impulso de marcharme, aunque sé que no puedo ir a ningún sitio. Me gustaría pegarle pero evidentemente no lo hago. Me gustaría llorar pero no voy a darle la satisfacción de que vea que me ha hecho daño. Y finalmente empiezo a pensar en ir a casa de Michelle. Siempre sabe dónde encontrar algo de «mierda». Pienso: «Eso es lo único que hará que me sienta mejor». Sé que puedo dejar a mi hija con mi madre mientras salgo a colocarme. También pienso en lo que haré si no encuentro a Michelle. Si ella no está, entonces iré al centro y ligaré un cliente rápido. Y entonces siento deseos cada vez más fuertes de colocarme... (*dirige la atención de nuevo al terapeuta*)... Bien, has tenido éxito haciendo que deseara tomar cocaína. Ahora, ¿qué vas a hacer?

PT: ¿Ahora tienes el *craving* de cocaína?

TE: ¡Condenadamente cierto!

PT: Bien, ahora empezaremos a repasar tus creencias de control en voz alta; ya sabes cuáles son.

TE: ¿Las desventajas?

PT: Sí, pero ¡exprésalas con sentimiento! Coge tus tarjetas-flash si lo prefieres.

TE: No, no las necesito. (*Empieza tentativamente, como probando, y luego crece su entusiasmo.*) No voy a colocarme; mi hija me *necesita*. Esto me está *matando*. No hace realmente que las *cosas* vayan mejor. Estoy mejor sin ello. Puedo mantenerme limpia de ello, si quiero. Puedo construir una vida para mi hija y para mí si me *mantengo limpia* (*sonríe*).

TE: ¿Qué estás pensando ahora mientras sonríes?

PT: ¡Que he podido hacerlo!

TE: ¡Fantástico!

En este diálogo, Louise ha conseguido generar un fuerte impulso de tomar cocaína, pero lo contrarrestó completamente con las creencias de control. Este proceso se repitió varias veces a lo largo de las siguientes sesiones. Como asignación de actividades entre sesiones, el terapeuta le aconsejó que lo practicara *in vivo*, en el momento en que las tentaciones de las drogas aparecieran de forma natural.

Asignación de actividades entre sesiones que versen sobre las creencias

Al igual que en las otras aplicaciones de la terapia cognitiva, la asignación de tareas comprende aplicar las habilidades aprendidas en las sesiones de terapia. Por tanto, las actividades entre sesiones son una continuación vital de la terapia (Burns y Auerbach, 1992; Persons y otros, 1988). Como objetivo a largo plazo de las actividades entre sesiones dentro de la terapia cognitiva, los pacientes deberían aprender a utilizar espontáneamente el interrogatorio socrático autoguiado en sus vidas. Por ejemplo: «¿Qué evidencias tengo de esta creencia?», «¿Cuáles son las consecuencias de mis creencias?».

Las actividades programadas entre sesiones son una buena oportunidad para aplicar las creencias control en el «mundo real». Comprenden hacer que los pacientes practiquen la activación de las creencias control para poder afrontar los estímulos de alto riesgo, aunque nunca serán capaces del todo de evitar todos los estímulos tentadores. Louise, por ejemplo, no podrá cambiar la conducta de su madre, pero en cambio, puede aprender a afrontarla de manera más efectiva para ella. Por tanto, una actividad asignada a Louise fue que practicara sus creencias de control en respuesta a sus creencias adictivas y pensamientos automáticos cuando estaba en presencia de su madre.

La asignación de actividades entre sesiones también debe comprender la evaluación de la validez de las creencias adictivas. Por ejemplo, el terapeuta desafió a Bill a que recordara varias maneras de divertirse, para probar y refutar realmente su creencia de que «no hay nada más divertido que tomar cocaína».

Tal y como explicamos en el capítulo 6, las actividades entre sesiones asignadas al final de cada sesión son revisadas al principio de la siguiente sesión. Al inicio, las actividades asignadas son muy estructuradas. Por ejemplo, los terapeutas instruyen a los pacientes para que completen su RDP, cada día. Sin embargo, al final las actividades acaban siendo menos formales, a medida que el paciente desarrolla patrones de pensamiento nuevos y más adaptativos.

Resumen

Gran parte del consumo de drogas se explica por las creencias básicas y pensamientos automáticos que se tienen sobre dicho consumo. Existen al menos tres tipos de creencias relacionadas con las drogas que contribuyen a los impulsos, *craving* y finalmente a tomar drogas: creencias anticipadoras, creencias orientadas al alivio y creencias permisivas. La función del terapeuta cognitivo es la de evaluar, examinar y probar la veracidad de estas creencias con el paciente, con el objetivo de poder reemplazarlas por creencias de control. Hay muchas estrategias cognitivas que ayudan a facilitar este proceso, gran parte de las cuales han sido presentadas en este capítulo.

CAPÍTULO 12

MANEJO DE LOS PROBLEMAS VITALES EN GENERAL

Los pacientes rara vez llegan al tratamiento de adicción o dependencia de las drogas por sí mismos y en ausencia de otros problemas vitales (Carey, 1991). Cuando los pacientes están en una fase temprana de su consumo de drogas, es típico que se encuentren bastante contentos con los efectos de las mismas. Esto ocurre, o bien porque las drogas les producen un estado incomparable de entusiasmo y euforia, o bien porque les proporcionan una especie de respiro artificial ante las obligaciones, presiones, tedio y dolor emocional que puedan estar sufriendo. En esos momentos, los pacientes operan bajo el supuesto de que la utilización de sustancias químicas que alteran el estado de ánimo les ofrece una opción factible y práctica de actuar con un estado mental libre de drogas.

Sin embargo, a medida que dicho consumidor de drogas cada vez es más activo en su proceso de búsqueda, de conseguir y de repetir la experiencia de «colocarse», aparecen toda una serie de problemas. Dichos problemas incluyen, aunque no se limitan a: a) darse cuenta de que el consumo de drogas no les ayuda a que sus obligaciones actuales, responsabilidades y problemas cotidianos desaparezcan de forma mágica; b) desarrollar tolerancia fisiológica a las drogas y, por tanto, necesitar pasar más tiempo y gastar más energía y dinero en la búsqueda de su cada vez más esquivo «colocón»; c) se exacerban los olvidos de aspectos cotidianos y, por tanto, se incrementa el estrés y el deseo de escapar mediante el uso de sustancias psicoactivas; y d) las consecuencias de los malos hábitos, como relaciones dañadas, fracasos académicos o profesionales y complicaciones médicas o legales serias. En este estado de problemas psicológicos complicados y de crisis vitales, el individuo será considerado como un consumidor de drogas y, probablemente, en ese momento se dirigirá a terapia psicológica.

El terapeuta se enfrenta a la desalentadora tarea de ayudar a sus pacientes no sólo en frenar y reducir su adicción a la droga sino también para tratar muchas dificultades reales de su vida. Como muchos de estos problemas son similares a los que son característicos

de otras categorías de pacientes, algunos de ellos son particularmente importantes para la población con abuso de drogas.

Es necesario que los terapeutas sean conscientes de los problemas vitales más frecuentes que presentan los pacientes adictos al inicio del tratamiento (y a lo largo del mismo). Es de igual importancia que se les preste una atención adecuada en la terapia, a pesar de la tentación de centrarse sólo en el trastorno por abuso de sustancias. Dentro de esta pauta, el presente capítulo expone una visión general de algunos problemas vitales frecuentes que el terapeuta cognitivo deberá abordar durante el tratamiento de esta población tan desafiante.

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

Una pregunta importante para la evaluación es si los principales problemas vitales del paciente preceden o son posteriores al trastorno por abuso de sustancias. (De igual forma, es crucial saber si las conductas antisociales del paciente son primarias o secundarias a la adicción por drogas. Véase el capítulo 16, para más detalles.) La información acerca de la cronología de los problemas vitales y los patrones de abuso de drogas puede enseñar la «función» de la utilización de sustancias psicoactivas en el paciente, y descubrir los factores que disparan el consumo de drogas.

Por ejemplo, «Marla» se presentó con una adicción al *crack* que había empezado dos años atrás, como consecuencia de la muerte violenta de su hermana más joven. Después de ser arrestada por posesión, Marla pasó los tres meses siguientes interna en varios centros de rehabilitación. Cuando fue dada de alta, Marla estaba convencida de que nunca más se volvería a pinchar (a reanudar el consumo de drogas), ya que estaba en el buen camino. Sin embargo, poco después volvió a sufrir un golpe importante cuando uno de sus mejores amigos falleció. Casi inmediatamente reanudó su consumo de *crack* y, de nuevo, volvió a encontrarse delante de los tribunales. Después de un breve período en la cárcel, le dieron la libertad condicional con el requisito de que recibiera tratamiento continuado. En este momento de su vida, Marla empieza la terapia cognitiva.

En el caso de Marla, el dolor y la pérdida eran potentes estímulos que disparaban el consumo de droga. Como no tenía un historial de abuso de drogas antes de la muerte de su hermana, las expectativas de éxito eran muy esperanzadoras. Estaba claro que había sido durante muchos años una persona responsable, con una buena conducta. Además, su vida estaba en orden, y sus estresores no estaban lejos de la esfera de su vida cotidiana.

Sin embargo, para que la terapia fuera completa, fue necesario ayudar a Marla a que se adaptara y aceptara las muertes de su hermana y su amigo, y su creencia concomitante «Estoy sola».

Además, el terapeuta necesita enseñar al paciente a utilizar las habilidades de la terapia cognitiva de manera preparatoria para prever los episodios asociados con la pérdida. Por ejemplo, la enfermedad de otra persona significativa podría ser suficiente para que Marla tuviera expectativas catastróficas de que esa persona muriera. Dicha preocupación tan intensa podría situar a Marla en una situación de riesgo de recaída, ya que la ansiedad provocada por el pensamiento de perder a alguien (y sentirse sola) le induciría a automedicarse con cocaína *crack*. De igual forma, el calendario también puede originar señales o estímulos negativos que se deben prever, y que sirven como una llamada terapéutica a la acción. Las fiestas más importantes, los cumpleaños y los aniversarios de los fallecimientos de seres queridos han llegado a ser capaces de activar pensamientos automáticos preocupantes y emociones, las cuales pueden disparar la reanudación del abuso de drogas.

Así, Marla aprendió bastante bien las habilidades para responder racionalmente, programar actividades y solucionar problemas, y superó el «fenómeno del aniversario», sin más incidentes. Sin embargo, cuando quedó «noqueada» por la decisión de su novio de dejarla, sufrió una recaída temporal (sólo un episodio de consumo). Otra pérdida interpersonal había activado la necesidad de borrar su dolor emocional mediante el consumo de cocaína *crack*.

El caso de Marla parecía claro, ya que los problemas personales precedían el inicio del abuso de sustancias. Por otro lado, hemos tenido casos en los que los problemas serios de la vida parecían ocurrir como resultado del abuso de sustancias. Hasta el momento en que «Ronald» había empezado a tomar drogas en el instituto, parecía haber tenido una vida totalmente corriente. Era un alumno medio, venía de una familia intacta, sin experiencia previa con las drogas, y tenía un círculo de amistades regular. Después de ser introducido en la marihuana, Roland empezó a saltarse clases y a apartarse de su familia, de muchos de sus amigos y de la mayoría de sus actividades recreativas normales.

A medida que su consumo de drogas empezó a extenderse a sustancias más «duras» como quaaludes¹ y cocaína, cada vez tenía problemas más serios concomitantes en su vida. Por ejemplo, aunque de alguna forma consiguió graduarse en el instituto, Roland no prosiguió sus estudios o aprendizaje profesional, ni tan sólo buscó empleo. Su única fuente de ingresos era el tráfico de drogas de poca monta que realizaba. Sus padres, al

darse cuenta de que la cosa iba tremendamente mal, presionaron a Roland a «cambiar su comportamiento» y a que encontrara un trabajo. Esto condujo a menudo a que padre e hijo riñeran, gritaran y hubieran empujones y peleas. Finalmente, como los padres de Roland estaban asustados por dos incidentes, en los que compañeros de droga de Roland llamaron a la puerta a medianoche, le pidieron a Roland que se fuera de casa. Poco después lo arrestaron por conducir intoxicado, así como por posesión de sustancias ilegales.

El marcado incremento de problemas de Roland con su abuso de sustancias le llevó a estancarse académica y vocacionalmente, a tener conflictos familiares, a perder su domicilio paterno y a problemas legales. Prácticamente sus principales intereses y actividades se redujeron a procurar utilizar y vender drogas ilegales. Sus principales asociados eran consumidores y traficantes de drogas y no tenía ningún amigo con un estilo de vida apartado de las drogas. El consumo de droga de Roland había producido numerosas consecuencias negativas en su vida. Tanto el aumento de su indefensión para manejar todas esas dificultades, como su deseo de «olvidar todos estos problemas» tomando drogas como la cocaína, perpetuaron su estilo de vida relacionado con la droga. Cuando al final Roland llegó a terapia, éstos eran los principales problemas que debíamos tratar, además de la problemática de abuso de drogas *per se*.

Aunque los casos de Marla y Roland parecen totalmente distintos, la primera porque sufría de problemas vitales identificables que eran un factor precipitante de su abuso de drogas, mientras que en el segundo caso la mayoría de los problemas se produjeron debido al aparente y «no provocado» uso ocioso de las drogas, ambos casos tienen al menos un punto en común muy importante.

Ambos pacientes, al final, acabaron atrapados en un *círculo vicioso*, donde los problemas duales del abuso de drogas y los problemas generales de la vida se mezclaron unos con otros. Por ejemplo, el uso de cocaína *crack* de Marla, al principio debido a su pena, llegó a ser la causa de que la arrestaran y de que la encarcelaran. Aparte del impacto obviamente negativo que esto tuvo en su vida por sí mismo, Marla sufrió después por su incapacidad para encontrar empleo como resultado de su ficha criminal. Debido a la ira y frustración que sentía, recurrió de nuevo, al uso del *crack*. Sobrevinieron otra vez problemas legales y se completó el círculo vicioso.

El círculo vicioso de abuso de sustancias de Roland y sus crisis vitales era aún más inamovible y autoperpetuante que el de Marla. Su estilo de vida «drogadicto» le condujo a numerosas complicaciones personales, financieras y legales. No tenía relaciones estables, no confiaba en los otros, tenía una autoestima muy baja cuando dejaba de estar

colocado, no tenía fuentes legales de ingresos, ningún placer o estímulo saludable, no tenía tratamiento para numerosos problemas médicos y un miedo constante a tener problemas criminales. Todas estas preocupaciones se «olvidaban» rápidamente mediante las drogas como la cocaína, que lo mantenían firme y cómodamente instalado en su estilo de vida. Las drogas eran el principal origen del caos y las crisis, aunque continuaba viéndolas como su única «solución» para tratar estos problemas. Más adelante, cuando Roland empezó el tratamiento, no sólo tenía que superar sus adicciones, sino que literalmente tenía que «encontrar una vida». (Los trastornos de personalidad de Roland también jugaban un papel importante en relación con su consumo de drogas y problemas vitales. Para saber más sobre este aspecto, véase el capítulo 16, acerca de la interacción entre el abuso de sustancias y los trastornos de personalidad.)

En cada uno de estos casos prototípicos, los problemas vitales representan «situaciones estímulo» amplias que tanto se disparan como empeoran por el continuo abuso de sustancias por parte del paciente. La figura 12.1 ilustra las creencias y pensamientos automáticos que nutren este proceso.

Tal y como exponemos en la figura 12.1, el desempleo crónico del paciente servía como situación estímulo que desencadenaba una serie de creencias, pensamientos automáticos y acciones que acababan con el hecho de tomar droga. Entonces, el consumo de droga por parte del paciente contribuía a que cada vez fuera más difícil que lo contrataran (estaba menos motivado, era menos de fiar, etc.), y así continuaba el ciclo.

Este capítulo se centra en las áreas más importantes del estrés *crónico* de la vida que inunda a tantos pacientes con abuso de sustancias. (Véase el capítulo 13 para ejemplos de crisis *agudas* frecuentes y emergencias, muchas de las cuales están relacionadas con los aspectos que trataremos en este capítulo.) Algunos de éstos tienen más probabilidades de ser precursores de los problemas con las drogas, mientras que otros son, claramente, más bien la secuela del abuso de drogas. En cualquier caso 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 control. En este capítulo describiremos con detalle los siguientes problemas vitales: problemas matrimoniales y familiares, problemas socioeconómicos, problemas legales y problemas médicos.

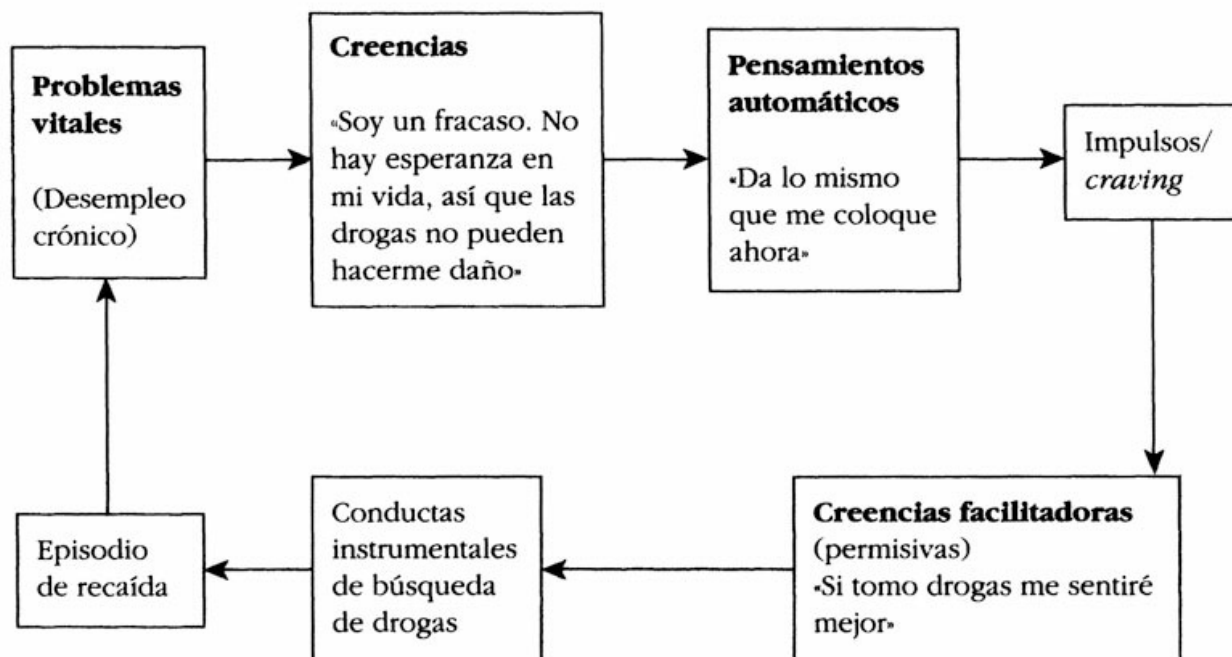


Figura 12.1. Círculo vicioso de los problemas vitales y el abuso de drogas.

Problemas matrimoniales y familiares

Tal y como señalamos antes, es vital para los pacientes ser conscientes de «las personas, lugares y cosas» que asocian con la utilización de sustancias ilegales. En los primeros estadios del tratamiento, es aconsejable que la persona con abuso de sustancias que trata de dejar las drogas, evite contactos innecesarios con estímulos que puedan provocar fuertes *craving* o le faciliten la obtención de las mismas. (Sin embargo, una vez avanzado el tratamiento, es importante enseñar a los pacientes a aplicar y practicar técnicas de autoayuda al enfrentarse con aquella clase de estímulos relacionados con la droga que son inevitables en su vida cotidiana.) Cuando las «personas» y «lugares» son simplemente conocidos impersonales o lugares de paso, será razonablemente sencillo (si se encuentra en condiciones motivacionales y de afrontamiento adecuadas) para el paciente manejar con facilidad estos estímulos. Este cuadro se complicará mucho cuando las personas y los lugares son los propios miembros de la familia del paciente, en su propio hogar. El abuso de sustancias entre familiares supone un problema importante para el paciente. Si consideramos los aspectos etiológicos, cuando los padres o hermanos de una persona abusan de las drogas, dicha persona corre el riesgo de modelizar estas conductas (Gomberg y Nirenberg, 1991; Lang, 1992). El paciente tendrá fácil acceso a

los elementos característicos de la droga y conocerá los escondites secretos de algunos de sus familiares.

Si consideramos los aspectos relacionados con el mantenimiento y la recaída, el paciente lo pasará bastante mal cuando rechace el encanto continuo de las drogas cuando los miembros de la familia están colocados, así como cuando estos mismos le animen también a que se coloque y cuando haya mucho dinero abiertamente a su disposición a todas horas del día. Además, puede haber fuertes presiones sociales para que se ajuste a la «subcultura de las drogas» en su hogar. Una de nuestras pacientes, Dee, fue ridiculizada sin compasión por sus dos hermanos consumidores por su intento de dejar al margen las drogas e intentar asistir a terapia y a las reuniones de apoyo. Intentaron «derrumbarla» acusándola de tener una actitud farisaica con ellos, esperando que sucumbiría a sus dardos envenenados y acabaría consumiendo drogas con ellos. Afortunadamente para Dee, estos hermanos vivían un bloque más allá del suyo, de forma que no tenía que soportarlos constantemente. Sin embargo, en terapia se invirtió mucho tiempo y energía en que aprendiera cómo podía dirigirse asertivamente a sus hermanos y a responder de manera racional a sus primeros pensamientos automáticos. Estos pensamientos incluían: «Si no puedo superarlos, me uniré a ellos», «Me los tengo que sacar de encima» y «Tengo que probar que no estoy indefensa y atrapada».

Las respuestas racionales que se generaron en respuesta a estos pensamientos automáticos incluían las siguientes:

1. «Si ellos (sus hermanos) quieren ser unos perdedores, es su problema, estoy haciendo lo correcto manteniéndome en esta línea».
2. «Preferiría que mis hermanos me odieran que volver a usar droga y hacer que mis hijos me odieran.» «Mis hijos son mucho más importantes.»
3. «No estoy indefensa y atrapada. Estoy intentando ser humilde y conozco mis limitaciones. Mis hermanos sí que están realmente indefensos y atrapados, sólo que están tan colocados que no lo ven.»
4. «No puedo cambiar a mis hermanos, así que, ¿por qué les he de dejar que me cambien?»
5. «Me he visto en peores peleas antes. Sólo tengo que recordarme a mí misma que todo lo que dicen son tonterías, y que he de preocuparme por lo mío.»

Dee fue capaz de defenderse a sí misma de los intentos de sus hermanos, que ejercían una presión mal intencionada y dura, aunque el hecho de que sus dos hermanos

«favoritos» tuvieran problemas con las drogas fuese una fuente de estrés importante para ella. Dee creía que el problema con las drogas de sus hermanos significaba que venía de una familia de «perdedores», en la que cada miembro de la misma (incluyéndose ella) tendría, inevitablemente, una vida llena de problemas. Además, creía que necesitaba apartarse de sus hermanos en la medida de lo posible, y por tanto, privándose de lo que para ella habían sido unas relaciones divertidas y simpáticas. Esto exacerbaba su sensación de soledad.

Normalmente es poco realista por parte de los pacientes esperar que podrán solucionar los problemas de abuso de sustancias de los miembros de su familia. Suele ser más inteligente que el paciente se centre en adquirir habilidades cognitivas de afrontamiento que le permitan distanciarse algo de dicho problema, permaneciendo centrado en su propia recuperación. Al final, se pueden recomendar grupos de apoyo concomitantes a la terapia cognitiva, sobre todo cuando los pacientes se sientan completamente culpables de los problemas con las drogas de los miembros de su familia. También se pueden discutir, como parte del tratamiento, las experiencias negativas que estos pacientes han tenido durante su crecimiento relacionadas con los problemas domésticos ocasionados por el alcohol y el consumo de drogas. Esto fomentará el *rappport* entre el paciente y el terapeuta y ayudará a clarificar algunas reglas disfuncionales implícitas aprendidas por el paciente acerca del abuso de sustancias y las relaciones con su familia.

Tener un marido que está totalmente absorbido por el consumo de drogas implica un estrés tremendo para el paciente. Entre los problemas que se encontrará están: a) los cambios erráticos de estado de ánimo de su pareja; b) la temeridad e irresponsabilidad en materia económica y sexual; c) consecuencias médicas y legales importantes; d) poner en peligro al paciente en relación con el sida y otras enfermedades de transmisión sexual, y e) seducir al paciente para que vuelva a consumir y recaiga. Cuando un miembro de la pareja con abuso de sustancias rehúsa reconocer su problema o buscar ayuda, suele ser necesario que el paciente se vaya del hogar o que invite a su pareja a irse. Ésta es la mejor estrategia para conservar un ambiente familiar que permita la recuperación. Para maximizar el hecho de que los pacientes quieran optar por dicha estrategia, los terapeutas enfatizarán que no es necesario dejar la relación de manera permanente, pero que, en ese momento de su vida, hacer ese cambio es necesario.

Los inconvenientes de la anterior estrategia, en relación con el paciente, pueden ser difíciles de soportar. Por ejemplo, el paciente tal vez detesta enfrentarse con su pareja, potencialmente violenta, y puede que no tenga suficientes recursos como para empezar

realmente en condiciones en otro domicilio. Además, el paciente se verá forzado a afrontar la pérdida de una relación amorosa significativa —y eso es desalentador, sobre todo si el paciente tiene características de personalidad dependiente (véase capítulo 16) —. Cuando éste sea el caso, el terapeuta se debe dar cuenta de que el paciente tiene un apego emocional muy grande con su pareja adicta al consumo de sustancias, y que este apego está por encima del coste personal que le suponga ceder ante su pareja. Ocurriría que al cabo de un breve período de tiempo, el paciente todavía querría más a su pareja, a pesar de su problema con las drogas. De hecho, el paciente todavía iría más lejos para poder excusar o encubrir las transgresiones de su pareja, ante la insoportable perspectiva para el paciente de poder perderla (o incluso de oír *feedback* negativo sobre su pareja). Todavía peor, el paciente se podría confabular con su pareja para usar drogas conjuntamente en secreto y encubrirse ambos. En los últimos tiempos se ha escrito bastante acerca de este fenómeno conocido mediante la rúbrica de «codependencia» (véase Lyon y Greenberg, 1991).

Si esto ocurriera, la intervención cognitiva se debe centrar de manera intensiva en la solución de problemas adaptativos (Platt y Hermalin, 1989) y tanto en la culpa exagerada del paciente como en su sentimiento de soledad. Por ejemplo, el paciente puede creer erróneamente que su «otro significativo» empezará a tomar más drogas si lo deja solo, cuando en realidad el consumo de drogas de dicha persona se está intensificando, independientemente de que el paciente esté o no esté ahí. De igual forma, el paciente puede creer que no podrá soportar la soledad de estar sin su pareja toxicómana, cuando en realidad el paciente ya está funcionalmente solo en su afrontamiento del problema de las drogas, ya que su pareja está emocionalmente ausente. Es más, es vital enseñar al paciente a aumentar su red social con personas que no consuman, de manera que su pareja con problemas de abuso deje de ser su fuente principal de refuerzo interpersonal.

Al mismo tiempo, el paciente y el terapeuta deberían permanecer atentos a la vulnerabilidad del propio paciente a tomar drogas. Es importante prestar mucha atención a la manera en que los problemas vitales del paciente y el consumo de sustancias encajan uno con otro, antes que ver cada problema aislado de los otros. Por ejemplo, en el caso del paciente que tiene una pareja con abuso de sustancias manifiesto, la creencia de que «si salgo de las drogas tendré que abandonar a la persona que quiero y estar sola» producirá que él/ella tienda a reanudar su consumo de drogas.

«Walter» explicó muchas veces a su terapeuta que una de las únicas cosas que le importaba en esta vida era el amor de sus hijos. Por tanto, el hecho que en dicho momento no se le permitiera verlos, era un motivo de estrés tremendo. Como resultado,

empezó a intensificar su consumo de droga —en parte debido a la creencia de que «se necesita mayor cantidad de drogas para borrar del recuerdo los estados de más sufrimiento», y en parte debido al deseo de hacer un gesto suicida que atrajera la atención y el cuidado hacia él— y al poco tiempo ingresó malherido en un hospital por convulsiones inducidas por sobredosis. Su fracaso en manejar el estrés sin la utilización de sustancias químicas le llevó a acentuar su sentido de pérdida (sus hijos), lo que a su vez, le condujo a una exacerbación de su consumo de drogas.

Tras salir del hospital y haber reanudado su terapia cognitiva externa, dedicó gran parte del tiempo de las sesiones terapéuticas a revisar los pros y los contras de varias estrategias de afrontamiento de la pérdida interpersonal. De entre las sugerencias terapéuticas escogidas se encontraba buscar el apoyo de los otros, como la familia, los amigos y el terapeuta, y centrarse en las actividades relacionadas con el trabajo, sobre todo aquellas que requieran de gran ejercicio físico. Además, el terapeuta enseñó a Walter a responder ante sus impulsos de comprar y tomar drogas, haciendo aparecer imágenes de sus hijos, las personas que más quería que se sintieran orgullosos de él. Estas imágenes tenían la finalidad de servir como disuasores potentes de sus ganas de ir a buscar drogas (sin embargo, tenían menos efectividad para frenar su consumo una vez tenía los elementos preparatorios y las drogas en la mano).

Las disputas matrimoniales (o cualquier discordia en las relaciones amorosas) puede servir como un estímulo poderoso para disparar el *craving* de las drogas y su abuso. Hemos visto a pacientes, a muchos pacientes, tomar drogas en dichas situaciones por distintos motivos. Dichas «funciones» de la droga incluyen: a) reanimar la autoestima de manera química, aunque de una forma falsa y temporal; b) ejercer control en la relación desafiando a la esposa, e induciendo a un estado de autoprotección mediante la apatía y la invulnerabilidad; c) «calmando» la ira que sienten contra su pareja, especialmente si el paciente tiene la creencia de que si no toma algo, eso le conducirá a incrementar las posibilidades de que acabe habiendo agresión física, y d) encontrar una escapatoria emocional de la infelicidad conyugal, especialmente si la esposa con abuso de drogas cree que no hay ninguna forma de solucionar su problema marital o dejar su matrimonio. En general, la insatisfacción y la ira en una relación alimentan la sensación de indefensión de los pacientes, así como de soledad, lo que a su vez, incrementará el deseo de un alivio inmediato. Al final el resultado será el *craving* de drogas, seguido de su consumo.

No es sorprendente señalar que el consumo de drogas en el contexto de un matrimonio probablemente afectará a la relación de manera adversa. Si el matrimonio

realmente es problemático, el consumo de sustancias exacerbará las cosas, contribuyendo por tanto a otro círculo vicioso. Puede que la situación aún sea peor cuando el abuso de sustancias conduce al ataque sexual, físico o psicológico. Contrariamente a la repetida creencia (mencionada anteriormente) de que el consumo de drogas puede «calmar» la ira contra la pareja, de hecho tomar drogas suele fomentar más la desinhibición e incrementa la probabilidad de ser violento (Amaro, Fried, Cabral y Zuckerman, 1990). Por tanto, el terapeuta debería estar atento a posibles signos de violencia doméstica en la vida de su paciente con abuso de sustancias. Además de esta atención, sería aconsejable que el terapeuta tuviera rápido acceso a información, acerca de las líneas telefónicas especializadas en crisis, y refugios para las víctimas de abuso sexual o físico.

Si el paciente es ante todo responsable de dicha violencia, el terapeuta debe hacer todo lo posible para comprometerse con él, para poder tratar este problema con máxima prioridad en la terapia. Tal y como dijimos más arriba (capítulo 4), los límites de confidencialidad que existen cuando el paciente amenaza el bienestar de otros se deben dejar claros. Al mismo tiempo, hay que emplear muchas habilidades terapéuticas para que el paciente se mantenga positivamente en la terapia y conserve la confianza con el terapeuta.

Si se examina la historia personal y familiar del paciente, se podrá averiguar si éste sufrió abuso sexual, físico o psicológico durante su infancia y adolescencia, que haya podido influir significativamente en el desarrollo de su problema. (Nota: para señalar los patrones y el esquema de relaciones de la familia del paciente, suele ser útil a veces dibujar un árbol de familia. Dicho esquema puede indicar separaciones, divorcios, muertes, relaciones abusivas, personas que abusaron del alcohol y las drogas y otros aspectos parecidos.) Esto es así por una serie de razones: a) las condiciones aversivas en el hogar pueden forzar a los pacientes a que pasen cada vez más tiempo en la calle y, por tanto, estén más expuestos a la cultura de la droga; b) los responsables de la violencia en la familia también podrían ser personas con abuso de sustancias, y, por tanto, no dejar la conducta de las víctimas para su posterior emulación de la misma; c) la utilización de las drogas se puede considerar como la única forma de escapar de una situación insoportable en casa, y d) la pérdida de autoestima, en la que se incurre a lo largo de los años del abuso, crea una creciente vulnerabilidad a la adicción en las víctimas, ya que buscarán formas rápidas de tener sentimientos positivos y conseguir un grupo de compañeros que le autoafirmen en su comportamiento y actúen de igual manera.

Este tipo de factores subyacentes producen creencias del tipo «Tomar drogas es una

forma natural de vivir», «La violencia es aceptable, sobre todo bajo la influencia de las drogas», «Tomar drogas es la única forma de eliminar del recuerdo las sensaciones desagradables», y «Soy débil e inferior y puedo sentirme bien (y aceptado) sólo cuando consumo».

Al tratar a dichos pacientes, las cuestiones relacionadas con la autoestima llegan a ser componentes centrales en la terapia. Los terapeutas pueden ayudar a sus pacientes a desarrollar un estímulo interno y fuerte que les disuada del consumo de drogas, si encuentran (y trabajan con dicho objetivo) evidencias que les permitan disipar las creencias de los pacientes de que son inútiles, que merecen una vida problemática y que no son capaces de satisfacer sus propias necesidades con maneras socialmente más aceptables y por medios más saludables.

Estatus socioeconómico

Los trastornos por abuso de sustancias ocurren frecuentemente bajo el telón de fondo de problemas socioeconómicos. Por ejemplo, en la pasada década hemos sido testigo de un incremento significativo de la prevalencia de la cocaína entre los sectores más empobrecidos de nuestras ciudades (Closser, 1992; O'Brien y otros, 1992). En particular, en estos ambientes ha sido cada vez más accesible la cocaína *crack* (Gawin y Ellinwood, 1988; Smart, 1991). A medida que las personas de estos segmentos de la sociedad están cada vez más desilusionadas con sus oportunidades de mejorar su suerte en la vida mediante los medios estándares a «largo plazo» (p. ej., encontrar educación de calidad, seguir en la escuela y trabajar para ascender de escala social mediante el éxito profesional), estarán cada vez más inclinadas a usar soluciones a corto plazo (p. ej., tomar drogas para mejorar su estado de ánimo y vender drogas para incrementar sus ingresos).

Se ha argumentado que es muy difícil hacer que los niños, los adolescentes y los adultos se mantengan al margen de las drogas cuando se está inmerso en un ambiente con tan pocas alternativas para encontrar placeres. Además, también es muy difícil mantenerse centrado en las recompensas a largo plazo que ofrece la educación o la modesta remuneración de los trabajos de bajo nivel, cuando la distribución de drogas puede producir una asombrosa cantidad de recompensas materiales en un período de tiempo relativamente corto. Es más, el riesgo de cárcel, sobredosis e intoxicación, y violencia no son grandes disuasorios de tomar drogas, sobre todo cuando existe la sensación prevalente de que no hay esperanzas para el futuro, de ninguna forma. Esto es

así, sobre todo en los individuos vulnerables que han desarrollado creencias nucleares de desesperación e indefensión.

Por estas y otras razones, la terapia con pacientes por abuso de sustancias con niveles socioeconómicos bajos supone un reto para el terapeuta. Walter tipifica muy bien este tipo de paciente. Cuando el terapeuta hizo el intento de apelar al sentido de orgullo y autoestima de Walter, a la hora de contrarrestar su creencia de que era una víctima indefensa, preguntándole si podría ser «suficientemente fuerte como para ser un hombre y apartarse de sus amigos traficantes», Walter contestó: «No me siento fuerte cuando me aparto de las drogas. Me siento como si no fuera nada, como siempre me he sentido. Sólo pienso que soy valioso en algún sentido cuando tomo un poquito de algo (normalmente cocaína o heroína). Ésa es la única vez en que me siento muy bien». Para poder combatir esta actitud que fomenta el consumo de drogas, el terapeuta centró la atención del paciente en cómo se sentía después de que pasara el efecto de la droga, cuando se encontraba más débil, se sentía más pequeño, más indefenso y menos adecuado que nunca. Este hecho fue repasado una y otra vez, para desmitificar el falso sentido de orgullo que parecía que le provocaban temporalmente las drogas.

Otro componente básico del tratamiento al respecto era ayudar a que Walter reconociera aspectos de su vida de los que podría sentirse orgulloso cuando se encontraba en un estado mental libre de las drogas o el alcohol. Esto incluía sus habilidades de estibador, su fuerza física y el amor y orgullo que sentía por sus hijos. Además, Walter tenía dificultades en centrarse en estos factores, sobre todo cuando se sentía frustrado al intentar alcanzar sus objetivos. Cuando estaba desesperado y sentía mucha ira, caía en el pensamiento dicotómico típico de todo o nada, y creía que no había nada valioso por lo que vivir. A Walter le gustaba resaltar este punto haciendo una breve y archiconocida cita de Bob Dylan: «Cuando no tienes nada, no tienes nada que perder». Esta frase activaba la creencia de que «No tengo nada y no soy nada» e incrementaba su tendencia a volver a las drogas cuando sufría un revés. Por tanto fue fundamental que a) se plantearan las cosas valiosas que realmente sí tenía en su vida, y b) que las podía perder si seguía siendo indulgente con su consumo de drogas. Deberíamos apreciar que una de las oportunidades más importantes para producir cambios en las creencias básicas se da cuando dichas creencias se han activado, como por ejemplo por un revés o una frustración.

Justamente, en el extremo socioeconómico opuesto también se encuentran pacientes ricos que padecen abuso de sustancias. Algunas de las razones ofrecidas por dichos pacientes con una economía elevada son bastante parecidas a las de aquellos pacientes

con menor poder adquisitivo, y giran en torno a las creencias nucleares de ser ineficaz o socialmente indeseable. Un paciente expresó que había empezado tomando cocaína en un momento (diez años antes) cuando todavía se creía que era «fabuloso» colocarse, en que la cocaína se consideraba como una droga de un estatus económico elevado propia de aquellos que tenían ambiciones. Notó que la droga acentuaba su sensación de poder, atractivo e invulnerabilidad, sentimientos todos ellos que no sólo eran agradables para él sino congruentes con su punto de vista de lo que un vicepresidente de una compañía debía ser. Aunque empezó como un consumidor social, su uso continuado le condujo a tener tolerancia fisiológica y psicológica, con lo que necesitó incrementar la cantidad y frecuencia de su uso. Como su nivel económico era alto, pudo continuar con su hábito sin abatimiento. En ese sentido, su poder adquisitivo sirvió de factor causal que contribuyó al desarrollo de una dependencia hecha y derecha de la cocaína.

Al final se deterioró su competencia en el trabajo y fue despedido sin miramientos. Después de esto, no fue capaz de conseguir un empleo que estuviera a su nivel. El paciente creyó que había sido puesto en la lista negra de la comunidad local de compañías. En ese momento se encontraba en plena crisis económica, ya que no había disminuido su lujoso estilo de vida ni el consumo de cocaína, aunque había dejado de tener ingresos. Como resultado, cayó en un estado de crisis considerable, con una dependencia seria de la cocaína, y se tuvo que enfrentar a la amenaza de bancarrota. En este momento ya avanzado de dificultades económicas y abuso de sustancias, buscó ayuda terapéutica. Actualmente es capaz de mantenerse al margen de la cocaína durante varios meses, aunque todavía se encuentra moderadamente deprimido con respecto a su pérdida significativa de estatus, dinero y amigos. La terapia continúa centrándose en: a) resolución de problemas con relación a ganarse la vida; b) manejar los continuos *craving* de cocaína (aunque hayan disminuido algo con el tiempo), y c) reconstruir su autoestima, desacreditada cuando perdió su alto nivel de vida y tuvo que contemplarse a sí mismo sin los sentimientos disfrazados que le proporcionaba la cocaína.

Otro paciente con nivel socioeconómico elevado argumentó que había empezado a tomar cocaína con la finalidad de incrementar su energía y confianza. Llegó a creer que no sería capaz de realizar su trabajo sin el «impulso» que recibía de tomar dicha droga. También disfrutaba con la sensación temporal de alivio de la presión y, por tanto, estaba convencido de que la cocaína era un reductor del estrés. Como era de prever, a medida que su hábito crecía, las percepciones sobre la calidad de su trabajo llegaron a distorsionarse, y él las exageró por encima de la realidad. Empezó a ser menos productivo y cada vez más aversivo interpersonalmente, debido al incremento de sus

síntomas de paranoia y rabietas de impulsividad e ira. Al igual que ocurrió con el paciente anterior, perdió su trabajo y empezó a tener deudas económicas. Es más, sus amigos y amante le volvieron la espalda después de que él rechazara varias veces sus sugerencias de que necesitaba ayuda de un profesional para su problema.

Un factor que tienen en común tanto los pacientes de alto como de bajo nivel económico es su vulnerabilidad ante la presión de sus compañeros. Los pacientes con un estatus socioeconómico bajo suelen enfrentarse con sus amigos y compañeros que los impulsan a consumir, compartir y vender drogas. Dichos pacientes llegan a creer que se quedarán sin contactos sociales significativos si evitan a cada persona con abuso de sustancias que conocen. Tal y como fuimos testimonio en el caso de Dee, las burlas de sus hermanos por no unirse a ellos cuando fumaban le provocaban fuertes tentaciones para reanudar su consumo. En este caso, es vital ayudar a buscar y desarrollar contactos y amistades con personas que estén completamente al margen de las drogas y el alcohol.

Otros pacientes con estatus socioeconómico bajo se pueden sentir presionados por sus compañeros para probar que son «un miembro del grupo», o que tienen agallas para consumir drogas intensamente. Walter dijo a su terapeuta que le retaban unos compañeros que conocía del depósito de chatarra donde él solía merodear, a chutarse una fuerte combinación de cocaína con heroína. Cuando el terapeuta le sugirió algunos comentarios asertivos típicos de «clase media liberal» (descripción del paciente) que podía responder ante dicha provocación, Walter le dijo: «No puedo hablar a esa gente de mi barrio con esa porquería intelectual. Puede que eso funcione en tu barrio, pero no en el mío». Entonces el terapeuta ajustó su intervención cargando la responsabilidad de producir «respuestas orgullosas y libres de la droga» en Walter. Este episodio resalta el papel de las características socioeconómicas en la conceptualización del problema y en el diseño de las intervenciones.

La presión de los compañeros puede tomar una forma diferente entre los pacientes con estatus socioeconómico elevado, aunque siga existiendo. Por ejemplo, un paciente, en una fiesta selecta puede llegar a estar convencido de que debe unirse a los consumidores «ociosos» de cocaína para ser considerado un miembro de *beautiful people*. Afortunadamente, esta visión distorsionada y excesivamente romántica de los consumidores de cocaína con alto poder adquisitivo ha empezado a caer en desgracia en la medida en que la extensión y ramificación de los problemas por la cocaína en la nación han salido a la luz desde la última mitad de los ochenta.

Por otro lado, los consumidores de cocaína con mucho dinero pueden estar motivados por la necesidad de ganar incluso más, y también más poder y más éxito como forma de

conseguir más aceptación por el escalón percibido como superior en su profesión o comunidad. Con este impulso por el éxito el paciente confiará en un estimulante químico como la cocaína para que le proporcione una sensación de mayor productividad y sociabilidad.

Cuando la presión de los compañeros (sea cual sea su manifestación) es un factor que contribuye al abuso de sustancias, se hace necesario que se trate la excesiva necesidad que tiene el paciente de aceptación social. En este sentido, los aspectos relacionados con la autoestima se ponen en la palestra. Es más, el terapeuta y el paciente deberían trabajar conjuntamente para que éste aprenda habilidades más adaptativas a fin de solucionar sus problemas, de forma que las drogas ya no sean consideradas como una «solución».

EstrEsores cotidianos

Los problemas mundanos o estresores pueden servir como elementos que disparen el consumo de droga del paciente. Estas dificultades cotidianas que las personas afrontan, tales como tener un trabajo que implica presión y fechas límite, o bien un trabajo en el que se sientan atrapados por razones económicas o que deban tratar con dos o tres bebés revoltosos sin ningún respiro, puede producir sentimientos que sobrepasen la tolerancia al malestar de una persona. Si dichos acontecimientos y sensaciones estresantes se van acumulando y se experimentan un día tras otro, pueden servir como factores que animen a la persona a utilizar las drogas para «conseguir pasar el día».

«Dee» era una paciente para la cual tratar con las preocupaciones cotidianas era primordial con objeto de mantener la abstinencia. Una de las prioridades importantes de Dee para el tratamiento implicaba ayudarla a afrontar el tener que cuidar de su hijo. Como madre soltera, Dee se tuvo que enfrentar con gran cantidad de cambios en su vida cuando su hijo nació. Estaba contenta trabajando muchas horas seguidas como asistente en un hogar de enfermeras: ahora, había tenido que acortar las horas considerablemente. También estaba acostumbrada a ir y venir cuando quería, ya que sus otros hijos mayores ya eran adolescentes en los que se podía confiar para que cuidaran de sí mismos en ausencia de su madre. Ahora tenía menos libertad para moverse, y debía planificar sus actividades como tener en mente el cuidado de su hijo. Además, Dee estaba muy enojada y preocupada con los lloros nocturnos del niño. Resumiendo, las demandas cotidianas de Dee para ser responsable del bienestar de su niño reforzaron una sensación de ineficacia (como madre), indefensión (de afrontar todas las responsabilidades) y desesperación (incluso en disfrutar de su vida de nuevo). Estas creencias nucleares empezaron a ser

origen de una marcada ira, frustración y cansancio, que al experimentarlas dispararon pensamientos y *craving* de fumar *crack* como la «única» fuente de placer y «libertad».

Estaba claro que mantener a Dee fuera del consumo de drogas requería lecciones para afrontar su nueva vida como una persona que cuidaba a un niño indefenso. Entre otras estrategias terapéuticas, se utilizaron y repasaron la técnica de resolución de problemas y la planificación de actividades diarias (trabajar pocas horas, disponer de canguro para su hijo, asistir a un grupo de apoyo, pasar tiempo con su hijo, leer, etc.). Además, se trató a fondo la utilización del Registro diario de pensamientos para poder contrarrestar los pensamientos de Dee que le sugerían que su vida era del todo intolerable. De hecho, se la animó a que reconsiderase respuestas racionales que versaran sobre las ventajas potenciales que tendría como resultado de su hijo recién nacido. Por ejemplo, tendría la oportunidad de desaprobar todas las críticas que le decían que no sería capaz de cuidar de su niño, debido a su hábito con las drogas. Naturalmente, esta respuesta racional fue un incentivo muy positivo para que se implicara en la terapia cognitiva; si embargo, a su vez la condujo a otro pensamiento automático. Es decir, Dee estaba preocupada porque si recaía en las drogas, sucedería que todos la abandonarían, juzgándola negativamente, y diciéndole «Ya te lo habíamos dicho» y quitándole al niño.

Para poder protegerla ante esta posible eventualidad, Dee y su terapeuta trabajaron a fin de fortalecer sus reacciones en las áreas de más vulnerabilidad. Específicamente, se enseñó a Dee a soportar mejor los llantos de su bebé (que la perturbaban mucho). En la sesión se entrenó a Dee para que cerrara los ojos y se imaginara en casa a una hora determinada cuando su hijo estaba llorando sin cesar. Cuando Dee decía que ya podía «escuchar» el llanto de su niño, se la animó a que expresara sus pensamientos automáticos. Dada la gran aptitud de Dee para imaginarse las cosas vívidamente, sus pensamientos automáticos realmente representaban sus cogniciones «calientes» (es decir, cargadas afectivamente). Éstas incluían: «No puedo soportarlo más. Tengo que irme de aquí» y «Me voy a ir y tomaré de nuevo drogas, y entonces vendrá mi tía y se hará cargo del bebé. Entonces, volveré de nuevo a ser libre». Después de exponer estos pensamientos, Dee fue incitada a imaginar cómo sería su vida con todas las consecuencias de estos acontecimientos. Con ello, se encontraría llena de remordimientos y empezaría a expresar respuestas racionales que anularían las cogniciones calientes elicitadas previamente.

A medida que el ejercicio continuaba, Dee produjo espontáneamente más pensamientos automáticos, que más adelante explicaron sus respuestas emocionales negativas ante el llanto de su hijo. Ella pensaba: «Mi niño no me quiere. No quiere estar

conmigo. Prefiere estar con la canguro. Preferiría estar con mi tía». Estos pensamientos encajaron en la sensación de rechazo de Dee. Como respuesta, se animó a Dee a que considerase significados alternativos al llanto de su niño, tales como «Está intentando decirme que no se encuentra bien, que está hambriento, o tiene frío, o necesita que lo cambien» y «Es sólo un niño pequeño. No está diciéndome que no me quiera. Ni siquiera comprende estas cosas aún. Es sólo un niño».

Manteniendo sus ojos cerrados, se le dijo a Dee que imaginara la autosatisfacción que sentiría si resistía la tentación de tomar drogas y, en vez de ello, probarse a sí misma y a los otros que era capaz de cuidar a su criatura. Además, el terapeuta ayudó a Dee a imaginar un futuro lejano, cuando su niño ya hubiera crecido y la quisiera y pensara muy bien de su madre, ya que siempre había estado con él y porque consideraba que había ejercido un papel muy positivo como madre. Estas técnicas, repetidas varias veces a lo largo del curso del tratamiento, fueron muy eficaces para ayudar a Dee a verse a sí misma como una persona valiosa, deseable y eficaz para poder soportar los estresores cotidianos. Como sus creencias nucleares de indefensión y de que no era querida disminuyeron, Dee empezó a ser más consistente en su resolución de mantener su abstinencia de las drogas y del alcohol. A su vez, mejoraron sus habilidades como madre.

Los estresores cotidianos pueden incluir acontecimientos que provocan un sentimiento de frustración, ansiedad, ira, fatiga y soledad. Cuando dichos acontecimientos ocurren frecuentemente, o forman parte de condiciones crónicas como vivir en un hogar pernicioso o en un barrio indeseable, entonces el terapeuta necesita ayudar a sus pacientes con abuso de drogas a prever y responder adaptativamente a sus reacciones disfuncionales ante dichas situaciones. De esta forma, los pacientes aprenden a afrontar (y solucionar) los estímulos comunes que les conducen a situaciones diarias de riesgo de tomar drogas de nuevo.

Problemas legales

Siempre que haya consumo de sustancias ilegales, existirá la amenaza de problemas con la justicia. Esto no sólo es así por el propio consumo de droga, sino porque el uso de las mismas suele conducir también a participar en actividades ilegales. Por ejemplo, la primera vez que arrestaron a Dee fue cuando fue capturada al tratar de cobrar cheques sin fondos. Los problemas de Walter con la justicia empezaron al intentar piratear y

escabullirse con bienes robados de los muelles en que trabajaba. «Charleen» fue detenida cuando quiso vender *crack* a un policía de paisano.

Cuando un paciente que está en libertad condicional llega a tratamiento, el terapeuta ha de ser consciente no sólo de las dificultades que aquél tendrá para mantenerse fuera de las drogas, sino también de sus dificultades para afrontar las restricciones impuestas y los estigmas asociados con estar en una situación de legalidad indeterminada. Charleen solía expresar su consternación por tener que ser vigilada tanto por el terapeuta como por los agentes de la condicional. Para ella, casi cada sesión de terapia y análisis de orina servían para recordarle que no disponía por entero de su vida. A medida que meditaba sobre los inconvenientes de esta situación (p. ej., la pérdida de libertad), crecía su ira, y con ella también sus deseos desafiantes de reanudar su consumo de drogas. La figura 12.2 representa uno de los Registros diarios de pensamientos en los que Charleen trabajaba para sofocar la ira y los *craving* asociados con esos pensamientos negativos acerca de su estado actual en libertad condicional. Antes de usar los Registros diarios de pensamientos (RDP), Charleen nunca había considerado las ventajas que su control legal y psicológico le proporcionaban —por ejemplo, más apoyo e incentivos para seguir fuera de las drogas.

También Walter reaccionaba con un nivel significativo de disforia ante los pensamientos automáticos que disparaba su estatus legal. En particular, se frustró e irritó por las limitaciones interpuestas por la condicional para que viajara. Creía que la mayoría de sus problemas tenían que ver con los miembros de su familia y sus conocidos en el barrio que abusaban de las drogas. Solía argumentar (¡no deben confundirse estos razonamientos con una respuesta racional!) que tendría más oportunidad de mantenerse al margen de las drogas si pudiera mudarse a vivir a una zona más rural. De hecho, pidió permiso a su agente de la condicional para cambiar de vecindad, pero le dijeron que tendría que esperar bastante tiempo antes de que se lo aprobaran. Walter reaccionó con una sensación de indefensión, que se unió a su cinismo e ira. Por tanto, cada vez que entraba en contacto con las «personas problemáticas» que aludíamos antes, Walter pensaba que ahora sí tenía una justificación para tomar droga. Su racionalización era algo así como: «Bien, intenté alejarme de estas personas, pero los policías no me han dejado. Si me pierdo, será por su culpa». Naturalmente, el terapeuta dedicó mucho tiempo en este caso para intentar que Walter modificara sus puntos de vista sobre este tema y a que encontrara métodos alternativos de mantenerse al margen de «estas personas y lugares».

Instrucciones: Cuando notes que tu estado de ánimo está empeorando, pregúntate a ti mismo: «¿Qué está pasando por mi cabeza en este momento?», y tan pronto como sea posible anota brevemente el pensamiento o la imagen mental en la columna de Pensamiento(s) automático(s).

DÍA/HORA	SITUACIÓN 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.	PENSAMIENTO(S) AUTOMÁTICO(S) 1. Escribe el(los) pensamiento(s) automático(s) que va(n) precedido(s) de emoción(es). 2. Evalúa la automaticidad de la creencia, 0-100 %.	EMOCIONES 1. Especificar tristeza, ansiedad/ enfado, etc. 2. Valorar el grado de emoción 0-100 %.	RESPUESTA RACIONAL 1. Escribir una respuesta racional a el(los) pensamiento(s) automáticos(s). 2. Valorar la racionalidad de la creencia 0-100 %.	RESULTADO 1. Revalorar la creencia en el(los) pensamiento(s) automático(s) 0-100 %. 2. Especificar y valorar las emociones consecuentes 0-100 %.
	«Estoy en el autobús, yendo a mi sesión de terapia.» «Tengo que ir. No tengo elección o sino, perderé mi libertad condicional y tendré que volver a prisión.»	1. «¡Lo odio, odio esto, lo odio!» 2. «¿Por qué han de vigilarme de esta manera?» 3. «Odio que me vigilen. Odio tener que perder el día yendo a ver a mi agente de la condicional y a mi terapeuta. Me vuelve loca.» 4. «Deberían permitirme que viviera mi propia vida.» 5. «Se me trata como a un criminal y como a una niña.» 6. «¡Quiero recuperar mi libertad ahora!»	1. Odio (100 %) 2. Ira (100 %) 3. Frustración (100 %)	«Tienen que vigilarme de esta forma de manera que no caiga de nuevo en las drogas y arruine mi vida de nuevo.» 80 % «Puede que lo odie, pero es mejor que ser un perseguido por el crack y acabar en la cárcel.» 100 % «Ser vigilado hace que vaya con más cuidado de no recaer en las drogas, por lo tanto, creo que va a ayudarme.» 60 % «Mi agente de la condicional y mi terapeuta quieren que esté bien. Creo que cuidan de mí, aunque a veces me molesten.» 100 % «Creo que estas reuniones pueden tener una buena razón de ser.» 50 % «¡Pronto conseguiré mi libertad!» 100 %	1. Odio (50 %) 2. Ira (50 %) 3. Frustración (80 %) 4. Calma (50 %)

Algunas preguntas que ayudarán a formular respuestas racionales: 1. ¿Qué evidencias existen de que el pensamiento automático sea verdadero? ¿No es verdadero? 2. ¿Hay alguna explicación alternativa? 3. ¿Qué es lo peor que puede pasar? ¿Puedo vivir con ello? ¿Qué es lo mejor que puede pasar? ¿Cuál es el resultado más realista? 4. ¿Qué debería hacer acerca de ello? 5. ¿Cuál es el efecto de creer en pensamientos automáticos? ¿Cuál puede ser el efecto de cambiar mi pensamiento? 6. Si _____ (el nombre de mi amigo) estuviera en mi situación y tuviera este pensamiento, ¿qué le diría yo a él?

Figura 12.2 Registro diario de pensamientos de Charlenn.

Otra preocupación legal que tienen que afrontar a veces las personas con abuso de sustancias es la pérdida de la custodia de sus hijos, o bien a manos de su exmujer, de un familiar o de los servicios oficiales de protección. Uno de estos pacientes fue Dee. Su tía de Baltimore se hizo cargo del hijo de Dee durante dos meses cuando Dee fue internada en un programa de rehabilitación por su abuso de sustancias. Dee sabía que su tía estaba esperando impacientemente poder asumir la custodia del niño si Dee recaía. De hecho, la tía de Dee expresó que quería convertirse en la tutora legal del niño si Dee acababa demostrando que no era una buena madre. Antes que ver a su tía como una tabla de salvación, la veía como una amenaza y solía ponerse nerviosa cuando pensaba en la posibilidad de perder a su hijo. Dicha percepción todavía le añadía más estrés y exacerbaba sus impulsos para reanudar su consumo de cocaína *crack*.

En este caso, Dee se vio enfrentada con la posibilidad real de perder la custodia de su hijo. El terapeuta ayudó a Dee a ver esta situación como un impulso para que pudiera seguir firme, antes que como una espada de Damocles colgando sobre su cabeza. Además, antes que tratar a su tía de forma suspicaz como si fuera un enemigo, se enseñó a Dee a cooperar y trabajar con su tía. Se le hizo apreciar que ambas compartían una preocupación común, que era el bienestar del niño.

También deberíamos señalar que los terapeutas que tratan con poblaciones con abuso de sustancias se suelen ver involucrados en más problemas legales y éticos que aquellos terapeutas dedicados a otras poblaciones. Por ejemplo, la asociación entre la utilización de droga y la violencia doméstica significa que el terapeuta debe estar especialmente atento a situaciones que requieran la tarea de avisar a una posible víctima, o bien de tener que contactar con las oficinas que tratan con el abuso de niños y esposas. De hecho, controlar dichas situaciones, manteniendo también una relación terapéutica constructiva con el paciente, requiere de mucha habilidad por parte del terapeuta.

Otra situación legal y ética que hemos encontrado ocurre cuando el paciente asiste a las sesiones de terapia en un estado de intoxicación. El terapeuta elegirá personalmente y/o decidirá caso por caso si continúa con la sesión o no. Sin embargo, si el terapeuta decide interactuar con el paciente, es obligatorio que evalúe si el paciente ha venido conduciendo un coche a la sesión de terapia. Si realmente ha estado conduciendo, el terapeuta deberá hacer todo lo posible para mantenerlo apartado de la carretera hasta que pase un tiempo y esté sobrio. En un caso, pedimos a un paciente que permaneciera en una sala de espera durante dos horas antes de permitirle abandonar el centro. Otras posibles alternativas van desde llamar a un taxi, usar el transporte público o contactar con alguien que pueda recoger al paciente.

Problemas médicos

El abuso de drogas está asociado con toda una miríada de estados médicos crónicos (O'Connor, Chang y Shi, 1992). Incluso cuando el paciente ha abandonado las drogas del todo, las consecuencias médicas del abuso pueden tardar en desaparecer indefinidamente, causando dolor, preocupación, indefensión e impulsos renovados de «automedicarse» utilizando drogas ilícitas. Este fenómeno está muy bien ilustrado en una escena de la película *Bird*, la historia del legendario saxofonista de jazz Charlie Parker. Parker, que tenía un estilo de vida durísimo, con gran consumo de drogas y alcohol, acabó teniendo úlceras gástricas agudísimas, y utilizaba heroína para amortiguar

el dolor. Este hábito sólo sirvió para acelerar su muerte a la edad de 34 años. En una de las escenas, le dice lloroso a uno de sus amigos, que también tomaba droga, Dizzi Gillespie: «¿No es una putada... Voy al médico y le pago 75 dólares, y no me ayuda... pero voy a algún “tipejo” le doy 10 dólares por una bolsa de mierda [heroína], y mi úlcera deja de dolerme, mi hígado ya no me duele, los problemas de mi corazón se desvanecen... y tú me estás diciendo que *éste* es el hombre del que tengo que *alejarme*? Señor Gillespie, mi compañero de armas, eso es lo que yo llamo una paradoja».

Los terapeutas necesitan ser conscientes de los aspectos médicos implicados en el abuso de sustancias, de forma que puedan educar a sus pacientes acerca de dichos asuntos, y así sean capaces de detectar signos físicos que indiquen que podrían sufrir una posible recaída.

Si un paciente abusa de las drogas duras constantemente, como la cocaína, la heroína o las anfetaminas, también será un paciente con mal humor y que dormirá mal. Charleen se equivocaba al pensar que la cocaína *crack* le producía un beneficio en su pérdida de peso. Ella lamentaba haber ganado peso durante la recuperación y el período de tratamiento y se refería a éste como «aquellos días tan bellos», cuando tomaba drogas y estaba delgada. El terapeuta le enseñó que su pérdida de peso reflejaba una dependencia disfuncional de la droga que, de ninguna forma, podía sustituir su nutrición. Enfatizó que la pérdida de peso debía llevarse a cabo mediante ejercicio y con hábitos de comida específicos, no mediante la pérdida de apetito que producen las drogas.

Es frecuente que los pacientes que toman drogas compulsivamente estén despiertos toda la noche (mientras toman) y que duerman durante gran parte del día. Otra variación de los hábitos de sueño implica que el paciente permanezca despierto durante días, y luego caiga dormido también durante varios días. En cualquier caso, se ha trastornado el ciclo natural del sueño y deja de ser viable el funcionamiento normal tanto laboral como social.

Es fácil que un paciente pierda una sesión de terapia por la tarde debido a «dormir demasiado» o bien que suene grogui al hablar por teléfono al mediodía. Éstos son signos reveladores de abuso de sustancias (Gawin y Kleber, 1988). De hecho, en una serie de atletas de elite que se descubrió que eran consumidores de cocaína, esta sospecha nació debido a que se solían dormir en los encuentros importantes del equipo, en las competiciones o en los viajes.

Siempre que sea posible, hay que programar a los pacientes más difíciles a primera hora de la mañana. A las 9 de la mañana se minimiza la probabilidad de que el paciente disfrace el hecho de que ha estado utilizando drogas el día anterior. A veces, cuando no

se puede programar una sesión temprano, se pueden utilizar, para chequear el estado del paciente, las llamadas a primera hora de la mañana. Por ejemplo, se pide a un paciente (como parte de las actividades entre sesiones que se le asignan) a llamar al terapeuta cada día a una hora específica a media mañana, sólo un minuto. Cuando un paciente se queja de que una sesión o una llamada de teléfono son demasiado tempranas para ellos, hay que responderles: «Si no puedes venir a una sesión de terapia a las 9 de la mañana, ¿serás capaz de mantener un trabajo que requiera que estés a las 9? ».

De igual forma que a veces los pacientes no cumplen del todo con la terapia, suelen tender a cumplir menos con los consejos médicos. Cuando los pacientes tienen un médico estable, es importante obtener la información necesaria manteniendo contacto con el doctor correspondiente. Cuando se encuentra en asistencia pública y, por tanto, no ve siempre al mismo doctor cada vez que se visita, la situación es un tanto más complicada. Sin embargo, es importante hacer el esfuerzo de mantenerse informado de las condiciones físicas y tratamientos médicos del paciente.

Uno de nuestros casos más tenaces de no cumplimiento médico fue Ray, quien sufría de una diabetes grave y dependía de la insulina. La forma tan desadaptativa en que abordaba su condición era una causa continua de preocupación en la terapia. Durante un período del curso de la terapia rechazó inyectarse la dosis diaria de insulina que requería, diciendo que podía controlar su nivel de glucosa en sangre simplemente prestando especial atención a su dieta. Cuando el terapeuta puso en duda su resolución, Ray añadió que utilizar la aguja (para inyectarse insulina) le supondría una especie de inducción a inyectarse «cualquier cosa un poco más dura que la insulina». No es necesario decir que esto suponía un dilema importante.

Para empeorar aún más las cosas, Ray rehusó consultar con su médico acerca de esta cuestión. El terapeuta intentó apelar a su racionalidad, y expresó mucha preocupación por la vida de Ray, aunque todo fue en vano. Sólo cuando Ray empezó a experimentar un malestar físico importante, empezó a ceder y finalmente contactó con su médico.

Cuando existió una comunicación fluida entre el paciente, el terapeuta y el médico, pudo empezar la siguiente fase del tratamiento. Esto comprendía que Ray llevara a la sesión las agujas y la insulina, de forma que se pudieran practicar respuestas racionales intensivas en presencia del estímulo que provocaba sus cogniciones más «calientes» y *craving*. Aunque esta intervención comprendía un riesgo importante de recaída, ambas partes acordaron que sería menos arriesgado que la posibilidad de un coma diabético. Al cabo de poco tiempo, Ray conseguía inyectarse la insulina sin ningún problema, aunque esporádicamente aún tenía dudas. El cumplimiento de la inyección de insulina de Ray

tuvo que ser chequeado constantemente a lo largo de todo el curso de la terapia cognitiva.

Uno de los problemas médicos más serios asociados con el abuso de las drogas como la cocaína es el incremento de la prevalencia de madres embarazadas que son consumidoras regulares. Hemos sido testimonios de un incremento del número de casos en que los bebés nacen prematuramente, con complicaciones que amenazan su vida, con adicciones físicas a la cocaína como resultado del hábito de sus madres durante el embarazo (Closser, 1992; Grossman y Schottenfeld, 1992; Smart, 1991; Stimmel, 1991). (Además, existen evidencias preliminares recientes de que pueden haber huellas del consumo de cocaína ligadas al esperma y, por tanto, que impliquen también a los padres en la transmisión de efectos nocivos de la cocaína a sus hijos nonatos.)

De nuevo, la educación juega un papel importante en el tratamiento. El terapeuta puede explicar a las pacientes embarazadas los riesgos de tomar drogas (y del uso del alcohol, así como de fumar cigarrillos) en los hijos que están esperando. Estas pacientes también necesitan que les animen a recibir atención médica prenatal de manera regular. El trabajo con la imaginación puede ayudar a estos pacientes a centrarse en imágenes mentales de bebés sanos *versus* imágenes de bebés muy enfermos, de forma que disuada a las pacientes a tomar drogas cuando aparezca el *craving*. Una de nuestras pacientes embarazadas aprendió a recitarse a sí misma una respuesta racional estándar cuando tenía una urgencia por marcharse y comprar cocaína *crack*. Podía imaginar a un niño saludable y feliz y se decía a sí misma: «Voy a empezar siendo una buena madre, ¡ya! Voy a empezar cuidando a mi bebé ahora mismo. Voy a escoger la salud para nosotros dos. No voy a salir a buscar droga».

Otro problema médico relacionado con el abuso de sustancias tiene que ver con las enfermedades de transmisión, ya sea por contacto sexual o bien compartiendo jeringuillas. Las personas con abuso de sustancias suelen ser bastante desinhibidas en su conducta sexual (véase p. ej., Goldsmith, 1988; Watkins, Metzger, Woody y McLellan, 1991). Tienen tendencia a ignorar medidas simples de protección, como el uso de preservativos. Recordemos (tal y como dijimos en el capítulo 4) que Walt dijo graciosamente que utilizar preservativos estaba prohibido en su religión. En algunos casos extremos las personas que son adictas a las drogas duras pueden llegar a cambiar sexo por drogas. Esto hace que muchas personas tengan relaciones sexuales indiscriminadas con muchas otras personas a lo largo del tiempo. De esta forma se incrementa sustancialmente el riesgo de contraer gran cantidad de enfermedades venéreas, hepatitis y el virus del sida en esta población (Chiasson y otros, 1989;

Fullilove, Fullilove, Bowser y Gross, 1990; Stimmel, 1991). Dado el hecho de que muchas de estas personas son consumidoras de droga por vía intravenosa y que utilizan jeringuillas no esterilizadas (Metzger y otros, 1991), todavía se acentúa más el riesgo de contraer el sida.

De nuevo, la educación es un componente crucial de la terapia. Existen tres pasos importantes para conseguir seguridad ante la transmisión de enfermedades, que incluyen: a) abstenerse de inyectarse droga vía intravenosa; b) practicar sexo seguro, y c) mantenerse monógamo con una pareja en la que se pueda confiar. Hemos encontrado que los pacientes pueden cumplir bien el primer punto, menos el segundo y muy raramente son capaces de cumplir el tercero. Es extremadamente difícil ayudar a un paciente que siempre está tomando sustancias activamente enseñarle a controlar sus conductas sexuales. Es mucho más realista intentar que los pacientes tengan contactos sexuales seguros una vez han dejado de tomar drogas. Sin embargo, hay que esforzarse al máximo para tratar este aspecto médico, independientemente de si se está o no consumiendo (véase apéndice 7, para más información sobre cómo manejar a los pacientes con VIH positivo, adaptado de Fishman, 1992).

Finalmente, una complicación médica más básica y obvia son los efectos perniciosos de la droga por sí mismos en los consumidores (Frances y Miller, 1991). Los peligros van desde daños al sistema nervioso central, anormalidades cardíacas y respiratorias, atrofia del hígado y muerte por sobredosis. No nos olvidemos de otro gran peligro: cuando la droga está adulterada por sustancias extrañas. En un caso muy célebre en el área de Filadelfia, tres hombres se mataron cuando fumaron *crack* envenenado que había pasado bajo mano a sus celdas de la cárcel.

Resumen

En este capítulo hemos presentado una visión general de los problemas que son característicos de las poblaciones con abuso de sustancias. Hemos señalado los círculos viciosos que se producen cuando dichos problemas vitales disparan el abuso de sustancias, que a su vez exacerba la situación vital negativa del paciente.

Las áreas comúnmente problemáticas van desde la familia hasta relaciones disfuncionales o con desacuerdos, pasando por apuros socioeconómicos, estresores cotidianos y acumulativos en el trabajo y en la familia, dificultades asociadas con el miedo a los problemas legales y enfermedades o complicaciones médicas. Hemos planteado el papel que juegan estos problemas en el curso de la terapia cognitiva y

hemos proporcionado ilustraciones de casos que relatan métodos para tratar esas crisis vitales en el contexto del tratamiento externo de los pacientes con abuso de sustancias.

Nos gustaría añadir que nos ha llegado a sorprender la forma en que algunos pacientes son capaces de hacer cambios impresionantemente profundos en sus vidas, como resultado de su firme resolución de seguir el tratamiento. Cuando se producen cambios en la vida positivos después de la decisión del paciente de mantenerse al margen de las drogas, le incumbe al terapeuta asegurarse de que el paciente comprende la naturaleza de este *feedback* positivo en su vida. De igual forma que el terapeuta enseña al paciente a reconocer los peligros que ofrece el círculo vicioso, el terapeuta ha de recordar al paciente que haga inventario de los cambios beneficiosos que tienen lugar como resultado de su abstinencia. Cuando los pacientes se dan cuenta totalmente de cómo ha mejorado su vida en general, todavía obtienen más impulso para sacar el máximo de la terapia y prevenir la recaída.

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. El símbolo chino que indica «crisis» consiste en una combinación de los caracteres «peligro» y «oportunidad». De igual forma, en la terapia cognitiva del abuso de sustancias una crisis se considera como un estresor que presenta simultáneamente un peligro de recaída y, también, una oportunidad para aprender. En la medida en que los pacientes afronten con éxito las crisis sin tomar drogas, aumentarán su autoconfianza y las habilidades futuras de afrontamiento. El individuo que no afronta con efectividad las crisis, hace disminuir su seguridad, provocando un debilitamiento de sus habilidades de afrontamiento y un incremento potencial de recaída futura.

Una de las responsabilidades más importantes del terapeuta es estar disponible para los pacientes en el momento de la crisis. Por ejemplo, cuando un paciente está en situación aguda de suicidio, o en una situación potencialmente peligrosa, es vital que el terapeuta esté accesible para que pueda consultarlo en caso de emergencia. Además, es aconsejable que el terapeuta tenga mucha habilidad en saber controlar dichas situaciones. Los pacientes que abusan de las drogas son especialmente propensos a verse involucrados en problemas serios, y el transcurso típico de una terapia con dichos pacientes suele implicar tener que tratar una serie de incidentes críticos de este tipo (Newman y Wright, en prensa).

Por ejemplo, no es nada raro ver a un paciente que parece estar haciendo progresos terapéuticos, que, de repente, deje de venir a terapia y no responda a las llamadas de teléfono del terapeuta. Al cabo de un tiempo, el paciente llama al terapeuta en un estado de agitación elevado y se hace evidente que ha vuelto a consumir drogas de nuevo.

Las crisis típicas comprenden (aunque no se limitan): reanudar el consumo de drogas, romper con relaciones significativas y/o violencia con las mismas, reducción de la capacidad económica, problemas legales recurrentes, problemas de delincuencia, emergencias médicas, sobredosis y suicidio.

Este capítulo sirve como guía para que el terapeuta pueda manejar las crisis agudas

de sus pacientes con abuso de sustancias. Revisaremos y estudiaremos los tipos más frecuentes de incidentes críticos, y explicaremos alguna de las opciones del terapeuta para tratar estas situaciones clínicas tan difíciles. Primero, examinaremos algunos de los signos de alarma que deberían alertar al terapeuta, ante la posibilidad de una crisis inminente o actual en la vida del paciente.

Signos de alarma

Incluso cuando los pacientes no son capaces de prevenir voluntariamente las dificultades serias que van a encontrarse, existen una serie de signos reveladores que indican que puede suceder una crisis. Estas crisis tal vez conlleven (o no) el consumo de drogas. Sin embargo, suele ser más frecuente que *una crisis que empieza como un acontecimiento no relacionado con la droga, cuando no se trata, acabe en un episodio de abuso de drogas que, por tanto, agrave dicha crisis* (Kosten y otros, 1986).

Un signo típico es que el paciente suele llegar habitualmente tarde a las sesiones de terapia, o bien, ya no aparece. Cuando un paciente pierde una sesión, sobre todo si no ha llamado para cancelarla, eso suele presagiar un problema. Hemos sido testigos muchas veces de distintos casos en que los pacientes no sólo perdían sesiones sino que literalmente parecía que desaparecían durante largos períodos de tiempo. Cuando el paciente se incomunica de esta forma, las probabilidades de que esté buscando drogas activamente son muy altas (o bien esté envuelto en otras dificultades graves).

Después de que un paciente ha faltado a una sesión, el terapeuta debe intentar contactar con él tan pronto como sea posible. Si se contacta fácilmente con el paciente por teléfono, el terapeuta puede preguntarle qué está ocurriendo (p. ej., «¿Sabes por qué te llamo? ¿Te acuerdas que habíamos acordado vernos hace ya media hora? ¿Puedes decirme qué está ocurriendo ahora?»).

La situación se complica cuando no es posible localizar a un paciente que ha fallado a una sesión. Esto suele ocurrir cuando: a) el teléfono del paciente está sonando a todas horas, día y noche, sin que nadie lo coja; b) no responde a los mensajes telefónicos del terapeuta, y c) los parientes o las personas que están en su casa reaccionan de manera hostil, dando mensajes crípticos en respuesta a los requerimientos acerca del paradero del paciente, o hacen ver que pasarán el mensaje al paciente, quien al final no responde a la llamada.

En un porcentaje alto de casos en los que el paciente desaparece varios días de la vista del terapeuta, esto suele estar relacionado con el consumo de drogas. Por tanto, las

sesiones perdidas proporcionan al terapeuta una llamativa bandera roja.

Otros signos de alarma de que el paciente está en crisis es la demostración por parte de éste de un cambio en el estado de ánimo o de conducta muy marcado. Entre los ejemplos se incluye: a) un paciente que normalmente habla claro y articula bien sus pensamientos, durante una conversación telefónica parezca misteriosamente incoherente o desorganizado cognitivamente; b) un paciente que casi siempre puntúa cero (es decir, no señala patología) en cuestionarios como la Escala de depresión de Beck, de repente puntúe favorablemente en afirmaciones que pertenecen a un extremo de sintomatología (p. ej., «Me gustaría suicidarme»); c) un paciente que normalmente ha cooperado y ha sido amable evidencia hostilidad hacia el terapeuta; d) un paciente evidencia un afecto lábil en la sesión como, por ejemplo, el paso de la agitación, a llorar y a decir «tonterías», y e) un pariente del paciente telefonea para decir que éste está actuando «fuera de control» y ruega al terapeuta que intervenga inmediatamente. Aunque estos ejemplos son los más típicos, no representan de ningún modo una lista exhaustiva de los mismos.

Siempre que sea factible, deben tratarse lo más rápidamente posible los cambios pronunciados en el funcionamiento del paciente. En dichos casos se aconseja una mezcla —aplicada hábilmente— de empatía adecuada y de franca confrontación. De esta forma el terapeuta puede fortalecer la relación terapéutica, mientras hace progresos para estabilizar al paciente y empezar a tratar con las causas de la crisis de manera constructiva. Otra bandera de alerta roja, que debe notar y tratar el terapeuta, es cuando el paciente suena o parece grogui, ya sea en persona o por teléfono, y especialmente a mitad del día. Uno de nuestros pacientes utilizaba la excusa de que había estado trabajando «el último turno» el día antes de una sesión en la que aparecía extremadamente fatigado y apagado. La excusa parecía plausible al principio pero empezó a perder credibilidad cuando empezó a saltarse sesiones y, entonces, contestaba a las llamadas de teléfono del terapeuta con estados de enlentecimiento parecidos, fuese cual fuese la hora del día en que llamara. Además, cuando se le preguntó acerca de programar sus sesiones de tal forma que no tuviera que llegar después del trabajo, del «último turno», el paciente no fue capaz, de ninguna manera, de planificar un horario. En ese momento, el terapeuta afirmó tajantemente que creía que su cansancio era debido al alcohol o la droga y que de hecho era un problema muy serio.

Los pacientes raramente ansían o tienen entusiasmo por contar que han reanudado episodios con droga o bien sus crisis concomitantes, pero tendrán más ganas de discutir «situaciones en las que han escapado por un pelo». Cuando un paciente expone

espontáneamente que «casi estuvo a punto de tomar drogas la semana pasada», es casi seguro que vivirá otra situación similar esta semana. Es más que probable que ya haya empezado a tomar drogas durante la semana pasada y que probablemente tome aún más en la semana venidera. Cuando este tema se hace público en la sesión, el terapeuta debe estar atento para convertirlo en el aspecto más prioritario de la misma. El resto de la sesión debe comprender un esfuerzo concentrado para planificar una estrategia de emergencia a fin de evitar que el paciente tome drogas cuando salga de la sesión.

Cuando el paciente no menciona por sí mismo episodios en los que «casi» ha tomado drogas, el terapeuta puede preguntar, como de forma casual: «¿Ha habido otros momentos de la semana pasada en que te hayas sentido tentado a tomar drogas? ¿Cómo de cerca has estado de tomar drogas?». Este tipo de preguntas puede llevar a discutir los problemas y las crisis potenciales que, de otra forma, el paciente no hubiera accedido voluntariamente a comentar.

Cuando los terapeutas están atentos a los signos de alarma de la reanudación del consumo de drogas y de otras crisis, tienen mucha más oportunidad de que sus pacientes con abuso de sustancias sigan el tratamiento. Al hacerlo, tendrán más posibilidades de cortar de raíz problemas más importantes y tratar con emergencias graves, antes de que lleguen a perjudicar a la persona o provoquen su encarcelación (Newman y Wright, en prensa).

Situaciones de crisis

En las secciones que siguen, expondremos algunas crisis comunes que suelen estar relacionadas directamente con el alcohol y las drogas ilegales. Estas crisis incluyen la sobredosis y el suicidio, la pérdida de domicilio, la desaparición, la pérdida de empleo, la pérdida de relaciones personales íntimas, las emergencias médicas, la delincuencia y los enfrentamientos violentos con el terapeuta.

SOBREDOSIS Y SUICIDIO

Ya sea por accidente o porque deliberadamente intente herirse a sí mismo, una sobredosis con drogas ilegales (puede que en combinación con el alcohol o sustancias controladas legalmente) representa una situación potencialmente amenazante para la vida.

En muchos casos, el terapeuta de un paciente que ha sufrido una sobredosis no sabrá

del episodio hasta que el daño ya esté hecho. Por ejemplo, Dee llamó a su terapeuta desde la cama del hospital, diciéndole que no podría asistir a su sesión de terapia debido a su hospitalización, por un ataque de asma grave. Más adelante, cuando el terapeuta consultó con el médico por este caso, supo que el ataque fue inducido por la intoxicación con cocaína, y que Dee prácticamente se había asfixiado.

En raras ocasiones, el paciente llamará al terapeuta para informarle de que ha tenido una sobredosis. Cuando la sobredosis es por accidente, es probable que el paciente se encuentre en un estado de pánico y confusión. Se debe confirmar la localización del paciente y explicar que llamaremos a un número de teléfono determinado para que vaya una ambulancia. Si hay algún amigo o pariente cercano, se le dirá a dicha persona que haga lo mismo. En los casos en que el paciente está solo y parece demasiado incoherente como para poder proporcionar una dirección, el terapeuta necesitará tener a mano ese tipo de información sobre su paciente. Una solución simple es que el terapeuta tenga copias de los números de teléfono de todos los pacientes y pueda disponer de ellos tanto en casa como en el trabajo.

Cuando la sobredosis es un gesto o un intento suicida, también se requerirá de una ambulancia. (No es necesario decir que en esas condiciones el terapeuta no tiene obligación de proteger el anonimato del paciente; por tanto, es importante romper la confidencialidad para poder salvaguardar la vida del paciente.) Sin embargo, si es posible, es importante mantener al paciente en la línea. Esto resulta muy importante cuando el paciente no quiere revelar su paradero. Cuando Ray llamó a su terapeuta a su casa (a cobro revertido) en el día de acción de gracias, decía que había tomado suficiente heroína y cocaína como para «matar a un elefante». Rehusó decir dónde se encontraba, diciéndole que estaba en una cabina de teléfono. Afortunadamente, el terapeuta tenía dos líneas de teléfono en su casa y fue capaz de escribir un mensaje a su mujer, pidiéndole que llamara a la operadora desde la otra línea para que descubrieran el sitio desde donde llamaba Ray. Aunque el terapeuta mantuvo al paciente en la línea durante 50 minutos, el intento de localizar la llamada no tuvo éxito. Luego el terapeuta llamó a la policía directamente, dando una descripción del paciente y sugiriéndole sitios en los que muy probablemente podía estar. Afortunadamente lo que dijo Ray era exagerado y su «intento suicida» casi consigue que duerma en el calabozo durante las siguientes 24 horas.

Cuando el suicida llama directamente al gabinete del terapeuta, ha de ser posible contactar con un colega de la misma forma que el terapeuta en el ejemplo anterior contactaba con su esposa.

En resumen, el terapeuta debería: a) determinar la localización del paciente; b)

mantener al paciente en el teléfono o si se da el caso en el gabinete; c) evaluar el nivel de gravedad de las conductas suicidas, y d) contactar con la policía, una ambulancia u otra persona que esté cerca y que pueda hacer estas tareas por el terapeuta, de forma que éste preste atención exclusivamente al paciente.

En el caso de que haya una emergencia suicida en la que aún no se han ingerido drogas, sino que el paciente amenaza de que va a hacerlo, el terapeuta puede permitirse responder un poco más cautelosa y metódicamente. Si un paciente se siente indefenso como resultado de haber reanudado su consumo de drogas, o bien ha sufrido una pérdida afectiva como resultado del abuso de sustancias, se puede intentar reducir los deseos del suicida atacando directamente su desesperación. Si esta estrategia resulta bien, el terapeuta no tendrá que contactar con la ambulancia o la policía y, por contra, debería quedar con el paciente para una visita «cara a cara» tan pronto como sea posible (p. ej., el mismo día o a primera hora de la mañana).

La situación se convierte en un poco más peligrosa cuando el paciente suicida está bajo la influencia de las drogas y el alcohol. Incluso aunque el paciente no haya tomado una sobredosis, la intoxicación hará que tenga una intensificación irracional de sus intenciones de autolesionarse por otros medios (Marzuk y otros, 1992). Bajo estas condiciones, el paciente no será capaz de seguir las instrucciones del terapeuta o comprender los intentos de éste para ayudarlo. Si el terapeuta lo cree conveniente, será necesario que opte por la vía de acción más segura. Ésta consiste en contactar o indicar a un familiar del paciente para que lo lleve a un hospital o bien que el terapeuta llame a un vehículo de emergencia directamente.

PÉRDIDA DE DOMICILIO

Otra crisis relacionada con las drogas suele aparecer cuando el paciente es expulsado de su hogar, normalmente por la esposa, padres, compañero de piso o el propietario, una vez éstos ya han franqueado los límites de la tolerancia con las conductas desadaptativas y extremas del paciente. En algunos casos, éste tiene un sitio alternativo para ir, como la casa de un familiar o de un amigo. Desafortunadamente, a menos que el paciente cambie su conducta, ocurrirá la misma secuencia de acontecimientos. Al final, dichos pacientes se encontrarán sin ningún sitio donde poder ir, solos en las calles, en refugios para mendigos, en lugares donde se vende droga o (si tienen suerte) en servicios públicos.

Cuando un terapeuta se da cuenta de que su paciente ha sido echado de su domicilio, es aconsejable que pida permiso al paciente para consultar con el agente de la condicional o con su asistente social. Esto le permitirá mejorar las oportunidades para

que el paciente sea admitido en un programa de rehabilitación por abuso de drogas como interno. Aunque el ingreso del paciente proporcionará sólo una solución del problema a corto y no a largo plazo (Cummings, 1993), es mucho mejor para los pacientes estar bajo supervisión médica que languidecer en las calles. Además, la participación del paciente en un programa como interno, le ayudará a ganarse el favor de los miembros de su familia así como a restablecer su terapia cognitiva externa después de que lo den de alta.

DESAPARICIÓN

A veces la crisis no surge cuando se fuerza a los pacientes a dejar sus hogares, sino cuando desaparecen de sus residencias súbitamente. Tal y como señalamos antes, esto suele indicar que el paciente vuelve a salir a tomar drogas, y debe refugiarse en casa de otras personas que también «están huyendo». Este tipo de crisis es una de las muchas en las que los pacientes no contactan con el terapeuta. Aunque los pacientes que «desaparecen» a lugares como casas donde se consume *crack* (durante varios días) pueden estar perdiendo su dinero, su trabajo, sus vínculos familiares, su salud física y otras facetas importantes de su vida, normalmente no se dan cuenta de esas crisis hasta que no acaba su periplo. En ese momento, los pacientes se tienen que enfrentar con la devastación que han causado. Tendrán que enfrentarse a la falta de dinero, al agravamiento de sus impulsos por consumir droga, a la poca higiene física que tienen y a las condiciones en las que viven, a los familiares, jefes y propietarios enojados, y a las posibles consecuencias legales, especialmente si su agente de la condicional averigua su paradero y los encuentra.

Cuando los pacientes dejan su casa para ir a por droga, es prácticamente imposible localizarlos. De hecho es importante que el terapeuta siga tratando de localizarlos por teléfono o correspondencia, y esté preparado para reanudar el tratamiento con ellos una vez hayan vuelto (o cuando se les localiza).

Los terapeutas de los pacientes que reaparecen después de sus escapadas para drogarse se sentirán especialmente frustrados, decepcionados y enfadados con sus pacientes por las conductas contraproducentes y antiterapéuticas que han realizado. Un pensamiento automático que hemos compartido en respuesta a esta situación que se repite se podría expresar de la siguiente manera: «¡Después de todo el trabajo que he hecho con este paciente, tiene el descaro de dejar la terapia y volver a tomar drogas! ¿Cómo se atreve a arruinar todo el trabajo tan cuidadoso que hemos estado haciendo conjuntamente, sólo por colocarse de nuevo? ¡Ahora, espera que yo recoja todos los escombros y que lo salve otra vez!». Estos pensamientos automáticos se deben contrastar

mediante respuestas racionales que resalten el estado real de desesperación del paciente, la oportunidad del terapeuta de continuar ofreciendo ayuda profesional sería incluso bajo esas condiciones adversas (por tanto, con la esperanza de fortalecer la relación terapéutica), y darse cuenta de que el terapeuta no tiene que «recoger los escombros». Es muy importante que el terapeuta demuestre su deseo de continuar con el trabajo que realiza con el paciente. Sin embargo, se requiere de un gran esfuerzo para minimizar el riesgo de que se repita un episodio de este tipo. Esto incluye enfatizar la importancia de que el paciente contacte con el terapeuta de manera regular y programada y siempre que los *craving* de drogas sean intensos.

PÉRDIDA DE EMPLEO

Las personas que buscan drogas activamente raras veces tienen buenos empleos. Normalmente su abuso hace que lleguen tarde al trabajo, pierdan días laborales, hagan el trabajo deficientemente y, a veces, también lleguen a perderlo. Un paciente que pierda el trabajo puede reaccionar con ira, ansiedad, frustración, desesperanza, reducción acentuada de la autoestima y una gran gama de otras emociones negativas. Estos sentimientos, conjuntamente con sus pensamientos automáticos concomitantes y creencias, suponen amenazas significativas a la abstinencia del paciente. Por ejemplo, si la autoestima de un paciente depende en gran parte de su trabajo, probablemente reaccionará con bastante intensidad ante el hecho de ser despedido. Empezará a creer que ya no tiene nada que perder (incluso su orgullo, que ya ha sido dañado) si sale y se «coloca». En esta situación el paciente podría pensar: «¡He trabajado tan duro para salir de las drogas y mira en qué ha acabado, sólo problemas! ¡Si esto es lo que me espera, da lo mismo que salga y me coloque!».

Cuando un terapeuta se entera de que su paciente con abuso de sustancias ha perdido el trabajo, debe hacer un esfuerzo repentino y coordinado para ayudar al paciente a solucionar este problema tan vital y devastador. Uno de sus deberes prioritarios debería ser obtener nuevas fuentes legales de ingresos para su paciente. Éstas pueden incluir seguro de desempleo, asistencia pública u otro trabajo. A los pacientes que acaban de ser despedidos no se les debe proporcionar una especie de permiso tácito para renunciar o ignorar las responsabilidades económicas que tienen con sus familiares, para que se anestesien ellos mismos con drogas y alcohol, y a buscar dinero mediante medios ilegales. Naturalmente, se continuará tratando el problema de abuso de sustancias *per se*, ya que si no, los hábitos de trabajo empobrecidos del paciente conducirán a que acabe perdiendo más trabajos.

Si el paciente dice que no puede ir a terapia por motivos económicos, el terapeuta debería mostrar simpatía ante esta situación. Sin embargo, hay que inculcar al paciente la importancia de venir al menos a una sesión con el objetivo de poder tratar su crisis de manera productiva. Entonces, el terapeuta puede intentar considerar la posibilidad de hacer arreglos especiales para que el paciente pueda continuar con el tratamiento, como una cuota reducida (si es posible) o bien disminuir la frecuencia de las visitas. En el caso de los pacientes remitidos por la justicia, o bien de los pacientes de investigación, el desempleo no tiene por qué ser un obstáculo para que continúen con la terapia, ya que los honorarios los suele cubrir un tercero. Los dos aspectos clave de la sesión deberían implicar: a) evaluar y modificar los sentimientos negativos, pensamientos e impulsos de tomar drogas que hayan aparecido a raíz de la pérdida del trabajo, y b) la planificación y resolución de problemas en relación con poder llegar a fin de mes económicamente desahogados y, también, empezar el proceso de buscar un nuevo empleo.

Además, el terapeuta necesita implicar al paciente en una exploración de los posibles resultados que supondrían obtener un nuevo empleo. Esto incluiría planificar acerca de: a) cómo se desenvolverá el paciente después del trabajo sin recurrir a las drogas o al alcohol; b) cómo gastará y ahorrará dinero; c) qué clase de pensamientos y creencias es probable que se disparen como resultado de ajustarse a un nuevo empleo, y d) cómo responder racionalmente a los impulsos de tomar droga que se pueden intensificar como reacción a los cambios asociados con el trabajo.

PERDER RELACIONES INTERPERSONALES ÍNTIMAS

Otra de las crisis que suelen tener los pacientes en su vida como resultado de su abuso de sustancias es la desavenencia con alguna persona significativa para ellos. Hemos visto pacientes que llegan a estar tremendamente disfóricos, enojados e indefensos cuando sus padres les han rechazado, su pareja ha roto con ellos, les han negado el contacto con sus hijos (p. ej., lo ha hecho una exesposa o los tribunales), o bien ha muerto algún miembro de su familia o de su círculo de amistades. No es necesario decir que la relación terapéutica cobra un sentido clave en dichos momentos, ya que los pacientes pueden inferir que también pueden perder el apoyo de su terapeuta.

Cuando se acaba de romper una relación amorosa, matrimonial, esto suele situar al paciente en una situación de riesgo de volver a consumir droga. Los pacientes pueden buscar consuelo en sus drogas preferidas, esperando anestesiarse por el dolor de la pérdida de la relación. Incluso si dichos pacientes no intentan tomar drogas como forma de automedicación, se pueden implicar deliberadamente en conductas autodestructivas

como la ira, la desesperación o el deseo de manipular a su pareja. En un caso, un paciente empezó a tomar de nuevo alcohol y cocaína para hacer que su exnovia se sintiera culpable y responsable de su «falta». Más tarde, admitió que creía que la haría volver si la podía convencer de que la separación «le había llevado a beber y drogarse de nuevo». En otro caso, una paciente explicó que cuando su novio la echó de casa pensó: «Ya no importa nada, así que da lo mismo si me convierto en un desecho». Como consecuencia, pasó la noche en una casa de *crack* y reanudó su consumo frenético de droga.

Un aspecto muy perturbador de las crisis interpersonales relacionadas con el abuso de sustancias es la violencia doméstica. Cuando el paciente es responsable del abuso sexual o físico de un menor, el terapeuta está obligado a informar a las autoridades de protección de menores. Para mantener al paciente en el tratamiento y, por tanto, ayudarlo a controlar este problema tan serio, aconsejamos a los terapeutas a animar a sus pacientes a que llamen por sí mismos a la policía u otras organizaciones legales en presencia del terapeuta. El terapeuta que desea y es capaz de seguir colaborando con el paciente en estas situaciones que son las más delicadas, es el que tendrá más probabilidad de trabajar para que el paciente que ha cometido el abuso pueda cambiar.

Cuando el paciente es víctima de la violencia en su hogar, el terapeuta necesitará tener a mano rápidamente los números de teléfono de los hogares de protección o grupos de apoyo. Los terapeutas deben poner especial atención con sus pacientes femeninas que están relacionadas con hombres con trastornos por sustancias, ya que este tipo de relación se correlaciona significativamente con la violencia doméstica, y con la vuelta atrás del paciente, que consume de nuevo drogas y alcohol como mecanismo de «afrentamiento» (Amaro y otros, 1990).

Cuando los pacientes experimentan crisis en sus relaciones más importantes, es necesario que los terapeutas les apoyen y animen para que expliquen su sentimiento de pérdida, la ira o la culpa que estén experimentando. Hay que poner énfasis en dos puntos cruciales: a) que el terapeuta no abandonará al paciente, incluso aunque haya otras personas que hayan cortado emocionalmente con él, y b) que el paciente tiene formas de controlar esta pérdida de relaciones, a saber, el paciente es capaz de hacer cosas que son la causa de que pierda personas queridas y, por tanto, también es capaz de cambiar su conducta para poder facilitar la reconciliación o bien establecer nuevas relaciones. En aquellos casos en que la reconciliación no es posible, como cuando la persona amada muere, el terapeuta debe reaccionar con gran sensibilidad ante el dolor que está sufriendo el paciente, aunque debe seguir estando atento al incremento del riesgo de que el

paciente tome drogas. Como en cualquier otra crisis, en ésta se incrementará el riesgo de suicidio del paciente.

URGENCIAS MÉDICAS

Los pacientes que abusan de las drogas y del alcohol tienen mayor riesgo de crisis médicas agudas que la población en general. Como ejemplos tenemos: el paciente alcohólico que suele tener úlceras gastrointestinales sangrantes; la mujer embarazada que abusa del *crack* y que suele tener partos prematuros; el diabético que olvida la insulina y en cambio se inyecta heroína, con el consiguiente coma; la mujer asmática que se empieza a asfixiar después de fumar cocaína en estado puro y otros.

Roland puede ejemplificar un caso cada vez más corriente: de pronto descubrió que era seropositivo de VIH. Llamó a su terapeuta en un estado de gran excitación cuando recibió los resultados de la prueba, diciéndole una y otra vez: «Me voy a matar, me voy a matar». La primera respuesta del terapeuta fue la de mostrarle mucha simpatía y dejar que el paciente se desahogase. Después, el terapeuta evaluó si había algún riesgo potencial de consumir droga o bien de que se suicidase. Finalmente, después de estar 30 minutos al teléfono, el paciente estaba suficientemente calmado como para poder empezar a vislumbrar algunos signos de esperanza. Específicamente, el terapeuta señaló que aunque fuera seropositivo, no había contraído el sida y que seguiría en dicho estado durante muchos años. El terapeuta y el paciente se pusieron de acuerdo en que, para maximizar su período de incubación, Roland debería vivir con un estilo de vida lo más saludable posible, incluyendo el que se abstuviera del consumo de drogas. De esta forma, Roland incrementaría sus posibilidades de supervivencia como para ver llegar el día en que se hubieran desarrollado tratamientos efectivos o bien se hubiera desarrollado un medicamento que lo curara totalmente.

Más adelante, cuando Roland llegó a la sesión «en vivo» con el terapeuta, se encontraba en un estado mental suficientemente positivo como para poder tratar temas relacionados con la responsabilidad sexual de sus parejas. Mientras tanto, el terapeuta continuó mostrando empatía por el problema médico en que se encontraba el paciente y desaprobó totalmente la hipótesis de éste respecto a que él (el terapeuta) lo trataría como si fuera un paria social.

En muchos casos, los terapeutas no sabrán de las urgencias médicas de sus pacientes hasta que las crisis agudas hayan pasado y hayan recibido el tratamiento pertinente. En este caso, el trabajo del terapeuta no es tanto ayudar al paciente a solucionar la crisis como volver a reengancharlo en el trabajo que están realizando en terapia, poniendo un

énfasis especial en la forma en que el consumo de drogas y el estilo de vida tan poco saludable del paciente han contribuido a sufrir dicha crisis o situación de emergencia. El nuevo objetivo del terapeuta consiste en dar todos los pasos necesarios para minimizar el riesgo de que surjan de nuevo complicaciones médicas.

En esas ocasiones, cuando el paciente informa al terapeuta de que un problema físico grave que sufre no está siendo tratado, es del todo necesario que el terapeuta anime al paciente a consultar a un médico, o bien ir a la sala de urgencias del hospital más cercano (o más apropiado) tan pronto como sea posible. Cuando el paciente indica que se encuentra imposibilitado por la enfermedad, infección o trastorno, el terapeuta deberá realizar todos los pasos necesarios para salvaguardar la vida de ese paciente, descritos anteriormente en la sección de sobredosis y crisis de suicidio.

A veces los pacientes se pueden resistir a las súplicas del terapeuta para que busque ayuda médica, ya sea porque *quieran* empeorar la crisis (p. ej., debido a la desesperación y al suicidio pasivo), o bien, porque se toman mal la debilidad implícita o la pérdida de control sobre sus cuerpos, o quizá porque tengan miedo de que las pruebas a las que se verán sometidos en los hospitales revelen que están tomando drogas de manera activa. En dichos casos, cuando los pacientes hacen oídos sordos a los intentos del terapeuta para apoyar y razonar, éste necesitará que faciliten ayuda médica al paciente sin su consentimiento, esperando que después de que la crisis remita, podrán reparar su alianza terapéutica. El terapeuta debería poner énfasis en que esto no significa el final de la relación terapéutica, sino una escisión momentánea mientras el paciente recibe atención médica.

PROBLEMAS DE DELINCUENCIA

Cuando los pacientes recaen en un consumo regular de drogas, corren el riesgo de verse involucrados en un gran número de actividades delictivas, que, unidas, compondrán una especie de estado de crisis. Por ejemplo, varios meses después de que Walter dejó la terapia precipitada y prematuramente, supimos de su agente de la condicional que se había escondido para evitar las amenazas y palizas de algunos cabecillas del crimen organizado. Parece que cuando reanudó su consumo de cocaína, empezó a robar grandes sumas de dinero a prestamistas estafadores. Esto fue un ejemplo espantoso de su poco juicio y pocas habilidades de planificación (sobre todo bajo la influencia frecuente de la cocaína), ya que no podía pagar sus deudas desorbitantes. Al final, Walter recurrió a cometer robos para poder conseguir suficiente dinero y bienes

para calmar a sus prestamistas. Y la policía lo capturó y fue reencarcelado durante unos meses. Cuando lo liberaron, reanudó la terapia.

Cuando los terapeutas se enteran de que un paciente está cometiendo acciones fuera de la ley, lo primero que deben determinar es si hay otras personas que corran riesgo de ser heridas. Si se da el caso, están en la obligación de avisar a la policía así como a la posible víctima. Lo ideal es que esto se pudiese evitar si el paciente desea trabajar con el terapeuta para que cese y desista de dichas actividades delictivas en cuestión, o bien quiera dirigirse voluntariamente a su agente de la condicional o bien se someta voluntariamente a tratamiento por abuso de sustancias en un hospital psiquiátrico, interno o de día.

Si no corren riesgo otras personas, el terapeuta y el paciente deben colaborar para encontrar y aplicar conductas de solución de problemas en lugar de las conductas ilegales. Las técnicas cognitivas pueden ayudar al paciente a generar opciones viables y a combatir las creencias de que «No hay ninguna forma de salir de dicha situación» [excepto verse involucrado en actividades ilegales].

CONFRONTACIÓN VIOLENTA CON EL TERAPEUTA

Otra de las crisis relacionadas —con la que afortunadamente casi nunca nos hemos encontrado en el Centro de Terapia Cognitiva— consiste en que el paciente amenace físicamente al terapeuta. Si la amenaza es simplemente verbal, y el paciente no tiene ningún arma y no ha hecho gestos amenazadores hacia el terapeuta, éste ha de ser capaz de manejar la situación simplemente mostrando un interés empático por comprender las razones del estado airado del paciente. Cuando el paciente se ha calmado un poco, el terapeuta puede explicar que no hay ninguna necesidad de que el paciente amenace al terapeuta. Por ejemplo, el terapeuta puede decir: «Señor Smith, está bien que esté enfadado conmigo. Me gustaría saber por qué y quisiera arreglar las cosas entre nosotros, de forma que podamos continuar trabajando conjuntamente. Sin embargo, no ayuda en absoluto que usted me diga que me hará daño, porque entonces tengo que apartar mi atención de sus necesidades y dirigirla a mi seguridad personal y autodefensa. Si hemos de seguir trabajando juntos, debo insistir en que nunca más intente amenazarme o hacerme daño. ¿Lo entiende?».

Cuando la amenaza es más seria, como cuando el paciente ataca al terapeuta o saca un arma, el terapeuta tiene que decidir rápidamente si huir de la situación (si es posible) o reunir todas sus habilidades empáticas para poder apaciguar al paciente hasta que pase la amenaza. Bajo dichas condiciones resulta apropiado conseguir la ayuda de colegas y/o

de la policía, e incluso, está incluida dentro de las prerrogativas éticas del terapeuta la decisión de no continuar viendo al paciente (principio de autoprotección). Si el terapeuta se encuentra fuera de peligro y el paciente todavía está presente, el terapeuta también puede escoger seguir con el contrato terapéutico, después de explicarle las reglas básicas tal y como señalábamos anteriormente. Afortunadamente, la incidencia de crisis como éstas ha sido realmente baja en nuestra muestra de pacientes externos.

Resumen: principios generales para tratar una crisis

Cuando los pacientes responden a las crisis tomando drogas, resulta muy aconsejable que contacten con alguien que les ayude para poder prevenir que dicho episodio acabe siendo una recaída completa. Los terapeutas deben recalcar a sus pacientes que un desliz en el consumo de droga puede servir para sacarle aún más partido a la terapia y, por tanto, ser muy beneficioso para el tratamiento. Pueden explicar a sus pacientes que reanudar el consumo de drogas no significa que los pacientes han «fracasado» en el tratamiento, y que el terapeuta todavía quiere ayudarlos. Los terapeutas también pueden decir a sus pacientes que no es necesario —de hecho, a veces incluso es doloroso— que se aislen de las demás personas que quieren ayudarlos después de haber tomado drogas.

Una vez que el terapeuta ha sido capaz de establecer contacto con el paciente durante o después de la crisis, al menos hay cuatro principios que debe seguir. Primero, el terapeuta debe estar atento, ya que en dichas situaciones el paciente querrá recurrir probablemente a las drogas como técnica de «afrontamiento». Por tanto, además de ofrecerle apoyo y adecuada empatía, el terapeuta debe evaluar las intenciones que el paciente tiene de consumir drogas con este propósito. Se necesita mucho trabajo terapéutico para ayudar al paciente a mantenerse al margen de la droga en estas condiciones.

Segundo, es necesario que el terapeuta esté atento a la sensación de desesperanza y fatalismo del paciente (p. ej., «Estoy destinado a tener siempre mala suerte. ¿Por qué tendría ni siquiera que esforzarme en recuperar mi vida de nuevo? De todas formas no haré nada bueno»). A menos que se combata duramente, ese punto de vista puede hacer que el paciente esté en situación de riesgo de tomar drogas, de dejar el tratamiento y de otras conductas contraproducentes.

Tercero, el terapeuta puede ayudar al paciente a utilizar sus crisis actuales como una oportunidad en la que pueda practicar las habilidades de afrontamiento, sin que tenga que tomar drogas como una forma de escapar o una muleta. Por tanto, el terapeuta ayuda

al paciente a contemplarlo como una especie de «test» que, si lo supera, le indicará un progreso realmente importante para una recuperación completa. También cabe añadir la otra ventaja: el paciente gana en autoeficacia con cada una de estas crisis manejadas correctamente, en las que no ha utilizado sustancias psicoactivas.

Cuarto, de cara a prevenir que el tratamiento no se acabe reduciendo a tener que centrarse en una crisis tras otra, los terapeutas observarán las creencias disfuncionales y conductas problemáticas habituales que subyacen bajo toda una serie de crisis dispares. Por ejemplo, una serie de desavenencias personales repetidas (con la esposa, la familia de origen, el jefe) pueden estar relacionadas con un tema común, como la resistencia del paciente a que le digan lo que tiene y lo que no tiene que hacer. En ese caso, el terapeuta puede ayudar al paciente a explicar detalladamente estas creencias disfuncionales; por ejemplo: «Si escucho los consejos de alguien, significa que estoy siendo controlado» y «Si estoy siendo controlado, no soy un hombre de verdad». El terapeuta podrá mantener una mejor estructura y mayor continuidad en la terapia, prestando atención a estas creencias y a sus conductas problemáticas concomitantes.

Todos los terapeutas son humanos y no son inmunes a sentirse obstaculizados por las crisis que presentan sus pacientes. En dichas situaciones, recomendamos sobre todo que los terapeutas consulten con otros profesionales, incluyendo asistentes sociales, agentes de la condicional y otros colegas clínicos. Por ejemplo, cuando han aparecido problemas legales, hemos realizado sesiones de terapia que incluían al agente de la condicional del paciente. De vez en cuando esto proporciona un escenario interesante, a la vez positivo y negativo, en el que el agente de la condicional reprendía severamente al paciente mientras que el terapeuta intervenía para reenganchar al paciente en el trabajo terapéutico serio y coordinado y para que no se complicara aún más la situación del mismo.

Finalmente, nos gustaría reiterar un punto bastante serio y esperanzador. Los pacientes con abuso de sustancias, como grupo, casi con toda certeza experimentarán y presentarán más crisis que la mayoría de los otros tipos de pacientes. Esto significa que el terapeuta casi nunca será capaz de permanecer tranquilo con dichos pacientes, independientemente de lo bien que parezca que vayan las cosas en el tratamiento. Por otro lado, los terapeutas que estén preparados para manejar dichas crisis y que perseveren en enseñar a sus pacientes a sobrellevarlas, tendrán la oportunidad de impactar positiva y significativamente en la vida de sus pacientes. Se tiene una gran sensación de recompensa intrínseca al ver a los pacientes en sus momentos más difíciles

y siendo luego testigo del momento en que éstos consiguen que sus vidas cambien para mejor.

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 abuso de sustancias. La comorbilidad entre ambos va desde un 13,4 % en alcohólicos, hasta un 26 % en los trastornos por abuso de sustancias en general (sin considerar el alcoholismo) (Regier y otros, 1990), pasando por un 30,5 % específicamente para el abuso de cocaína (Rounsaville y otros, 1991). Es importante prestar atención a la presencia de depresión: primero, porque puede ser una causa de sufrimiento muy importante para el paciente en cuestión; segundo, porque reduce el pronóstico de recuperación del abuso de sustancias; y tercero, porque es un signo muy claro de que se requiere la interacción con un profesional bien formado antes que con un *counselor* (Woody y otros, 1983).

Deberíamos señalar que en algunos casos no será posible hacer un diagnóstico completo de depresión durante varias semanas, después de que la persona adicta haya finalizado su programa de desintoxicación, ya que el consumo de drogas, por sí mismo, produce un cuadro clínico parecido al trastorno del estado de ánimo o de algunos otros trastornos. Sin embargo, una historia clínica bien elaborada y una buena valoración clínica basadas en un instrumento como puede ser la Entrevista estructurada clínica del DSM-III-R (SCID: Spitzer, Williams y Gibbon, 1987) y la Escala de depresión de Beck (BDI: Beck y otros, 1961) puede ayudar a descubrir una verdadera depresión. En cualquier caso, los pensamientos y creencias negativos típicos de la depresión («depresógenos») se deberían considerar como una parte del programa de tratamiento.

Aplicación del modelo cognitivo de la depresión

El abordaje ante los pacientes con abuso de drogas deprimidos se puede formular de manera similar al de la depresión en general (Beck y otros, 1979; Carroll, 1992). Es fácil indagar sobre la tríada cognitiva negativa (Beck, 1967): la visión que el paciente tiene de sí mismo, su situación actual en la vida y la de su futuro. Gran parte de esta tríada

negativa tiene un efecto particular en el abuso de sustancias, y, en muchos sentidos, es idéntica para el paciente deprimido adicto a las drogas que para el adicto no depresivo. Los pensamientos automáticos y creencias depresógenas de cada uno de ellos se expresan de manera similar o con idénticas palabras y el trastorno del pensamiento y la permanente negatividad son lo mismo.

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 frente a ellas un muro lleno de dificultades y de decepciones, con probabilidad de: a) sentirse tristes; b) expresar pesimismo acerca de su futuro; c) considerar que el suicidio es la única solución; d) experimentar una pérdida de energía subjetiva; e) perder la motivación para poder intentar alguna solución constructiva («porque es inútil y lo único que pasará es que fracasaré»), y f) perder la satisfacción por el sexo, la comida o bien otras actividades que anteriormente les resultaban placenteras. Además, dichas personas tienen mayor probabilidad de acabar siendo dependientes e indecisas. Cada uno de estos síntomas podría ser una meta de intervención terapéutica (véase Beck y otros, 1979). Como hay mucho riesgo de suicidio en los pacientes adictos o alcohólicos con depresión (Mirin y Weiss, 1991), se debe prestar una atención especial hacia dichas tendencias suicidas.

Creencias asociadas con la depresión

Algunas creencias negativas son propiamente típicas de la depresión, aunque también se observen en algunas personas adictas que no están deprimidas. Tal y como describimos en los capítulos 2 y 3, estas creencias disfuncionales tienen un efecto muy poderoso en el pensamiento de las personas adictas, su manera de sentir, su motivación y su conducta. Expondremos a continuación algunas clases de pensamientos que son típicos de los pacientes deprimidos que abusan de las drogas o del alcohol:

AUTOCONCEPTO NEGATIVO

«Estoy indefenso [ya que no puedo controlar el consumo de drogas].»

«Soy débil [porque no puedo resistir el *craving*].»

«Soy indeseable.»

«Soy anormal.»

«Soy un inútil/repugnante [porque tengo “malos” hábitos].»

«Todo lo que hago está mal.»
«Soy un fracaso.»
«Estoy atrapado.»
No tengo suficiente fuerza de voluntad como para dejar de tomar drogas.»

ACTITUD NEGATIVA SOBRE EL PASADO

«Nunca he hecho nada bien.»
«Nada me ha funcionado.»
«Siempre he sido infeliz.»
«He arruinado mi vida entera.»
«Toda mi vida es un gran fracaso.»

ACTITUD NEGATIVA ANTE LA VIDA PRESENTE

«Las personas me desprecian debido a mi adicción.»
«Mi familia me ha abandonado.»
«Hay demasiadas presiones sobre mí, y no puedo soportarlas.»
«Mi familia me está vigilando en todo momento.»
«Mi barrio no vale nada.»
«Mi trabajo es aburrido y depresivo.»

ACTITUD NEGATIVA ACERCA DEL FUTURO

«Si intento algo, no funcionará.»
«Nunca conseguiré lo que quiero.»
«Mi futuro es desesperanzador.»
«Las cosas sólo pueden empeorar.»
«Nunca seré capaz de dejar de tomar drogas.»
«No hay nada del futuro que me haga ilusión.»
«No merezco nada mejor en esta vida.»

El terapeuta puede someter a exploración estas creencias mediante una serie de maniobras como: a) encontrar evidencias que sirvan de contraargumento antes estas creencias disfuncionales; b) examinar las relaciones lógicas entre estas creencias y las experiencias presentes, y c) intentar refutar dichas creencias en experimentos

controlados. El listado de creencias anterior se puede utilizar para centrarse ante dichas creencias negativas y también para controlar los avances del paciente. Los terapeutas deberían señalar que es particularmente importante que se puedan evaluar y modificar las creencias de los pacientes acerca de «su total inutilidad» para superar su adicción a las drogas, sobre todo teniendo en cuenta las investigaciones que sugieren que las creencias de autoeficacia afectan profundamente al resultado del tratamiento y a su mantenimiento (Burling, Reilly, Moltzen y Ziff, 1989).

Abordaje terapéutico

TEMPORIZACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

Una vez que se ha preparado una formulación amplia de la depresión del paciente (véase la siguiente sección), el terapeuta puede tomar decisiones provisionales acerca del tipo de tratamiento y su temporización. El terapeuta debería considerar las siguientes cuestiones a la hora de decidir qué estrategias utilizará al inicio:

1. ¿Es la depresión tan dolorosa que se debe poner énfasis en el alivio de los síntomas antes que enfrentarse inmediatamente con el problema del abuso de las drogas o del alcohol?
2. ¿Es probable que cuando se alivien los síntomas se reduzca la presión de tomar drogas?
3. Si se proporciona la estructura necesaria (inherente en la terapia cognitiva) para controlar el *craving* y el consumo, ¿se reducirá la depresión?
4. ¿Puede el terapeuta utilizar los programas de control de drogas y los programas contra la depresión conjuntamente?
5. ¿Son las tendencias suicidas y la desesperación suficientemente intensas como para garantizar que se requiera de una intervención y tomar precauciones contra el suicido?

Obviamente, si el paciente muestra síntomas agudos de depresión y tendencias suicidas, la atención del terapeuta se debe centrar en dichos problemas clínicos graves. Si el esfuerzo se centra en la mejora del estado de ánimo del paciente, el terapeuta no

sólo reduce el riesgo de suicidio, sino que también le ayudará a que se sienta mejor equipado para poder manejar su problema con las drogas (Hall y otros, 1991).

FORMULACIÓN DEL CASO

La formulación del caso es tan importante en el tratamiento de la depresión, como lo es en el tratamiento por abuso de sustancias en general. La exploración sintomatológica debe cubrir los siguientes aspectos: a) cognitiva; b) afectiva; c) fisiológica (p. ej., trastornos del sueño); d) motivacional (abandono, evitación, falta de impulso, contradicciones, deseos suicidas), y e) conductual («lentitud», inercia, agitación).

Se deben identificar en particular los síntomas cognitivos, específicamente los pensamientos automáticos y los tipos de distorsiones cognitivas. El terapeuta también debería relacionar los pensamientos automáticos con los síntomas afectivos y motivacionales consecuentes. Por ejemplo, «Es inútil hacer nada, sólo hará que me sienta peor» puede relacionarse con la pérdida de motivación del paciente y la consiguiente evitación o inactividad. El pensamiento «Todo es desesperanzador. Nunca obtendré lo que quiero», puede unirse con los deseos suicidas del paciente. El pensamiento «Estoy solo, no le importo a nadie» puede ligarse a la tristeza del paciente. El pensamiento «He arruinado mi vida» puede ligarse a la autocrítica del paciente.

A medida que la historia vital del paciente se va desentrañando, el terapeuta puede construir un diagrama como el que mostramos en la figura 14.1. En este caso, el paciente intentó romper el rígido patrón que tenía de obediencia ciega a las demandas del grupo, pero al quedarse solo experimentó la creencia proveniente de su infancia acerca de que no era querido y acabó deprimiéndose.

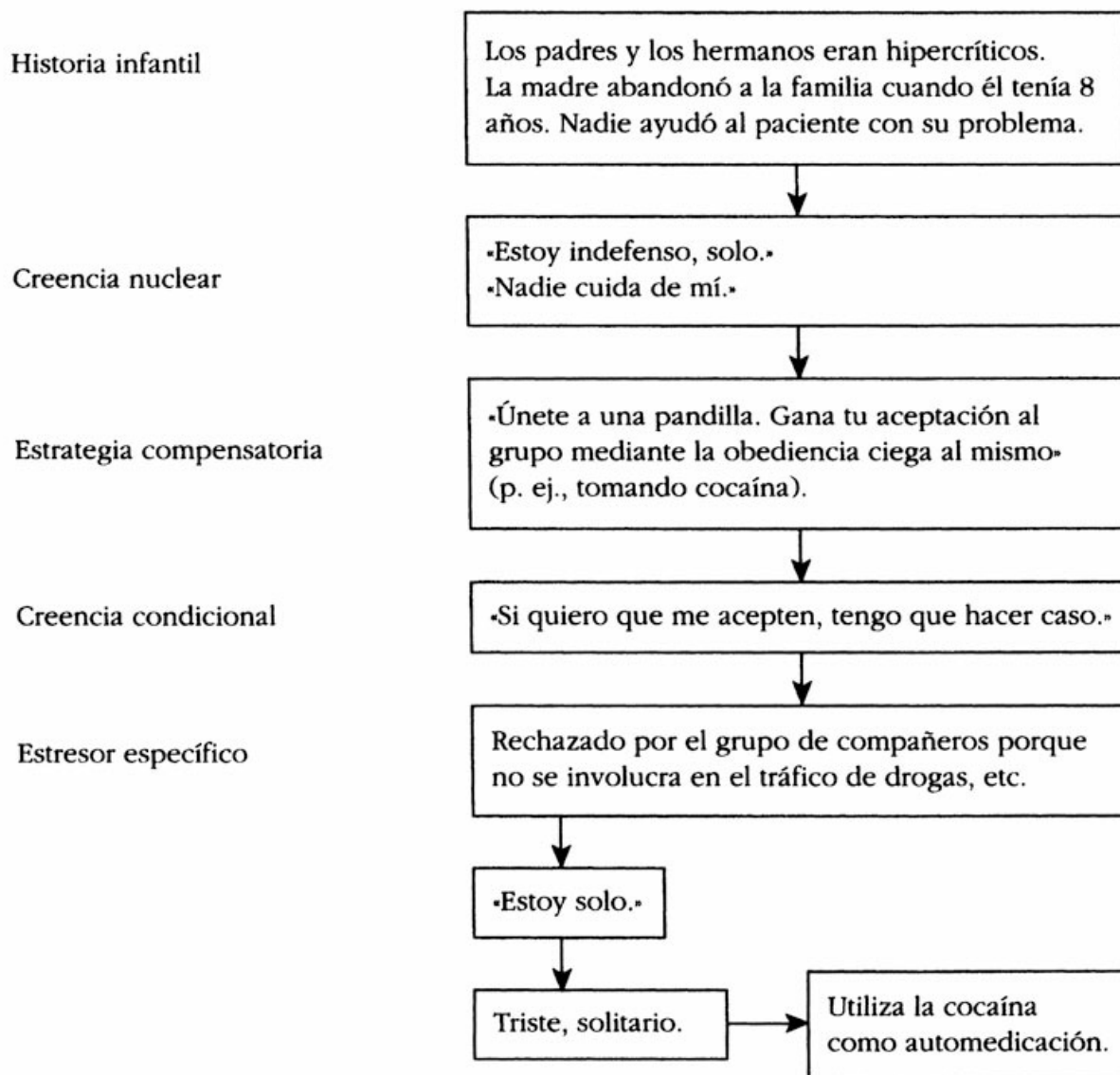


Figura 14.1. Relación entre los factores evolutivos, las creencias básicas y el hecho de consumir drogas.

El terapeuta debería preparar un diagrama conceptual como el que se puede ver en la figura 14.1. En su justo momento, el terapeuta se lo debería enseñar al paciente y explicar la secuencia de acontecimientos externos y de reacciones externas.

Seleccionar síntomas diana

Es difícil especificar *a priori* sobre qué problemas de los que intervienen durante el tratamiento se han de seleccionar y a qué nivel se pueden abordar mejor. En general,

para la persona deprimida que consume drogas de moderada a intensamente, el enfoque de la intervención terapéutica se ha de situar a nivel de síntomas («nivel de síntomas diana»). El síntoma «diana» se define como un componente del trastorno depresivo que implica sufrimiento o incapacidad funcional. Los síntomas diana específicos se dividen en cinco categorías (véase Beck, 1967, para una descripción más completa):

1. *Síntomas afectivos*. Tristeza, pérdida de gratificación, apatía, pérdida de sentimientos y del afecto hacia otros, pérdida de la sonrisa, ansiedad.
2. *Motivacionales*. Deseo de escapar de la vida (normalmente a través del suicidio), deseo de evitar «problemas» o incluso actividades cotidianas normales.
3. *Cognitivas*. Los errores cognitivos como el pensamiento dicotómico, sobregeneralización, abstracción selectiva, personalización; los errores se suelen asociar a duras autocríticas (p. ej., «Soy una persona inútil» o «No soy bueno y no merezco tener ninguna satisfacción»).
4. *Conductual*. Pasividad (p. ej., estirarse en la cama o bien sentarse en una silla durante horas y horas); evitar el contacto con otras personas, enlentecimiento y agitación; confianza total en las drogas o el alcohol para escapar de, o mitigar, su disforia.
5. *Fisiológicas o vegetativas*. Trastornos del sueño (ya sea incrementándolo o disminuyéndolo); trastornos del apetito (ya sea incrementándolo o disminuyéndolo).

El terapeuta (en colaboración con el paciente) debe tomar la decisión de qué síntomas diana quiere tratar, en base a varios factores:

1. ¿Qué síntomas son los más estresantes para el paciente?
2. ¿Qué síntomas son los más viables para una intervención terapéutica?

En general, las técnicas se pueden clasificar, ante todo, como conductuales — implicando al paciente en actividades o proyectos específicos, que, por sí mismos, ayudarán a mejorar algo el sufrimiento—; y predominantemente cognitivas —en las que el principal objetivo es el pensamiento del paciente.

Cuando la depresión del paciente es menos grave, los objetivos del terapeuta suelen ser aquellos problemas que están relacionados con la aceleración o el agravamiento de la depresión. Estos problemas incluyen desde las dificultades en el hogar, hasta en la

escuela o en el trabajo. Muchos consumidores de drogas se deprimen después de una pérdida, como cuando se rompe una relación interpersonal íntima, en particular la muerte de una persona que les es muy cercana. Las pérdidas personales también coinciden con los problemas legales, económicos o médicos que van asociados al consumo de drogas. En el caso de depresión grave, en la que el paciente se siente totalmente fuera de control con relación al uso de sustancias, el terapeuta se debería centrar en maneras de ayudarlo para que controle su *craving* y para ordenar o estructurar sus días, de forma que se aleje al máximo del *craving*.

Algunas personas adictas a las drogas, y que muestran depresión, se implican en actividades al margen de las drogas, pero apenas consiguen placer de las mismas. Dicho fracaso en conseguir gratificación se puede derivar de: a) intentar implicarse en actividades que no sean placenteras incluso antes del episodio depresivo; b) la preponderancia de cogniciones negativas que oscurecen cualquier posible sensación de placer; c) la falta de atención selectiva ante las experiencias actuales de placer, y d) la creencia de que ninguna de estas actividades pueden, ni siquiera, reemplazar mínimamente el placer conseguido con el consumo de drogas. Otros pacientes adictos con depresión no se implican en actividades al margen de las drogas por distintas razones, como son su falta de habilidades, el hecho de no prestar atención a la existencia de dichas actividades, la sensación de apatía, o bien la naturaleza propia de las actividades relacionadas con buscar, tomar o responder a las drogas, que supone una dedicación a tiempo completo. Por tanto, una estrategia terapéutica no estará completa si sólo se presta atención a que la persona deje de tomar drogas. Es completamente *necesario* que dichos pacientes adquieran nuevas fuentes de refuerzo positivas que estén al margen de las drogas, como el trabajo, los *hobbies* y la participación en actividades prosociales (Stitzer y otros, 1984).

SACAR A LA LUZ PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS Y CREENCIAS

Algunos pacientes deprimidos encuentran difícil, o puede que no deseen, sacar a la luz algunos temas para discutir en la sesión, lo cual también puede ser consecuencia de la misma depresión. Entre los factores depresivos que pueden explicar la falta de productividad de los pacientes se encuentran los siguientes: dificultad en recordar problemas específicos ya que en la última sesión el paciente mostró una pasividad generalizada y enlentecimiento que interfirió con la discusión de sus problemas, evitación de los temas dolorosos e inhibición debido a la preocupación de que el terapeuta posiblemente los desapruebe. Una forma de sacar a la luz material relevante es

revisar las respuestas específicas a algunos ítems de la Escala de depresión de Beck y la Escala de desesperación de Beck. Por ejemplo, el terapeuta puede preguntar al paciente cuáles son sus razones para puntuar de esa forma en una determinada alternativa de un ítem del cuestionario, de manera que se genere un flujo de información específico:

PT: Hoy no tengo nada que decir. No ha pasado nada importante desde la última semana.

TE: (*Examina la Escala de desesperación de Beck.*) Veo que has escogido el ítem «Mi futuro me parece oscuro». ¿Cuándo tuviste este pensamiento durante la semana pasada?

PT: Bueno, la semana pasada mi novia me dijo que cortaría conmigo a menos que dejara de consumir.

TE: ¿Sí...?

PT: Bueno, no creo que lo pueda dejar.

TE: ¿Cómo te sentiste cuando ella te dijo eso?

PT: Me sentí mal... desesperado.

TE: ¿Qué pensamiento pasó por tu cabeza cuando te dijo eso?

PT: Si rompemos, ya no me quedará nada.

TE: Y si no tienes nada, ¿entonces qué?

PT: No tiene sentido seguir adelante.

En este punto, el terapeuta demostró la relación entre el sentimiento de tristeza y el pensamiento «No tengo nada». Entonces, el terapeuta exploró cuáles eran las bases de sus creencias «No creo que pueda dejarlo» y «Si rompemos, ya no me quedará nada». (Ambas creencias, evidentemente, contribuyen a la desesperación del paciente y a sus creencias suicidas.)

El terapeuta pudo inferir, a partir de estas ideas, que el paciente tenía una serie de creencias nucleares centradas alrededor de «Estoy indefenso (soy débil, incapaz)» y «Soy indeseable». Sin que esta vez el terapeuta tuviera la necesidad explícita de tratar estas creencias nucleares, pudo utilizar intervenciones específicas para restar importancia a dichas creencias disfuncionales, y, por tanto, en cierta medida mitigar los sentimientos de depresión y las tendencias suicidas. Por ejemplo, el terapeuta podría iniciar una serie de preguntas como las siguientes:

TE: Has mostrado mucho control en el pasado, y, de hecho, no has estado tomando drogas durante varias semanas. ¿Qué es lo que te hace pensar que no serás capaz de

continuar?

PT: Es como si sintiera que ya no tengo más fuerza de voluntad.

TE: Respeto tus sentimientos. Pero recuerda que también te sentías así varias semanas atrás, y que has sido capaz de aplicar las técnicas y mostrar control.

Tratar el sentimiento de soledad y dependencia de la novia también se iniciaría con otra pregunta:

TE: Por el momento, tu novia parece muy apegada a ti. Sin embargo, si por alguna razón te dejara, ¿cómo explicas eso que has dicho, respecto a que te sentirías como si no fueras nada?

PT: Porque me siento como si no fuera nada.

En función de la interacción, entonces el terapeuta podría proceder con una serie de cuestiones tales como:

TE: ¿Te sentías como si no fueras nada antes de conocer a tu novia?

PT: Me sentía bien en esos momentos.

TE: ¿Tenías una novia entonces?

PT: No.

TE: Por tanto, no parece que necesites tener una novia para sentirte bien.

PT: Supongo que sí... Aunque sigo sintiéndome como si no fuera nada.

TE: Sólo porque sientas que no eres nada, ¿significa eso que, en efecto, no *eres* nada?

Entonces, el terapeuta continuaría con el tipo de interrogatorio socrático descrito en el capítulo 6. El terapeuta debe tener en mente que la finalidad última del interrogatorio de las interpretaciones del paciente sobre un acontecimiento en particular no sólo es descalificar una interpretación sino la de socavar las creencias básicas negativas que conducen a dicha interpretación o conclusión.

Tal y como hemos apreciado en los anteriores extractos, muchos pacientes deprimidos se dejan influir por sus sentimientos de infelicidad. Interpretan estos sentimientos como si estuvieran solos, que no son nada, y que las cosas están desesperadas. Toman los sentimientos como una fuente de información a la que los pacientes añaden una enorme credibilidad. El terapeuta necesita reducir la tendencia del paciente a aceptar sus sentimientos como si fuesen verdades de hecho y ayudarle a que

utilice evidencias objetivas y verificables para formar sus conclusiones e interpretaciones.

Uno de los aspectos más molestos, en la ideación de los pacientes deprimidos adictos a las drogas, es la saturación de ideas sobre su propia desaprobación relacionada con los significados que conlleva la adicción. Por ejemplo, un paciente se puede aplicar las siguientes etiquetas a sí mismo: carácter débil, malo, inútil, inmoral, enfermo. Estas nociones están entrelazadas en la creencia del paciente de que es una víctima indefensa de su adicción, de que es incapaz de aplicar su fuerza de voluntad cuando aparece el *craving*. Como consecuencia, los pacientes serán muy autocríticos con sus presumibles fallos («Soy inútil», «Soy repugnante», etc.). Dicho pensamiento perpetuará tanto los síntomas depresivos como el consumo de droga. Por tanto, no es sorprendente que exista una asociación entre la depresión y la tasa de recaída en las drogas (véase, p. ej., Hatsukami y Pickens, 1982).

El terapeuta trata las creencias depresógenas mediante explicaciones y reenfoque. Sin embargo, necesita utilizar su juicio para decidir si una explicación es indicada en un caso determinado y cómo presentarla al paciente. La tabla 14.1 ilustra este procedimiento.

MANEJAR LA IDEACIÓN SUICIDA

El terapeuta necesita estar alerta ante las tendencias suicidas encubiertas y tratarlas de manera franca. Se dispone de toda una serie de intervenciones posibles (véase Beck y otros, 1979, capítulo 10). Como en el ejemplo anterior, el terapeuta necesita tratar la desesperación subyacente y la autoimagen negativa.

Otro abordaje es enumerar las razones que existen para vivir, en contraposición con las razones para morir. Esta estrategia requiere de habilidades considerables porque presupone que las razones para vivir pesarán más que las razones para morir. Otra estrategia es motivar al paciente por el proceso terapéutico y los temas tan interesantes que surgen, de manera que esté motivado para volver a las siguientes sesiones para poder conseguir algunas de las respuestas que quiere. También se puede enseñar al paciente a que llame al terapeuta cuando el deseo de escaparse mediante el suicidio sea muy grande. El terapeuta puede decir, por ejemplo: «Te sentirás mejor cuando estés aquí, aunque te sentirás peor después. Ése es el momento en que puedes sacar más partido de la terapia. Si me llamas en ese momento, o al menos escribes tus pensamientos, podremos ayudarte mucho más». El terapeuta también debe tener presente la necesidad de comunicar con la familia del paciente y considerar la posible hospitalización si no puede controlar el impulso suicida del paciente. Sobre todo, el terapeuta debe parecer

seguro de sí mismo, razonablemente preocupado y como si tuviera el control de la situación.

Creencia	Explicación / Reenfoque
«Soy una mala persona.»	El abuso de drogas es un patrón de comportamiento muy destructivo. Por tanto, sus efectos son malos, aunque la persona adicta no es por ello necesariamente mala o inmoral.
«Soy inútil porque no puedo controlar mi hábito.»	Tu problema no es más que un problema técnico. Necesitas comprender más acerca de cómo funciona tu adicción y, entonces, aprender técnicas especiales que permitan que controles tu hábito.
«Sin la droga, la vida es dolorosa y vacía.»	Los sentimientos dolorosos de vacío que tienes se deben en parte a tus problemas personales y en parte a la dependencia que tienes de las drogas para buscar alivio. Podemos trabajar conjuntamente para que soluciones los problemas de otra manera y para que puedas desarrollar formas nuevas de obtener placer y satisfacción.

Figura 14.2. Ejemplos de creencias, explicaciones y reenfoques.

REACCIONES NEGATIVAS ANTE LA TERAPIA

Durante la terapia puede ocurrir que se rompa la colaboración terapéutica si el paciente no consigue ser objetivo acerca de sus pensamientos negativos. Por ejemplo, los pacientes suelen experimentar nuevas decepciones o frustraciones, debido a acontecimientos ambientales traumáticos. Cuando ocurre esto, pueden reunir una gran cantidad de cogniciones negativas que considerarán automáticamente como válidas, sin

someterlas a ninguna otra consideración. Como consecuencia, es probable que, de nuevo, experimenten depresión y desesperanza. Esta exacerbación sintomática les llevará a decidir que la terapia cognitiva es ineficaz y que su adicción es incurable. Los pacientes también se sentirán desilusionados con su terapeuta.

Cualesquiera de estas reacciones pueden llevar al paciente a dejar de cooperar, resistirse a realizar ninguna tarea entre sesión y sesión, no asistir a algunas citas o bien dejar la terapia. Sus reacciones se agravarán si el terapeuta acepta sin cuestionárselo la interpretación negativa del paciente acerca de su progreso. Si el paciente empieza a perder sesiones, se aconseja que el terapeuta contacte con él y clarifique el pensamiento disfuncional que perturba la colaboración terapéutica entre ambos. Por otra parte, el hecho de que falle en una visita puede ser debido a una recaída, lo cual debe ser investigado.

Irónicamente, hay evidencias de que con pacientes diagnosticados con trastorno de la personalidad antisocial (TPAS) realmente existe más probabilidad de que busquen ayuda y colaboren con el terapeuta cuando están muy deprimidos (Alterman y Cacciola, 1991; Woody, McLellan y O'Brien, 1990). En dichos casos, el deseo del paciente de sentirse mejor pesa más que su necesidad autónoma característica de desafiar a las figuras autoritarias. Si se ayuda a estos pacientes con TPAS/adictos a las drogas y deprimidos a mejorar su estado de ánimo, los terapeutas serán capaces de formar una alianza interpersonal con los pacientes; de otra forma sería difícil establecer un vínculo con la persona que les quiere ayudar.

Durante el tratamiento son frecuentes las recaídas sintomáticas de depresión (Rawson, Obert, McCann, Smith y Ling, 1990; Ziedonis, 1992). El terapeuta debe preparar a su paciente cuando se inicia el tratamiento, para que éste reciba repetidas fluctuaciones negativas. Dichas exacerbaciones propician una valiosa oportunidad para aplicar las técnicas y habilidades cognitivas. Más adelante proporcionan «práctica» para manejar los problemas que ocurren de manera inevitable, cuando acaba el tratamiento.

Otro foco de atención terapéutico en las personas adictas con depresión se debe centrar en los problemas externos que están relacionados con la aceleración y agravamiento de la depresión (véase Kosten y otros, 1986). Estos problemas pueden incluir estresores o dificultades en el hogar, trabajo o escuela. Suelen comprender frecuentemente fricción en las relaciones íntimas, dificultades relacionadas con el trabajo, la economía o problemas legales. Por tanto, como ejemplo, el terapeuta y el paciente pueden trabajar para ayudar a que éste tome decisiones importantes acerca del problema que mantiene firme su depresión, examinar técnicas específicas que le ayuden

a afrontar su situación vital y que todo ello le haga considerar nuevas formas de aliviar sus estresores o las presiones externas.

Este tipo de abordaje (concentrarse en problemas externos) también se utiliza después de que los síntomas agudos o graves del paciente hayan sido aliviados. El terapeuta debe tener en mente que los problemas situacionales, el abuso de droga y la depresión se agravan unos con otros. Estas interacciones múltiples y recíprocas pueden ser modificadas para mejorar tanto los estresores externos como la sintomatología depresiva.

Aplicación de técnicas conductuales

CAMBIO COGNITIVO MEDIANTE EL CAMBIO CONDUCTUAL

La *terapia* cognitiva de los adictos con depresión se basa en la teoría cognitiva de la depresión (así como en la teoría cognitiva de las adicciones). Si se trabaja bajo el marco del modelo cognitivo, el terapeuta puede variar su abordaje terapéutico de acuerdo con las necesidades específicas de un paciente en un momento determinado, en la medida en que el tratamiento se fundamenta en la formulación cognitiva del caso (véase Persons, 1989). El terapeuta está realizando terapia cognitiva incluso aunque aplique técnicas conductuales.

En los primeros estadios de la terapia cognitiva con los adictos deprimidos suele ser necesario que el terapeuta se concentre en restaurar el funcionamiento del paciente a los niveles anteriores a la depresión. Específicamente, el terapeuta intenta inducir al paciente a contraatacar su evitación y a que llegue a implicarse en actividades más constructivas. Suele ser normal que las personas significativas en la vida de los pacientes lo hayan abandonado. Estas personas importantes en su vida suelen atribuir a las drogas la culpa del bajo estado de ánimo y funcionamiento deteriorado del paciente y acaban concluyendo que éste ya no es capaz de llevar a cabo sus funciones básicas como proporcionar sustento, ser un ama de casa, esposo, padre o estudiante. Es más, los pacientes no ven ninguna posibilidad de que puedan obtener satisfacción de alguna de esas actividades (aparte de usarlas) que antes les habían proporcionado placer.

Los pacientes deprimidos pueden caer en un círculo vicioso en el que su reducido nivel de actividad les lleve a etiquetarse como incapaces o inútiles. Estas autoevaluaciones negativas suelen reflejar las opiniones de aquellos que están a su alrededor, y en el fondo también de la sociedad. Estas autodegradaciones que se imponen a ellos mismos les llevan a desmoralizarse aún más y, al final, acaban en un

estado de inmovilidad. En los casos graves, es difícil llevar a cabo funciones intelectuales (como razonar y planificar) así como ejecutar actos complicados que requieran de habilidades especializadas y de entrenamiento. Como estas formas de comportamiento suelen ser instrumentos para conseguir satisfacción y mantener la propia autoestima y la estima de los otros, la perturbación de estas funciones acaba con una disminución de la concentración y la fatiga, y el bajo estado de ánimo produce poca satisfacción y una disminución de la autoestima.

El rol del terapeuta está claro. No hay una forma fácil de «disuadir» a los pacientes de su convicción de que son débiles, ineptos o indeseables. Los pacientes pueden explicar que simplemente no están haciendo aquellas cosas que habían sido relativamente fáciles e importantes para ellos. Ayudando a los pacientes a cambiar ciertas conductas depresivas (evitación, pasividad), el terapeuta les puede *demonstrar* que sus autoevaluaciones negativas están sesgadas y ayudarles a restaurar su moral. Una vez el paciente empieza a implicarse en actividades constructivas, el terapeuta puede mostrar al paciente que, de hecho, no ha perdido irreversiblemente su capacidad para actuar en el nivel que estaba anteriormente. El terapeuta señala que la desazón del paciente, su pesimismo y su renuncia le dificultan que movilice los recursos que necesita para el esfuerzo. El objetivo es que el paciente reconozca que una de las causas fundamentales es un error cognitivo: el paciente *piensa* (rotundamente) que es débil, indefenso o inútil, y dichas creencias empeoran gravemente su motivación y conducta.

El término «técnicas conductuales» sugiere que el objetivo terapéutico inmediato es exclusivamente la conducta observable del paciente; es decir, el terapeuta simplemente prescribe algún tipo de actividad dirigida a un fin. En la práctica real, un factor central en la aplicación con éxito de las técnicas conductuales estriba en que el paciente informe de sus pensamientos, sentimientos y deseos. La finalidad última de estas técnicas es producir un cambio positivo en las actitudes negativas disfuncionales, de forma que el nivel de competencia del paciente siga mejorando.

En cierto sentido, cabe considerar los métodos conductuales como una serie de pequeños experimentos diseñados para probar la validez de las hipótesis negativas de los pacientes o ideas acerca de sí mismos. En la medida en que estas ideas negativas se contradigan con estos «experimentos», el paciente llegará gradualmente a estar menos seguro de su validez y se encontrará motivado para intentar tareas más difíciles.

PROGRAMAR ACTIVIDADES

Muchos pacientes deprimidos informan de un número insoportable de pensamientos

pesimistas y autodegradantes cuando están aislados o inactivos. Se critican ellos mismos por ser «vegetales», por ser adictos y por haberse aislado de los demás. Al mismo tiempo, pueden justificar su aislamiento porque su actividad e interacción social no son importantes o bien porque son una responsabilidad molesta para los otros. Por tanto, se sumergen cada vez más en su pasividad y aislamiento social. Los pacientes deprimidos tienden a interpretar su inactividad y aislamiento como una evidencia de su inadecuación e indefensión y caen en una especie de círculo vicioso. Las personas con un problema de drogas tienden a recaer rápidamente si su vida no está estructurada.

La prescripción de proyectos específicos se basa en la observación clínica de que los pacientes deprimidos encuentran difícil acometer o acabar sus trabajos que antes de la depresión conseguían realizar con relativa facilidad. Cuando se deprimen, tienden a evitar tareas complejas, o bien, si las intentan, es probable que tengan bastante dificultad para conseguir su objetivo. Suele suceder que el paciente deprimido evita el proyecto o deja de intentarlo pronto, después de que encuentre alguna dificultad.

Las creencias y actitudes negativas parecen subyacer a la tendencia a renunciar. Los pacientes suelen decir: «Es inútil que lo intente», ya que están convencidos de que fracasarán. Cuando realizan actividades dirigidas a conseguir un objetivo concreto, tienden a magnificar sus dificultades y minimizan su habilidad para superarlas y llevar a cabo la tarea.

Utilizar registros de actividades (véase capítulo 9) sirve para contrarrestar la pérdida de motivación del paciente, su inactividad y preocupación por sus ideas depresivas. Programar la actividad del paciente, hora a hora, aumenta la probabilidad de que éste mantenga un cierto nivel de impulso o actividad y previene de que regrese sigilosamente a la inmovilidad. Centrándose en tareas orientadas a alguna meta, el paciente y el terapeuta pueden obtener datos concretos en los que poder basar evaluaciones realistas de la capacidad de funcionamiento del paciente.

Como con otras técnicas cognitivas, el terapeuta debe explicar al paciente las razones para realizar un programa de actividades. Frecuentemente, los pacientes saben que la inactividad está asociada con un incremento de sus sentimientos dolorosos. El terapeuta puede inducir a los pacientes a que se impliquen en un «experimento» para determinar si su nivel de actividad disminuye las preocupaciones y posiblemente mejore su estado de ánimo. El terapeuta y el paciente determinan actividades específicas y el paciente está de acuerdo en controlar sus pensamientos y sentimientos mientras se compromete con dicha tarea. Si el paciente se muestra poco dispuesto a ello, el terapeuta debe cuestionar seriamente al paciente de la siguiente forma: «¿Qué pierdes intentándolo?».

El terapeuta podría escoger proporcionar al paciente una hoja de registro para planificar sus actividades anticipadamente y/o registrar las actividades presentes durante el día. En el plan diario se podría incluir una jerarquía de «tareas graduales».

Un paso importante para demostrar a los pacientes que son capaces de utilizar su tiempo constructivamente es que ambos, terapeuta y paciente, colaboren para planificar actividades específicas. Los pacientes con depresiones graves suelen informar de una sensación de «hacerlo porque deben hacerlo», con la idea de que para ellos dichas actividades no cobran sentido alguno. Planificando el día con el terapeuta, suelen ser capaces de establecer objetivos significativos. Más adelante, el registro de las actividades presentes del paciente (comparándolo con lo que se planificó para ese día) puede proporcionar al terapeuta y al paciente un tipo de *feedback* objetivo sobre los logros del paciente. El registro también proporciona un marco de referencia sobre las autoevaluaciones de dominio y satisfacción de lo que han conseguido con éxito.

Debería suponer un reto para la inventiva del terapeuta conseguir que el paciente deprimido se implique en la idea de llevar a cabo un programa de actividades o incluso de rellenar su hoja de registro diaria de manera retrospectiva. Por tanto, el terapeuta: a) explica las razones (p. ej., las personas normalmente funcionan mejor cuando tienen un programa); b) saca a la luz las objeciones o reservas del paciente, y c) le propone entonces realizar un programa de actividades como si fuera un experimento. El terapeuta debería insistir al paciente que el objetivo inmediato es intentar seguir el programa y no buscar un alivio inmediato de los síntomas: normalmente la mejoría del funcionamiento suele venir antes que el alivio subjetivo de la persona.

Cuando los pacientes se implican en distintas actividades, es útil que registren el nivel de dominio y placer asociado con las actividades prescritas. El término «dominio» se refiere al nivel de habilidad con que los pacientes creen que han llevado a cabo una tarea específica. El término «placer» se refiere a los sentimientos de placer asociados con dicha actividad. Tanto el dominio como el placer se pueden evaluar en una escala de 10 puntos, donde el 0 representa la falta de habilidad/o poco placer y el 10 el máximo de capacidad o dominio y de placer experimentado. Si se utiliza una escala *rating*, el paciente puede reconocer éxitos prácticos y poca cantidad de placer. Esta técnica tiende a contrarrestar el pensamiento dicotómico (todo-nada) del paciente.

Resumen

El abordaje de la persona con abuso de sustancias o alcohólica, y con depresión

concomitante, es parecido al abordaje que se realiza ante la depresión en general, con la característica añadida de que el sesgo depresivo típico contra uno mismo frecuentemente gira alrededor de la decisión del paciente de seguir con las drogas o con el alcohol. Por tanto, los pacientes están llenos de desprecio por sí mismos, consideran que no tienen carácter, y se autoperciben como indefensos, incapaces y rechazados por otras personas y por la sociedad en general. Dado dicho sesgo negativo contra sí mismos y la profunda desesperación que normalmente lo acompaña, estos individuos que combinan la depresión y la adicción constituyen uno de los grupos de mayor riesgo de suicidio (Marzuk y otros, 1992; Mirin y Weiss, 1991; Ziedonis, 1992). En consecuencia, en la terapia se debe abordar rápidamente la posibilidad de que existan intenciones suicidas. Aparte de la atención a los deseos suicidas, el terapeuta puede seguir las reglas habituales:

1. Conceptualización del caso.
2. Aplicar estrategias conductuales si el paciente está inhibido motivamente.
3. Utilizar estrategias cognitivas para disminuir la desesperación y la autoimagen negativa, así como las tendencias suicidas.
4. Ayudar a que el paciente adquiera más control sobre los *craving* (véase capítulo 10), una estrategia que por sí misma puede ayudar a detener el avance de la depresión.

Las técnicas específicas incluyen la programación de actividades estructuradas, una mayor asignación de tareas, y un mejor manejo del tiempo como forma de contrarrestar las tendencias regresivas del paciente. Además, el interrogatorio socrático y la utilización del registro de pensamientos diarios ayudarían a los pacientes a poner aún más distancia respecto a su pensamiento disfuncional. Al igual que con el tratamiento estándar de la adicción, al final es completamente necesario luchar a brazo partido con las creencias de los pacientes que controlan tanto el abuso de sustancias como sus tendencias depresivas.

CAPÍTULO 15

IRA Y ANSIEDAD

Un problema importante de las relaciones humanas, ya sean íntimas o casuales, aparece ante la manifestación exagerada o innecesaria de ira. El hecho es que las personas reaccionan exageradamente ante las desilusiones, el daño, los supuestos insultos o la conducta imperfecta de los otros. Este fenómeno es muy evidente en las personas con abuso de sustancias (Ellis y otros, 1988; Walfish y otros, 1990). La hostilidad se cobra su peaje no sólo por sus efectos indeseables en otras personas sino también por el efecto que causa en la persona que está enojada. Las personas con abuso de sustancias tienen tendencia a mostrar impulsos hostiles cuando se encuentran bajo la influencia de las drogas o el alcohol. Aunque tienen una tendencia particular a tomar droga o beber alcohol para amortiguar sus sentimientos desagradables como la ira, paradójicamente también incrementan la probabilidad de expresar su ira a través de la desinhibición.

La reacción de ira es mayor si la «acción nociva» de una persona es percibida como evitable, innecesaria, intencional y atribuible a un error de la otra persona; la reacción es menor (o no existe) si el mismo acontecimiento es visto como inevitable, necesario, no intencional y no censurable. Si las personas perciben que ellas (o alguien que vaya con ellas) han sido agraviadas, se pondrán furiosas con una intensidad que sobrepasa, en gran medida, la cantidad de daño o malestar recibidos. 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

Una de los estados más comunes que induce a las personas con tendencias adictivas a buscar alivio en el consumo de drogas es el sentimiento de frustración. Los pacientes con poca tolerancia ante la frustración (PTF) son hipersensibles ante cualquier desengaño, insatisfacción o interferencia con sus objetivos, deseos o acciones. El típico paciente con

PTF pasa por la vida juzgando las situaciones en los siguientes términos; «¿Estoy obteniendo lo que quiero?» o «Me están estorbando esas personas para conseguir lo que quiero?». Debido a la presión «interna» para conseguir sus objetivos de satisfacción de los deseos o de acabar una tarea determinada, los pacientes sobrerreaccionan ante las situaciones que interfieren con la satisfacción de sus deseos o con la realización de sus objetivos. Por tanto, tienden a ser impacientes de manera crónica, son intolerantes e inquietos.

Los pacientes «orientados al deseo» operan bajo la «dimensión del ahora»: experimentan continuamente el *craving* del «refuerzo» inmediato (ánimo, elogios, reconocimiento) o ayuda. Anclados en su modo receptivo, consideran totalmente necesario que sus *craving* y deseos se satisfagan sin dilación. Detrás de esta presión está escondido un miedo arropado por el pensamiento dicotómico: «Ahora o nunca». Los pacientes reaccionan de la siguiente forma: «Si no puedo conseguir lo que quiero ahora mismo, ya *nunca* lo haré». Consecuentemente, cualquier retraso en su satisfacción resulta particularmente desagradable. El miedo que les previene de que no conseguirán lo que quieren dispara la ansiedad. Cualquier interferencia o interrupción de una actividad placentera será percibido como una gran privación y causa de dolor. Ya sea el dolor o la ansiedad (o ambos) puede llevar a desarrollar la ira si la persona considera a otra persona como responsable de la privación o la interferencia.

La propietaria del piso de «Lil», una chica joven, le dijo que bajara el volumen del estéreo, y Lil sintió una aguda desilusión por ser privada de uno de sus placeres (escuchar la música muy alta). Generalizó esta desilusión así: «Nadie me deja nunca hacer lo que quiero». Consecuentemente, Lil se enfadó, empezó a dar fuertes pisadas por el apartamento y a beber. Tal y como demuestra la acción de Lil, las experiencias rápidas y efímeras de decepciones o ansiedad disparan y son eclipsadas en la conciencia del paciente por la ira hacia la persona que la ha frustrado o decepcionado.

Debemos señalar que hay un mecanismo bastante sutil que opera entre los sentimientos iniciales de desilusión (o ansiedad) y la experiencia de ira. Este mecanismo comprende la atribución de responsabilidad de la decepción hacia otra persona de una forma similar a la culpa. Uno de los temas que hay que tratar en la terapia es la atribución de la responsabilidad. El paciente y el terapeuta pueden explorar si la atribución de responsabilidad que se hace es razonable.

Como estos pacientes no han aprendido a modular sus deseos e impulsos, tienden a experimentarlos como «necesidades» que demandan de una pronta satisfacción. Estas demandas sobre sí mismos y los otros se experimentan como necesidades fatales («Yo

debo») o imperativas («las personas deben»). Como las necesidades tienen la cualidad de «realizarlas o morir», si no se satisfacen, se experimenta como una amenaza o bien una privación dolorosa. La intolerancia ante la frustración va pareja con la intolerancia ante la disforia producida por la desilusión. La angustia se agrava por pensamientos como «Esto no debería haber pasado. No tienen ningún motivo para tratarme de esta forma».

Las demandas, expectativas y peticiones de estos pacientes y otros no sólo son imperativas sino también rígidas y poco realistas. Karen Horney (1950) se refería a estos fenómenos como «la tiranía de los deberías»; Albert Ellis (1962) utilizó el término *musturbation*. Estos individuos imponen los deberes tanto sobre sí mismos como sobre los otros. Los individuos que intentan conseguir el éxito pueden experimentar una sensación de ser dominados por un «negrero». Estos individuos suelen experimentar síntomas de estrés (Beck, 1993) y acabar tomando drogas o alcohol para aliviar estos síntomas.

Las personas orientadas a la acción con PTF operan de acuerdo con las mismas reglas como los individuos orientados al deseo o receptivos. Actúan bajo el supuesto de que deben conseguir una meta rápidamente. Cualquier retraso se percibe como interminable, y cualquier interferencia como desmedida. El principio que subyace a la sensibilidad parece estar relacionado con la «conservación de la energía». Los impedimentos para el progreso futuro de estos individuos se experimentan como un drenaje inaceptable de poder o energía, lo que lleva a la impaciencia e intranquilidad.

Las personas orientadas al deseo o la acción están dispuestas a adscribir intenciones negativas hacia otras personas. Operan bajo la siguiente premisa: «Cualquier persona que no me ayude o facilite mis objetivos es egoísta; la falta de cumplimiento de los otros con mis deseos es lo mismo que la oposición». El individuo con PTF interpreta la falta de apoyo o de ayuda como un signo de indiferencia, negligencia o irresponsabilidad. Irónicamente, estas personas no son conscientes de que su conducta es controlada por sus dictados internos (*craving*, demandas, imperativos) pero, en cambio, se perciben a sí mismas como controladas y víctimas de otras personas que son indiferentes ante sus «auténticas necesidades legítimas».

Como el patrón de frustración del paciente es crudo, inflexible e indiscriminado, los mecanismos de pensamiento también son igualmente brutos. Dichos pacientes tratan de catastrofizar y sobregeneralizar cuando sus deseos no se consiguen: «Nunca seré capaz de acabar el trabajo», «Los otros nunca cooperan conmigo», «Los otros siempre me estorban y no dejan que me salga con la mía».

Para poder desviar las amenazas y prevenir el dolor, los pacientes con PTF intentan,

cuanto pueden, controlar su ambiente e imponen reglas y expectativas a las otras personas. Sin embargo, cuanto más tratan de compensar su sensación de vulnerabilidad interna, más probable es que acaben frustrándose. Como sus demandas y peticiones sobre los otros cada vez son más elevadas e intensas, tendrán más tendencia a sentirse mal, desilusionarse o bloquearse. Por tanto la estrategia de hipercontrolar a los otros, al final, acaba siendo contraproducente. El ambiente social simplemente no estará de acuerdo con estas demandas y expectativas continuas. Más pronto o más tarde otras personas fallarán y no serán capaces de satisfacer sus deseos o impulsos de manera satisfactoria.

A un nivel más profundo, los pacientes con PTF se perciben a sí mismos como impotentes o indefensos. Cualquier obstáculo que los pacientes encuentren dispara la sensación de impotencia y produce un sentimiento transitorio de debilidad. El siguiente paso consiste en atribuir la responsabilidad al individuo que le ha «frustrado» y querer agredir a dicha persona por su transgresión. Esta secuencia conduce, obviamente, a la característica más notable de los pacientes con PTF, es decir, la rabia explosiva ante accidentes relativamente triviales. Una persona orientada a la acción se enfurece con un conductor lento que se encuentre delante de ella y le adelanta agresiva y peligrosamente, presionando con rabia el claxon del coche con su dedo pulgar. Un marido despótica sobre los retrasos en la comida o porque ésta no le haya satisfecho; una esposa se encoleriza al tener que estar esperando, mientras su marido trabaja en la oficina hasta tarde. En cada caso, el paciente añade una especie de significado sobregeneralizado a la «ofensa»: «No me cuidas» o bien «Me trata como su sirviente». Estos significados tan personales, añadidos al acontecimiento —no el acontecimiento por sí mismo— conducen a la reacción inflamada: la sensación de ser atacado. Esta tendencia a «personalizar» las situaciones, interpretar las conductas neutrales como una afrenta percibida, es una especie de sello de la PTF.

La generación y expresión de ira y hostilidad sirve para distintas finalidades. Constituyen un intento importante de establecer control sobre las personas, «castigándolas» por sus acciones o pasividad. Cuando la expresión de hostilidad resulta efectiva, no hay ninguna otra forma de conducta que ejerza tanta influencia en las otras personas, sobre todo si la persona que ha sido ofendida está en una situación de fuerza. El paciente asume que el castigo, ya sea mediante la forma de una queja, un reproche o una rabieta, ayudará a moldear la conducta futura de la persona apropiadamente. Este castigo implícito, supuestamente, es como una «experiencia de aprendizaje» para el que ofende. Es más, el castigo contenido en el reproche, aunque de forma vaga, deshace o

compensa el daño a la autoestima del paciente: una persona no es un «enclenque vulnerable e indefenso» si puede infligir daño a otra persona.

Quizá lo más importante es que la expresión de ira produce una sensación subjetiva de poder (incluso aunque sea efímera). Actuando de manera enérgica y agresiva, el paciente es capaz de neutralizar la sensación de impotencia activada ante el retraso de la gratificación. Como la frustración o la decepción acentúan la percepción de uno mismo como poco efectivo, la expresión de hostilidad vira el autoconcepto desde «Estoy indefenso» a «Realmente tengo poder».

Obviamente, castigar a otras personas como consecuencia de la propia «necesidad» de uno o por su sensación de impotencia, acaba resultando contraproducente. Otras personas se ofenden y se suelen enfadar cuando se les reprocha algo, con la tendencia a que se tomen sus propias represalias. Es más, la persona frustrada es arrastrada a una lucha de poder para aclarar quién va a controlar a quién. La persona se enreda en un círculo vicioso donde cada vez hay más intentos fútiles de controlar a otros, con el consiguiente incremento de decepciones y rabia.

Los individuos con PTF son los primeros candidatos a la adicción (Ellis y otros, 1988). Tomar drogas o alcohol se puede utilizar para distintas finalidades. Primero, estas sustancias satisfacen el deseo de gratificación instantánea. Segundo, reducen la ansiedad y la tristeza engendradas por las frustraciones. Finalmente, pueden proporcionar una euforia transitoria y una sensación de dominio para compensar los sentimientos de indefensión y de ineficacia.

Es importante que el terapeuta reconozca que los pacientes con PTF no son muy eficaces a la hora de percibir señales sociales importantes, o reconocer las reglas que gobiernan la conducta humana y que permiten a las personas interactuar con un mínimo de fricción. Normalmente no son conscientes o exceden los límites normales entre las personas. Por ejemplo, Lil no se podía dar cuenta de que la música tan alta de su estéreo molestaría a los otros inquilinos. Algunos pacientes adictos a las drogas tienen trastorno por déficit de atención (Gawin y Kleber, 1986; Glantz y Pickens, 1992; Weiss, 1992) y deben confiar en la cocaína, por ejemplo, para intensificar su enfoque atencional e incrementar la conciencia que tienen sobre las otras personas.

Listado para la evaluación de la PTF

1. Los deseos de los pacientes son considerados como necesidades imperativas que

- requieren una pronta satisfacción.
2. Los retrasos, la interferencia o los bloqueos tienen significados idiosincrásicos como «Puede que no acabe este trabajo» o «No puedo conseguir lo que quiero».
 3. La frustración está sobregeneralizada con nociones como «Nunca consigo lo que quiero» o «Las personas siempre me estorban y se meten con lo que yo hago».
 4. Los pacientes personalizan dichas frustraciones como si las mismas estuvieran dirigidas deliberadamente contra ellos, y consideran el supuesto agente de la frustración como si fuera el culpable. Los pacientes manifiestan los errores de pensamiento habituales asociados a la angustia emocional: el pensamiento todonada, la abstracción selectiva, sobregeneralización, catastrofismo y personalización.
 5. Debido a su pensamiento dicotómico («Ahora o nunca»), los pacientes construyen reglas arbitrarias (deberes y obligaciones) para hacer que se cumplan sus deseos, expresan sus derechos, privilegios y peticiones: «Las personas no tienen derecho a negarme lo que quiero», «Las otras personas se equivocan al no dejarme hacer lo que quiero» y «Debería poder trabajar sin que me interrumpieran».
 6. Las expectativas y las demandas absolutistas conducen a catastrofizar: se espera que las consecuencias de un retraso, un obstáculo o una dificultad sean un desastre.
 7. Las reglas y las demandas de los pacientes suelen representar también intentos de controlar a los otros y de prevenir problemas. Cuando se pierde el control (se infringe una regla, no se cumple una petición), los pacientes experimentan ansiedad o daño que proviene del catastrofismo o de la exagerada sensación de pérdida.
 8. La expresión de ira se legitima por: «Tengo todo el derecho a estar enfadado».
 9. Como trasfondo ante la escasa tolerancia frente a la frustración subyace la creencia nuclear de que «Estoy indefenso» y «Soy indeseable». Cualquier retraso, interferencia o problema relacionados con conseguir deseos o metas puede evocar la sensación de indefensión o indeseabilidad, conducir a catastrofizar, a la angustia y finalmente a la ira.
 10. Cuando, ya sea por la acumulación de ansiedad o ira, o porque el paciente se moviliza para castigar al culpable, se acaba generando mucha tensión, los pacientes intentarán aliviarla con las drogas. En dicho contexto, las creencias asociadas con el consumo de drogas pueden tener la siguiente forma:

- «No puedo soportar la ansiedad, tristeza o rabia y tengo que aliviarla enseguida».
- «Las personas quieren que deje de tomar drogas o beber porque me consideran débil y quieren controlarme.»
- «Están equivocados y son malas personas por querer controlarme.»
- «Recuperaré el control mediante la bebida o las drogas cuando quiera hacerlo.»

11. Las personas pueden estar demasiado frustradas por sus propios errores, inaptitud o deficiencias y manifestar mucha autocrítica. Este mecanismo funciona de manera prominente en los pacientes adictos con baja autoestima (Tarter, Ott y Mezzich, 1991).

PTF y abuso de sustancias: exposición de un caso

«Charlotte», una chica soltera de 35 años, se encontraba en terapia cognitiva externa después de estar internada 30 días por abuso de cocaína *crack* en un hospital cercano. Charlotte y su terapeuta cognitivo identificaron muchos estímulos situacionales y cognitivos que disparaban sus impulsos de tomar *crack*, que iban desde las disputas con su familia, preocupaciones por el dinero, pensamientos acerca del fallecimiento de parientes, noticias acerca de viejos novios suyos, hasta su insatisfacción con su empleo actual. Estos estímulos, que disparaban sus impulsos por consumir, derivaban en una gran sensación de pérdida (p. ej., «No tengo ya nada significativo en mi vida, por tanto, puedo ahogar mis penas en el alcohol y la cocaína»), indefensión y desesperanza («Cada cosa que hago para tratar de ayudarme a mí misma acaba fracasando, por tanto, no tiene sentido que planifique el futuro»).

Las creencias disfuncionales de Charlotte (señaladas arriba) subyacen a su baja tolerancia ante la frustración. Por ejemplo, una noche, cuando intentó comunicarse con su nuevo novio por teléfono para hablar acerca de algunas cosas preocupantes que le habían ocurrido en su entrevista de trabajo aquel día, no encontró a nadie en su casa. Intentó llamarle varias veces durante la siguiente hora, pero siguió sin contestar nadie al teléfono.

Charlotte empezó a ponerse nerviosa y comenzó a sentir un fuerte impulso de ir a buscar a su camello de *crack*. Retrospectivamente, sus pensamientos versaban sobre:

- «Lo necesito *ahora*. Si no puedo hablar con él ahora, me volveré loca». [Imperativo: equipara el deseo con la necesidad.]
- «No *puedo soportar* estar sola cuando estoy dolida. La única alternativa que tengo para sentirme mejor es colocarme.» [Mito acerca de la incapacidad para tolerar el dolor.]
- «Por qué no se encuentra en casa cuando yo lo necesito?» [Demanda exagerada.]

- «¡No puedo esperar más!» [Intolerancia ante la frustración.]
- «Puede que se haya ido con otra mujer. Puede que esté engañándome.» [Dramatiza.]
- «Si es verdadero, no tengo ya ninguna razón para seguir por este camino.» [Justificación.]

Charlotte señaló que todos estos pensamientos ocurrieron sólo en el margen de 90 minutos en los que estuvo intentando localizar a su novio en casa. Antes que procurar solucionar el problema, llamándole de nuevo más tarde, contactar con el terapeuta, o intentar utilizar sus propias habilidades de afrontamiento, llegó a preocuparse muchísimo de que no pudiera encontrar a su *novio justo en ese momento en que lo «necesitaba»*. La frustración le condujo a la conclusión prematura y poco adaptativa, de que no tenía más elección que salir y colocarse. Creía que era *justificable* hacerlo; al fin y al cabo, si estás solo (como ella creía), indefensa, y no tienes futuro, ¿por qué no *podrías* buscar una forma de sentirte mejor, *ahora* y de la manera en que sea posible, incluyendo las drogas?

Estas frases demuestran cómo la PTF se basa en un estilo de pensamiento que justifica las conductas impulsivas y contraproducentes y, por tanto, alimenta los impulsos de consumir drogas. El paciente con PTF está constantemente en peligro de exagerar inconvenientes y preocupaciones puntuales, como indicadores (o equivalentes) de la incesante negación de las metas más importantes de su vida. Por tanto, el paciente con PTF probablemente concluirá que tomar drogas (una solución a «corto plazo») es necesario, ya que no es capaz de considerar las soluciones a largo plazo o bien las da por perdidas.

Tratar aspectos específicos

IMPERATIVOS Y «NECESIDADES»

Los pacientes requieren de *práctica* para retrasar la satisfacción de sus deseos, ya sea en términos de resistir su deseo de beber o tomar drogas o bien de las demandas de otros de ayuda, ánimo o elogios.

1. Desde un punto de vista práctico, los pacientes deberán ser *entrenados* para controlar sus deseos: escribir el deseo específico, anotar su intensidad y determinar cuánto tarda el deseo en reducirse. Este procedimiento permite a los pacientes distanciarse del deseo y, por tanto, controlarlo mejor.
2. *Distracción* —por ejemplo, participar en una actividad absorbente como conversar

con otra persona—: suele ayudar a reducir la obligatoriedad del deseo o la necesidad.

3. Si *retrasan* su demanda en busca de una gratificación inmediata, los pacientes serán conscientes de la importancia exagerada que otorgan a un deseo. Sus deseos de afecto y reconocimiento son parecidos a los *craving* de drogas o alcohol. Cuando una persona se frustra en su anhelo de afecto (o espera estar frustrada), por ejemplo, puede cambiar esta ansia por un *craving* de alcohol o alguna droga. El tipo de placer que le produce el agente químico se percibe como un sustituto del placer deseado de la persona a la que se quiere.

SIGNIFICADO DEL ACONTECIMIENTO: MIEDOS ESCONDIDOS

Si se retrasa la expresión de ira o de impaciencia (mostrando la frustración), el individuo tiene la oportunidad de llegar a ser consciente de: a) la reacción cognitiva inmediata ante un acontecimiento (p. ej., un miedo específico o una desilusión), y b) la respuesta afectiva inmediata como ansiedad o tristeza. Por ejemplo, la mujer que despotrica del marido por no llegar a casa cuando lo esperaba, tiene un cierto miedo inicial, «puede que algo le haya ocurrido», y siente bastante ansiedad. Cuando al final aparece, ella está enfadada con él por haberle «causado» dicha angustia antes que por llegar tarde, aunque lo regañe por el retraso. En terapia, reconoció que el miedo inicial estaba relacionado con su preocupación infantil de ser abandonada. Por tanto, la terapia se centró en enfrentarse a su sensación de vulnerabilidad, que se había disparado por la tardanza de su marido. En este caso, su hostilidad le sirvió para castigar a su marido por hacerla sentir vulnerable y, al mismo tiempo, le dio algo de poder a ella.

Cuando ocurre un acontecimiento desagradable, los pacientes con PTF practican, y simultáneamente evalúan, las consecuencias y buscan la responsabilidad o bien de ellos mismos o de los otros (u ocasionalmente culpan a la simple mala suerte). Las expectativas de resultados negativas no reflejan un procedimiento racional, reflexivo, de pensar sino más bien se forman en gran medida por una tendencia a exagerar. Esta tendencia puede tomar la forma de prever la posibilidad de consecuencias catastróficas o bien de exagerar las pérdidas actuales. El catastrofismo se anuncia por medio de un preludio como «¿Qué ocurriría si...?»; por ejemplo: «¿Qué ocurriría si no hubiera evitado el error a tiempo?... Me hubiese costado una enorme cantidad de dinero». La sensación de pérdida hace que la presunta disminución de algún recurso se considere como una gran ventaja; por ejemplo: «Me está costando un tiempo valioso por culpa de

su ineficacia» o «Me veo obligado a gastar mi energía respondiendo a preguntas estúpidas».

LA RESPONSABILIDAD

La atribución de responsabilidad se establece casi al mismo tiempo que la valoración de la pérdida o la amenaza. El paciente determina que alguna otra persona es responsable de dicha pérdida o amenaza. La reacción del paciente es fijar la responsabilidad en la otra persona como *causa* de la frustración. La atribución de responsabilidad se evidencia con expresiones (o pensamientos) como «*Deberías* haberlo conocido mejor» o «Nunca prestas atención». Las palabras como *deberías*, *no deberías*, *nunca* y *siempre* suelen ser expresiones frecuentes de atribución de responsabilidad y reprimenda simultánea.

Aún se puede discernir un proceso más sutil. Los acontecimientos nocivos probablemente desencadenarán una sensación de indefensión en los pacientes con tendencia a la PTF. Si estos pacientes pueden atribuir la responsabilidad a otro y a su vez pueden reprochárselo, podrán recuperar en parte la sensación de poder perdido. Si se insulta a otra persona, es como si el paciente estuviera diciendo: «No soy tan débil e indefenso. Soy suficientemente fuerte como para castigarte a ti». Evidentemente, si dichos pacientes perciben en sí mismos la causa del problema, se autocritican y se sienten aún más indefensos.

CONTROL

El problema del control es muy pertinente en el tratamiento de los pacientes con abuso de drogas ya que la terapia comprende, en esencia, el intento del terapeuta de que el paciente controle su comportamiento. Este problema se exagera en muchas situaciones en las que los pacientes están sujetos a amenazas, coerciones y críticas por otras personas con buena intención y que intentan que el paciente cumpla con la abstinencia o al menos se contenga. Estos intentos por otras personas pueden producir un resentimiento crónico en los pacientes con abuso de sustancias. Lo más significativo desde un punto de vista terapéutico es el impacto de dichas intervenciones en la autoestima del individuo. Probablemente responderán encubiertamente a la crítica con un incremento de la sensación de ineficacia, incluso de desesperación, aislamiento y de inutilidad, aunque, externamente, desvalorizarán a la otra persona.

Muchos de estos pacientes sentirán rabia hacia sus «atormentadores» e intentarán recuperar su sensación de poder, contraatacándoles y, por tanto, aliviando su dolor. Otras

personas se inventarán mentiras elaboradas para disfrazar su consumo de drogas o la bebida y para proteger su autoestima y no recibir aún más bofetadas. Por tanto, que el terapeuta se enfrente a las mentiras del paciente supone un procedimiento delicado, ya que decirle abiertamente que está fingiendo supondría una amenaza significativa a la autoestima del paciente.

MANEJAR LA IRA CONTRA EL TERAPEUTA

Las situaciones en que una persona intenta influir en la conducta de otra persona, supone una serie de problemas. Uno de los aspectos que debe tratar el terapeuta gira en torno a la sensibilidad del paciente con abuso de drogas respecto a ser controlado. Tal y como hemos indicado, la estrategia del paciente de encubrir sus deslices de cara a protegerse de la crítica, puede suponer una maniobra defensiva importante. Como consecuencia, las discusiones que se tengan sobre la bebida o las drogas que toma el paciente, o bien sobre sus mentiras, activarán rápidamente la ira del paciente y sacudirán la base de la confianza en la relación terapéutica. Por otro lado, si parece que el terapeuta se «traga» las mentiras del paciente, aquél parecerá un «bobo» y no mantendrá la confianza de éste.

Hay que animar a los pacientes para que expongan sus sentimientos de rabia contra el terapeuta. Sin embargo, mientras que desahogar los sentimientos puede servir con finalidades constructivas, hasta un determinado punto, el terapeuta debe estar preparado para marcar bien los límites de la expresión de la ira, tal y como se ilustra a continuación.

Me he dado cuenta de que estás muy enfadado conmigo y me gustaría que fueras libre para expresarlo aquí. Pero antes de ir un poco más allá, es muy importante descubrir los factores que alimentan tu ira. Por ejemplo, ¿qué estabas pensando antes de que te enfadaras?

Normalmente la exploración de los pensamientos automáticos que preceden a la aparición de la respuesta de enfado sirve como estímulo distractor y, a su vez, permite al paciente adquirir cierta objetividad. Es más, al provocar los pensamientos automáticos, el terapeuta puede comprender mejor los aspectos cognitivos del paciente que le predisponen a la ira. Normalmente la ira es la consecuencia de una serie de pensamientos automáticos asociados con los miedos secretos o con las dudas escondidas. Por ejemplo: «Está intentando controlarme» y, por tanto, «No voy a ser capaz de hacer nada por mí mismo» (miedo secreto), y así, «No puedo dejar que siga con esto», y a continuación aparece la ira; o bien «Debo ser un cobarde para permitirle que me trate de esa forma»

(duda de sí mismo), por tanto, «No tiene ningún derecho a tratarme de esa forma», y consecuentemente, acaba apareciendo la ira.

Sin embargo, esta estrategia terapéutica no es efectiva todo el tiempo y muchas veces el terapeuta tiene que estar preparado para dejar pasar algunas expresiones de hostilidad, hasta que la ira del paciente disminuya.

CONDUCTAS DE ABUSO Y CONTROL DE LA IRA

Los pacientes con un perfil de personalidad adictiva tienen muchas probabilidades de afrontar dificultades en las relaciones de familia y se pueden ver involucrados en conductas de abuso (Amaro y otros, 1990). Los distintos pasos para controlar la ira se han descrito en el libro *El amor nunca es suficiente* (Beck, 1988). Brevemente, consisten primero en ser capaz de reconocer los signos iniciales subjetivos de la ira, que simplemente consistirán en sensaciones somáticas como rigidez en el pecho o bien falta de flexibilidad en los músculos de las manos. Cuando un paciente experimenta estos síntomas premonitorios, por ejemplo, entonces debe enlentecer su discurso y empezar a examinar si está hablando de forma enojada. Si de hecho está realmente enfadado, debe parar de hablar hasta que disminuya su ira. Si todavía está enfadado, debe dejar la habitación (asumiendo que la interacción hostil se encuentra en su casa). Entonces, debe mantenerse fuera durante un rato, aunque es esencial para los pacientes que tengan en mente un destino al margen de las drogas (p. ej., la biblioteca pública).

El terapeuta debería explorar con el paciente varias clases de *distracción*. Cuando la discusión sea más acalorada, el paciente tratará de distraerse pensando en una experiencia placentera. Después de dejar la habitación, el paciente puede realizar algún ejercicio físico o bien un ejercicio manual para «liberarse» de la ira. Para poder preparar al paciente de modo que pueda utilizar estos métodos de autocontrol, el terapeuta debe centrar la sesión terapéutica haciendo que el paciente practique dichas técnicas. Uno de los métodos es hacer que recuerde con detalles vívidos una interacción disfuncional reciente y, entonces, utilizando la imaginación, seguir en dicho escenario imaginándose que emplea técnicas de autocontrol.

La *inducción de imaginación* también resulta útil para averiguar los pensamientos automáticos individuales (véase el capítulo 10). Se insta al paciente a revivir un encuentro hostil en la imaginación para indicar, con toda precisión, los pensamientos automáticos asociados con el sentimiento de ira. Entonces se puede tratar con dicho material utilizando la manera estándar de reenfocar respuestas razonables ante los pensamientos automáticos.

El terapeuta puede también utilizar el *role-playing* para modelar técnicas de autocontrol para el paciente. El paciente y el terapeuta simulan o recrean un encuentro hostil que proporcionará al paciente una oportunidad para reconocer su ira, detectar pensamientos automáticos y repasar respuestas racionales.

Se debe tener presente que una faceta importante de la tendencia a enfadarse de los pacientes es su profundo sentido de desesperación e ineficacia en sus conflictos interpersonales. A esta autoimagen defectuosa se añade la falta de habilidades para resolver problemas sociales (Platt y Hermalin, 1989) y, frecuentemente, la falta de asertividad. En su formulación de la dificultad del paciente, el terapeuta necesita dibujar la siguiente secuencia:

«Estoy indefenso/soy incapaz», por tanto, «Soy vulnerable a ser insultado, controlado, etc.». Por tanto, «Se aprovechan de mí» y, por tanto, «Tengo que protegerme mostrando ira y expresándola».

Los pacientes que tienen *insight*, frecuentemente desean aceptar esta formulación. Entonces el rol del terapeuta consiste en reforzar la autoimagen de eficiencia, sin que tenga que probarla expresando ira o abusando de otra persona. Formar un concepto nuclear positivo no sólo incluye demostrar a los pacientes su capacidad potencial de manejar los conflictos con otras personas, sino también negar sus propias creencias disfuncionales; por ejemplo: «Si no soy capaz de hacer algo, esto quiere decir que soy incapaz» o «Si alguien discute conmigo, significa que soy inferior». Además, el terapeuta tiene que comunicar al paciente que «sentirse indefenso» no es una adecuada representación de la realidad; las personas tienden a leer sus sentimientos como si fueran pruebas. Pero uno puede «sentirse indefenso» y seguir actuando adecuadamente.

ENTRENAMIENTO EN ASERTIVIDAD Y RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Algunos pacientes se sienten provocados innecesariamente porque se muestran inhibidos o les faltan habilidades sociales para poder presentar su propio punto de vista o expresar sus propios intereses. Si no son capaces de ser asertivos de manera apropiada, se sentirán molestos e indefensos y considerarán que los otros quieren controlarlos o dominarlos. Estos pacientes suelen tener un problema concreto con las personas en torno a la autoridad.

«Steve», que tenía una historia de dependencia del alcohol y la cocaína, trabajaba como mecánico contratado en un garaje de automotor. Cuando el encargado les repartía los trabajos a él y a los otros mecánicos, notó que a los otros mecánicos se les asignaban los trabajos más caros. Aunque se había dado cuenta de que los otros eran más asertivos

que él a la hora de reclamar los trabajos más buenos, llegó a la conclusión de que estaba siendo discriminado. Sin embargo, se sentía demasiado inhibido como para quejarse a su encargado, a quien percibía como autoritario e insensible.

Un día se sintió particularmente frustrado porque se asignó a otro mecánico un trabajo de envergadura que se había de realizar en un coche extranjero. Quería decirle algo al encargado pero estaba demasiado inhibido. Así que al dejar el garaje, cada vez se iba enfadando más. Pensó en ir a casa pero vio la imagen de sus niños peleándose y eso aún le frustró más. Aunque anteriormente ya había decidido no beber más o no tomar más droga, decidió parar en un bar y tomar una bebida para aliviar su enfado y frustración. Después de tres o cuatro cervezas volvió a pensar en ir a su hogar, pero esta vez tuvo visiones de su mujer regañándolo por llegar tarde y beber, así que cuando salió del bar buscó a un amigo que le dio un porro de cocaína *crack*. Cuando al final llegó a casa, estaba lleno de remordimientos por su recaída.

En la sesión, el terapeuta le señaló que su desliz no era una recaída completa y que podía hacer algo más para superar ese enfado y el incremento de ira que sufría. Entonces el terapeuta implicó a Steve en una serie de ejercicios para el entrenamiento en asertividad (véanse Alberti y Emmons, 1974; Collner y Ross, 1978). Lo primero que hizo fue modelar, para el paciente, cómo tenía que dirigirse al encargado y mostrar su preocupación de manera razonable y directa. Entonces el terapeuta interpretó el papel del encargado y Steve repasó los pasos, mostrados anteriormente, que tenía que seguir para dirigirse a su encargado. Durante este repaso, Steve tuvo toda una serie de pensamientos automáticos como «Pensaré que soy problemático porque me quejo» o «Le parecerá que estoy loco». (Éstos eran sus «miedos escondidos», que descubrió gracias al *role-playing*.) El terapeuta discutió estos pensamientos disfuncionales después de que se acabó el *role-playing* e intentó comunicarle que lo importante era ser capaz de expresar quejas auténticas independientemente de si resultaban inmediatamente eficaces o no. Al igual que otras personas parecían ser capaces de pedir cosas o quejarse sin que les «humillaran», Steve obviamente también podría hacerlo. Finalmente, Steve estuvo de acuerdo en que no iba a ser menos que los otros con respecto a las quejas.

El resultado fue que el encargado negó que tuviese favoritos y le dijo (probablemente como una excusa) que había pensado que él prefería trabajar con coches americanos. Más adelante, el encargado empezó a ofrecerle trabajos con coches extranjeros.

RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS Y ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES

Los pacientes adictos tienen dificultades a la hora de solucionar problemas y, en

particular, aquellos que tratan con conflictos interpersonales (Platt y Hermalin, 1989), por al menos dos razones. Primera, una situación problemática puede producir tanta cantidad de rabia que son empujados a castigar (reprender, criticar) a la otra persona, con lo cual, el problema, lejos de resolverse, se agrava. Segunda, debido a las pocas habilidades que tienen para resolver problemas, el paciente se frustra rápidamente ante una situación difícil y en consecuencia se pone furioso.

Es interesante señalar que los pacientes adictos no siempre muestran deficiencias en sus habilidades. Muchos saben qué tienen que decir, en situaciones en las que no tienen una fuerte implicación personal. También, deben saber cómo avisar a los otros para que manejen sus situaciones difíciles. Sin embargo, cuando están implicados en una situación difícil, sienten como si no pudieran, o no quisieran, intentar resolver el problema de ninguna otra forma aparte de censurando a la otra persona.

Cuando los pacientes etiquetan la conducta de otra persona como una ofensa contra ellos, es que han activado su tendencia a castigar. El remedio para ellos es apartarse de los significados personalizados y tratar el problema de forma que les lleve a una solución. «Bob», por ejemplo, se mostró enloquecido porque un oficinista de correos negó tener un paquete que Bob sabía que había sido entregado a la dirección de correos de su oficina. En vez de pensar en distintas alternativas acerca de dónde podía estar el paquete, Bob empezó a chillar al oficinista. Éste se puso a la defensiva y tomó represalias: «No puede hablarme de ese modo». Bob entonces respondió de manera sarcástica y se marchó enojado. Estaba tan preocupado que se sintió inclinado a ir al bar de al lado y tomar unas copas. Más tarde, supo que uno de sus colegas había recogido el paquete y se lo había dado a la secretaria de Bob.

En la sesión de terapia, Bob se dio cuenta de que había «personalizado» el problema, ya que pensó que las circunstancias iban en su contra. También tuvo un pensamiento catastrófico: «Si no encuentro el paquete, perderé mi trabajo». Una vez se tomó la situación de manera personal, actuó como si fuera a nivel de lucha interpersonal (conflicto) en vez de un problema que se debe resolver mutuamente (cooperando).

Por tanto, se pueden prescribir los siguientes pasos para las situaciones en las que uno está enfadado por una dificultad:

1. Apartarse de las interpretaciones personalizadas (ser humillado, ser discriminado en contra de, y defraudado).
2. Intentar abordar el problema cooperando a pesar de la presencia de ira:
- c. Definir el problema: el paquete «perdido» y la dificultad del oficinista en recordar

dónde podía estar.

- d. Probar distintas explicaciones: preguntar al oficinista dónde se pudo extraviar. Preguntar si alguno de los otros oficinistas lo había visto. ¿Podía haberlo recogido alguien más?

Steve tenía un problema con sus hijos; cuando empezaban a pelearse se ponía furioso y quería chillarles a los dos. Aplicando la regla de «definir el problema», descubrió que uno de sus niños se burlaba continuamente del hermano menor. Entonces, Steve vio la solución enseguida: dar una fuerte reprimenda al niño mayor para que dejara de burlarse.

Aunque esto parezca un asunto de poca importancia, está relacionado con un problema de mayor envergadura, debido a la creencia interna de Steve: «Estoy indefenso cuando hay un conflicto». Esta sensación de indefensión lo hacía reticente a ir a casa al final de su trabajo, porque tenía miedo de las fricciones con su familia. Además, parte de su programa de manejo de la ira consistió en aumentar su seguridad en sus habilidades como padre.

TRATAR LA TENDENCIA A SER CATASTROFISTA

Los mecanismos subyacentes de la PTF se pueden acrecentar, como queda reflejado en la siguiente entrevista con Steve.

TE: Dime más cosas acerca de por qué decidiste tomar cocaína el pasado jueves.

PT: Bien, llegué a casa y pregunté a mi mujer si había llevado a los niños al médico, tal y como había prometido. Me dijo que realmente no estaban enfermos y, además, que había estado demasiado ocupada aquel día.

TE: ¿Cómo te sentiste entonces?

PT: Me sentí enloquecer, pero me controlé y me fui de la habitación. Entonces decidí tomarme una raya.

TE: ¿Qué pasó por tu mente cuando ella te dijo que no los había llevado al médico?

PT: Pensé: «Suponte que realmente estén enfermos. Retrasarse un día en llevarles podría ser realmente serio para ellos».

TE: Mirándotelo ahora con cierta distancia, ¿sigues creyendo que era un problema serio?

PT: No, no estaban realmente enfermos, pero en ese momento parecía como si hubiesen podido empeorar.

TE: Por tanto, ése es un ejemplo de lo que sabemos que es uno de tus hábitos, ser catastrofista, como una especie de preocupación exagerada.

PT: Bien.

TE: Ahora, ¿qué sientes en tu cuerpo cuando tienes ese pensamiento?

PT: Siento debilidad.

TE: ¿Dónde?

PT: En especial, en los músculos.

TE: ¿Qué más?

PT: Siento una fuerte sensación en mi estómago.

TE: ¿Esa sensación de debilidad es como un sentimiento de indefensión?

PT: Bueno, realmente me encuentro indefenso todo el tiempo. De hecho le dije a mi mujer que hiciera algo y no lo hizo.

TE: Por tanto, ahora parece que tengas una tendencia a ser catastrofista cuando alguien no sigue tus instrucciones. Empiezas por sentirte débil e indefenso. Entonces enloqueces y quieres castigar a la persona que crees que es responsable de que te haya hecho sentir mal.

Es evidente que Steve tenía mucha más capacidad de introspección que otros pacientes y era muy hábil a la hora de identificar sus pensamientos catastróficos y sus sentimientos. Pero muchos, es decir la mayoría de pacientes, se pueden entrenar de la misma forma que Steve, para reconocer y evaluar estos pensamientos automáticos.

Trastornos por ansiedad y abuso de sustancias

ANTECEDENTES

Los trastornos por ansiedad se encuentran entre los trastornos psiquiátricos más comunes. Zung (1986), en una revisión de 739 pacientes, encontró que un 20 % mostraban síntomas clínicos de ansiedad significativos. En el estudio «Epidemiologic Catchment Area», Regier y sus colaboradores (Regier y otros, 1988; Regier y otros, 1990) informaron, por término medio, que la prevalencia de los trastornos de la ansiedad entre la población en general es de un 14 %. En su estudio, esta tasa sólo es superada por los trastornos por abusos de sustancias, con una tasa de prevalencia media del 16 %.

El DSM-III-R distingue en el Eje I entre siete trastornos de la ansiedad: trastorno de pánico, agorafobia, fobia social, fobias simples, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés postraumático y trastorno por ansiedad generalizada. En el Eje II, al menos hay dos trastornos de la personalidad que se caracterizan por un nivel de ansiedad muy

elevado: el trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo y evitativo. Las personas que tienen estos trastornos, si las comparamos con las personas que no tienen ansiedad crónica, son más vulnerables a abusar de ciertas sustancias psicoactivas (p. ej., el alcohol, las benzodiazepinas y la nicotina). Pueden tomar drogas como intento de afrontar sus sentimientos de ansiedad (es decir, como «estrategias compensadoras»). De hecho, numerosos estudios y revisiones sugieren una relación positiva significativa entre los trastornos de la ansiedad y el abuso de sustancias (p. ej., Beeder y Millman, 1992; Helzer y Pryzbeck, 1988; Hesselbrock, Meyer y Kenner, 1985; Hudson, 1990; Kranzler y Liebowitz, 1988; Kushner, Sher y Beitman, 1990; LaBounty y otros, 1992; Linnoila, 1989; Mullaney y Trippett, 1979; Quitkin, Rifkin, Kaplan y Klein, 1972; Regier y otros, 1990; Ross y otros, 1988; Schuckit, 1985; Walfish y otros, 1990; Wilson, 1988).

De acuerdo con Kushner y otros (1990), la tasa estimada de problemas con el alcohol en pacientes ansiosos va desde un 16 % hasta un 25 %. En los programas de tratamiento del alcohol, la tasa estimada de pacientes con problemas de ansiedad coexistentes va desde un 22,6 % hasta un 68,7%. En un análisis crítico de la literatura sobre este tema, dichos autores concluyen que la coexistencia entre los problemas con el alcohol y la ansiedad clínica no es una relación simple, unidireccional o causal. En su lugar, Kushner y otros (1990) exponen:

Parece más probable que el alcohol tenga la capacidad para interactuar con la ansiedad clínica de manera circular, generando una espiral ascendente tanto de la ansiedad como de los problemas con la bebida. Por ejemplo, incrementar el consumo de alcohol, motivado por el alivio a corto plazo de la ansiedad (o la creencia de que el alcohol puede aliviar la ansiedad), puede llevar a un incremento de la ansiedad relacionada con una hiperexcitabilidad del sistema nervioso autónomo y a perturbaciones ambientales que induzcan ansiedad, que a su vez llevarán a que se consuma más alcohol para aliviar los síntomas (pág. 692).

LA TERAPIA COGNITIVA DE LA ANSIEDAD

Un libro de texto sobre la terapia cognitiva de los trastornos de la ansiedad (Beck y otros, 1985) enfatiza la importancia de los procesos de valoración de la misma. Una situación tiende a desencadenar la ansiedad si el individuo se considera a sí mismo como vulnerable ante un acontecimiento o situación amenazante (es decir, desagradable, peligroso o dañino). Antes del inicio de los síntomas de ansiedad, la persona hace una serie de valoraciones acerca de lo amenazante que puede ser un acontecimiento o situación. La primera valoración comprende la evaluación inicial del riesgo. Por ejemplo, como respuesta a un encuentro social, la persona con ansiedad social realizaría la primera valoración «Voy a sentirme violento». Como respuesta al latido rápido de su

corazón, una persona con trastorno de pánico haría la primera valoración como «Voy a tener un ataque de pánico».

Después de la primera, la persona realiza la «segunda valoración», seguida de toda una serie de «revaloraciones». La segunda valoración comprende evaluar los recursos que tiene una persona para enfrentarse con una situación o acontecimiento potencialmente arriesgado. Éstos son algunos ejemplos de valoraciones secundarias positivas que permiten a la persona afrontar adecuadamente una situación: «He sido capaz de manejar situaciones como éstas previamente», «Mi corazón es fuerte», «Éstos son mis amigos; no necesito preocuparme por ellos». Las revaloraciones comprenden «probar la realidad» y calcular la proporción que existe entre el riesgo de la situación y los recursos de que se disponen para afrontarla.

El núcleo central del proceso de ansiedad es la sensación crónica del individuo de *vulnerabilidad* (es decir, incertidumbre e inseguridad). Los individuos ansiosos tienden a tener creencias nucleares acerca de su propia indefensión, que se activan en situaciones potencialmente amenazantes; es decir, su principal característica es que infraestiman su habilidad para afrontar dicha amenaza.

Como consecuencia natural de este proceso de valoración, el paciente con un trastorno de la ansiedad experimentará una intensificación de síntomas de ansiedad: incremento del ritmo cardíaco, sudoración, menor volumen inspiratorio en la respiración (es decir, síntomas psicológicos); incremento del miedo o del terror (es decir, síntomas emocionales); un incremento de la rumiación o pensamiento obsesivo (es decir, síntomas cognitivos). La persona adicta responderá ante estos síntomas tomando drogas psicoactivas. Por ejemplo, una persona con fobia a volar utilizará el alcohol como sedante para poder afrontar el vuelo que tiene que hacer. Un fóbico social puede tomar cocaína para sentirse más seguro en una situación social. Una persona con un trastorno por ansiedad generalizada puede fumar cigarrillos para poder relajarse (a pesar del hecho de que fumar cigarrillos produce simultáneamente un incremento de activación autonómica y de sedación).

TRATAMIENTO DEL ABUSO DE SUSTANCIAS CONCOMITANTE A LA ANSIEDAD

Conceptualización del caso

Un paso esencial en la terapia cognitiva del abuso de sustancias y ansiedad es la conceptualización del caso. Como en el tratamiento de otros trastornos, el terapeuta evalúa las respuestas típicas del paciente cognitivas, conductuales y emocionales

relevantes ante determinadas experiencias. El terapeuta explora estas respuestas en las primeras experiencias vitales (p. ej., familiares, sociales, educacionales) para poder comprender su desarrollo. Una conceptualización precisa del caso acaba facilitando la selección de técnicas apropiadas.

Por ejemplo, «Rick» es un hombre casado de 38 años, contable, con una historia de dependencia del alcohol y abuso de la cocaína, que empezó tratamiento debido a una condena reciente por «conducir mientras estaba intoxicado». Explicó que había estado bebiendo entre uno y seis *packs* de cerveza por noche durante varios años. Normalmente bebía por la noche hasta que caía en redondo mientras miraba la televisión. Rick admitió que tenía amnesias temporales, absentismo, resacas y mucha sensación de culpabilidad en relación con su bebida.

En un esfuerzo por desarrollar una conceptualización del caso de Rick útil y precisa, su terapeuta le preguntó acerca de su evolución actual, las situaciones problemáticas, su historia evolutiva, sus creencias básicas y sus pensamientos automáticos típicos, así como sus respuestas emocionales y conductuales ante estos pensamientos. El terapeuta relacionó estos aspectos con el desarrollo y mantenimiento del hábito alcohólico de Rick.

Rick se describió a sí mismo con un solitario. Declaró: «Me gustaría tener amigos íntimos, pero me pongo muy nervioso con gente a mi alrededor. Me gustaría casarme algún día, pero me pongo terriblemente tenso con las mujeres». Rick describió específicamente los siguientes pensamientos: «No tengo nada inteligente que decir a las personas», «Puedo parecer estúpido» y «Las personas, especialmente las mujeres, me rechazarán». Cuando concertaba una cita con alguna mujer, Rick se tenía que emborrachar para poder tolerar la ansiedad que le producía aquel acontecimiento.

Rick admitió que había tenido dos ataques de pánico antes de tener encuentros sociales. Consideraba estos ataques de pánico como algo que reforzaba sus creencias acerca de su extrema vulnerabilidad. De hecho, Rick sentía terror ante sus encuentros sociales y expuso que su patrón de bebida tan exacerbado empezó cuando se le pidió que llevara a cabo auditorías financieras a su compañía (que requerían contacto interpersonal con numerosos ejecutivos y hombres de negocios). Explicó que su miedo al fracaso, a la crítica y la ansiedad resultante que le producían esas auditorías, le parecían intolerables hasta que empezó a beber.

Aunque se estaba automedicando con alcohol, los síntomas de ansiedad de Rick se habían intensificado a medida que iba desarrollando tolerancia por esa sustancia. Se veía a sí mismo cada vez más frágil y vulnerable, y hasta evitaba la mayoría de situaciones

sociales. Tal y como reflejaba su vida, empezó a sentirse cada vez más deprimido, lo cual se manifestaba con creencias negativas globales como: «Soy totalmente inútil», «Soy un perdedor» o «No tengo esperanza alguna». Al final, Rick empezó a tomar cocaína para afrontar su problema de aburrimiento, soledad y aislamiento. Su abuso de cocaína, más adelante, reforzó sus creencias negativas globales (p. ej., «¡Ahora, soy *realmente* un inútil!»).

Cuando se le preguntó por su historia evolutiva, su terapeuta supo que los padres de Rick estaban «encerrados en sí mismos y eran poco emocionales en sus respuestas», y sólo mostraban aprecio por él cuando sacaba muy buenas notas en la escuela. En relación con la historia de alcoholismo de sus padres, Rick explicó que éstos eran «fundamentalistas y que nunca bebieron ni una gota». Sus creencias acerca del alcohol eran totalmente negativas, incluyendo «La bebida es el demonio» y «No beber alcohol es la mejor bebida». Dichos mensajes de sus padres enseñaron a Rick a tener creencias dicotómicas con respecto al alcohol. Por ejemplo, creía: «Si voy a empezar a beber de todas formas, da lo mismo que llegue a emborracharme del todo». Como resultado de sus pensamientos extremistas acerca del alcohol, Rick tuvo dificultad en beber moderadamente.

La ansiedad, la soledad y el aislamiento que sufría Rick lo hicieron vulnerable al consumo exagerado de alcohol y de cocaína. Respondía a sus síntomas con pensamientos como: «¡Necesito una bebida o esnifar para poder soportar esto!», «¡Qué diablos!» y «¿A quién le importa si tomo drogas o alcohol?». Estos pensamientos generaban impulsos y *craving* ante los cuales Rick respondía con pensamientos permisivos como: «¡Me lo merezco!» y «¡Además, realmente no importa!». Después de darse permiso a sí mismo, se centraba en las estrategias instrumentales necesarias para adquirir cerveza o cocaína. Esto hacía que siguiera bebiendo hasta que caía en redondo o bien que consumiera cocaína hasta ponerse totalmente «ciego». La secuencia de consumo de alcohol de Rick está ilustrada en la figura 15.1. Una secuencia que sería similar a la de su abuso de cocaína.

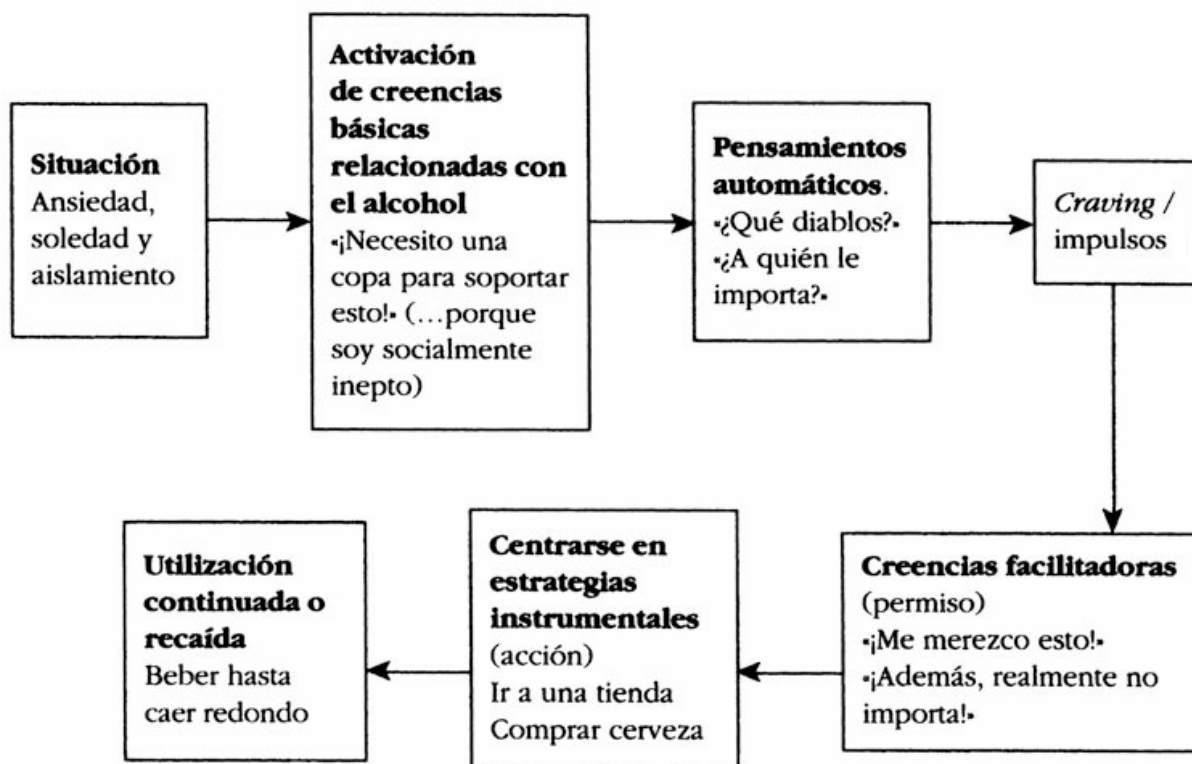


Figura 15.1. Modelo de abuso del alcohol de Rick.

Educar al paciente acerca de la ansiedad y el abuso de sustancias

Aunque muchas personas ansiosas son conscientes, de alguna manera, de que sus miedos son exagerados, no por ello dejan de temer que algo desagradable les pueda ocurrir. En terapia cognitiva se educa al paciente con un método alternativo y más objetivo para comprender sus problemas. Específicamente, el terapeuta enseña los modelos de terapia cognitiva de la ansiedad y el abuso de sustancias al paciente, aunque lo hace adaptándolos a la situación de cada paciente en particular.

Por ejemplo, a Rick se le enseñó que su ansiedad era el resultado de que *se percibía* a sí mismo como débil o vulnerable. Más adelante, el terapeuta enseñó a Rick que sus creencias relacionadas con las drogas, sus pensamientos automáticos y sus creencias nucleares impulsaban su abuso de sustancias, más incluso que el ambiente o sus circunstancias. Luego, el terapeuta, mostró a Rick que había muchas decisiones que le podían servir para controlar su abuso de sustancias, como modificar las creencias que le provocaban ansiedad, responder racionalmente a las creencias permisivas y encontrar formas no relacionadas con las drogas de afrontar la ansiedad.

Técnicas de control de la ansiedad

Se utilizan numerosas técnicas en el tratamiento de la persona ansiosa que abusa de sustancias. La elección de una técnica en particular depende de la presentación del problema que haga el paciente en cada sesión, así como de la conceptualización general del terapeuta del caso. La eficacia de las técnicas seleccionadas depende de varios factores: la calidad de la relación terapéutica, la precisión de la conceptualización del caso, la utilización apropiada del método socrático y la familiarización del paciente con el modelo cognitivo.

En el método socrático, el terapeuta plantea cuestiones que guían al paciente a conclusiones más realistas acerca de sí mismo, su mundo personal y su futuro. Por ejemplo, Rick al inicio sostenía la creencia «Seré rechazado si permito que otras personas vean lo ansioso que estoy». Al mismo tiempo, mantenía la creencia «Mis errores son terribles». Utilizando el método socrático, el terapeuta planteó una serie de cuestiones que condujeron a Rick a conclusiones más adaptativas:

TE: ¿Qué piensas cuando prevés un encuentro social futuro?

PT: Sé que me comportaré como un loco.

TE: ¿Qué quieres decir por «loco»?

PT: Quiero decir que me considero un idiota.

TE: ¿Cómo te ves a ti mismo haciendo el «idiota»?

PT: Me veo sin que tenga nada que decir.

TE: ¿Crees que todas las personas que callan en público están «locas» y que se consideran a sí mismas como «idiotas»?

PT: Bueno, supongo que no.

TE: ¿Qué crees que pueden pensar otras personas cuando se encuentran con alguien callado?

PT: Pueden pensar que la persona sólo está escuchando... o bien que solamente es tímida.

TE: Cuando piensas en ti mismo como un «idiota» o un «loco», ¿cómo te sientes?

PT: Preocupado, nervioso, tenso, deprimido...

TE: Y cuando te ves a ti mismo como «meramente tímido», antes que loco o idiota, ¿cómo te sientes?

PT: Un poco mejor.

Antes de este diálogo, el paciente equiparaba «estar callado» o «timidez» con «estar

loco» o «ser idiota». Mediante el método socrático el terapeuta ayudó al paciente a examinar objetivamente dicho supuesto no adaptativo.

Existen cinco puntos que ayudan a los pacientes a responder de manera racional a los pensamientos ansiógenos que puedan estimular los *craving* y los impulsos por las drogas (estas cuestiones se pueden aplicar a todos los pacientes a lo largo de todo el espectro diagnóstico): 1. ¿Qué otras perspectivas puedo tener de esta situación? 2. ¿Qué evidencias concretas o hechos pueden apoyar o refutar mis pensamientos automáticos? 3. ¿Qué es lo peor que me podría pasar en esta situación y cómo afectaría a mi vida en dicho caso? 4. ¿Qué acción constructiva puedo hacer para manejar esta situación? 5. ¿Cuáles son los pros y los contras de que continúe teniendo pensamientos automáticos negativos? Resumiremos a continuación las razones de cada una de estas cuestiones.

1. *Otras perspectivas.* Aquí, los pacientes que se caracterizan por ver las cosas bajo una visión de túnel, son instados a ensanchar sus puntos de vista para darse cuenta de que existen nuevas posibilidades. Una forma de facilitar este proceso es plantear las siguientes cuestiones: «¿Podría haber ventajas en disfrazar las cosas? o ¿Podría ser esta situación menos mala de lo que parece?». Este abordaje ayuda a los pacientes a pensar de forma más divergente y, por tanto, les abre la mente a alternativas más constructivas.

2. *Evidencias.* Los pacientes necesitan aprender que sus opiniones no son sinónimos necesarios de los hechos. Por tanto, los terapeutas les enseñan la importancia de buscar información que pueda ser *confirmada o no confirmada de manera objetiva*. Los terapeutas preguntan a sus pacientes por las evidencias que existen *a favor o en contra* de sus pensamientos automáticos, ya que quieren que sus pacientes sean completamente justos en sus evaluaciones, incluso aunque eso signifique encontrar evidencias que apoyen sus pensamientos negativos. Una forma útil de comunicar la naturaleza de las «evidencias» es decir: «Si no se puede probar en un juicio, no es suficientemente objetiva como para contar como una evidencia».

3. *¿Qué es lo peor que puede pasar?* Ésta no es la típica pregunta retórica que las personas a veces formulan sarcásticamente, cuando están minimizando sus problemas. Ésta es una cuestión objetiva que insta al paciente a considerar el peor escenario posible en que se pueda encontrar y a evaluar las implicaciones reales de esa circunstancia en su vida. En general, esta cuestión sirve para desdramatizar muchas preocupaciones extremas de los pacientes, ya que llegan a darse cuenta de que el peor de los escenarios posible es realmente poco probable, y que pueden afrontar dicho resultado en cualquier caso.

4. *¿Qué es lo que puedo hacer?* Incluso si los pacientes encuentran que sus pensamientos automáticos son corroborados, esto les ayuda a recordar que pueden buscar activamente una solución al problema. Cuando se formulan esta cuestión, es más probable que los pacientes utilicen procesos cognitivos superiores como la planificación y la toma de decisiones, y que muestren menos probabilidad de recaer en el catastrofismo.

5. *Pros y contras de los pensamientos automáticos.* Algunos pacientes parecen ligados a sus formas disfuncionales de pensar. En dicho caso, es fácil preguntarles cuáles son las ventajas (e inconvenientes) que tienen de dichos pensamientos negativistas. Esta táctica desafía la resistencia del paciente en cuanto a las razones que tiene para mantener sus puntos de vista, a pesar de lo contraproducentes que sean. Por ejemplo, nos hemos encontrado con las siguientes «razones» de por qué los pacientes no desean renunciar a sus pensamientos automáticos:

- «No merezco pensar positivamente».
- «Cada vez que tengo esperanzas de algo, me sorprende algún desastre.»
- «Si pienso en lo peor, no me desanimaré cuando me ocurra.»
- «Nadie me tomará en serio a menos que me preocupe.»

Comprender estas creencias ayuda al terapeuta a conceptualizar las creencias nucleares del paciente y a establecer el *rappport*, y puede proporcionar una oportunidad para ayudar a los pacientes a encontrar algunas *ventajas* para mejorar la calidad adaptativa de su pensamiento.

En la figura 15.2 se presenta un ejemplo de Registro diario de pensamientos (RDP) de Rick. Cualquiera de las cinco cuestiones resumidas previamente se puede utilizar de manera efectiva con el formato del RDP, para producir respuestas racionales. No todas las cuestiones son aptas —hay que señalar que el RDP de Rick parece tratar las preguntas: «¿Qué otras alternativas puedo tomar?» y «¿Qué acción constructiva puedo realizar?».

Instrucciones: Cuando notes que tu estado de ánimo está empeorando, pregúntate a ti mismo, «¿Qué está pasando por mi cabeza en este momento? », y tan pronto como sea posible anota brevemente el pensamiento o la imagen mental en la columna de Pensamiento(s) automático(s).

DÍA/HORA	SITUACIÓN 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.	PENSAMIENTO(S) AUTOMÁTICOS 1. Escribe los pensamiento(s) automático(s) que van precedido(s) de emoción(es). 2. Evalúa la automaticidad de la creencia, 0-100 %.	EMOCIONES 1. Especificar tristeza, ansiedad/ enfado, etc., 2. Valorar el grado de emoción 0-100 %.	RESPUESTA RACIONAL 1. Escribir una respuesta racional a los pensamiento(s) automático(s) 2. Valorar la racionalidad de la creencia 0-100 %.	RESULTADO 1. Revalorar la creencia en los pensamiento(s) automático(s) 0-100 %. 2. Especificar y valorar las emociones consecuentes 0-100 %.
VIERNES	Solo en casa. Sus amigos le han invitado a encontrarse con ellos en un restaurante.	«Me pondré en ridículo.» (75 %) «No sé cómo actuar cuando estoy con gente.» (85 %) «Estaré solo el resto de mi vida.» (50 %)	Nervioso (75 %) Ansioso (85 %) Triste (45 %)	«Suelo estar callado cuando salgo, no hago el tonto.» (100 %) «Sé cómo ser educado con los demás.» (90 %) «Si me arriesgo, al final encontraré a alguien.» (75 %)	1. «Ridículo» (25 %) 2. «Aliviado» (65 %) 1. No sé cómo actuar. (25 %) 2. Alivio (65 %) 1. Solo en la vida (35 %) 2. Esperanzado. (50 %)

Algunas preguntas que ayudarán a formular respuestas racionales: 1. ¿Qué evidencias existen de que el pensamiento automático sea verdadero? ¿No es verdadero? 2. ¿Hay alguna explicación alternativa? 3. ¿Qué es lo peor que puede pasar? ¿Puedo vivir con ello? ¿Qué es lo mejor que puede pasar? ¿Cuál es el resultado más realista? 4. ¿Qué debería hacer acerca de ello? 5. ¿Cuál es el efecto de creer en pensamientos automáticos? ¿Cuál puede ser el efecto de cambiar mi pensamiento? 6. Si _____ (el nombre de mi amigo) estuviera en mi situación y tuviera este pensamiento, ¿qué le diría yo a él?

Figura 15.2. Registro diario de pensamientos de Rick.

TÉCNICAS CONDUCTUALES

Las técnicas conductuales son especialmente útiles en el tratamiento de los trastornos de ansiedad. La relajación y el entrenamiento en asertividad (Alberti y Emmons, 1974; Collner y Ross, 1978), por ejemplo, proporcionan a la persona habilidades conductuales para afrontar situaciones potencialmente estresantes. Las habilidades de relajación comprenden la relajación sistemática y progresiva de varios grupos musculares (Bernstein y Borkovec, 1973) y respiración controlada (Clark, Salkovskis y Chalkley, 1985), que permite al individuo estar físicamente más confortable en los momentos de estrés fisiológico. El entrenamiento en asertividad comprende aprender directamente a expresarse y comunicarse de manera adaptativa. Como resultado del incremento de habilidades, las personas desarrollan más sensación de competencia. El aprendizaje de las habilidades conductuales se puede facilitar utilizando el repaso encubierto (imaginación) y la práctica externa y observable (*role playing*, experimentos conductuales).

Por ejemplo, el terapeuta de Rick determinó que era especialmente vulnerable a los

sentimientos de ineficacia y rechazo en las situaciones sociales. En especial, las situaciones sociales tendían a activar las creencias nucleares de Rick acerca de su vulnerabilidad, que a su vez, activaban su sistema nervioso autónomo. Sus síntomas de ansiedad (transpiración, taquicardia, etc.) se intensificaban y derivaban en ataques de pánico, en los que él se automedicaba con alcohol. Para compensar sus sensaciones de vulnerabilidad, ocasionalmente, Rick utilizaba cocaína. Al final, Rick encontró que tenía muchos problemas para controlar su uso de cocaína, que a su vez exacerbaba sus sentimientos de vulnerabilidad.

Para tratar de manera efectiva los problemas de ansiedad de Rick relacionados con su abuso de sustancias, su terapeuta empezó con la relajación muscular progresiva y los ejercicios de respiración controlada. Dichos ejercicios prepararon a Rick para manejar el impulso fisiológico asociado con los ataques de pánico. Después de que Rick consiguiera dominar la relajación, su terapeuta le pidió que imaginara una serie de situaciones sociales amenazantes. Cuando se activaba fisiológicamente al pensar en dichas situaciones, Rick practicaba la relajación para disminuir su impulso autonómico. Al final, Rick empezó a modificar su pensamiento, desde: «No puedo manejar mi ansiedad» a «Al menos, puedo calmarme para evitar tener un ataque de pánico». El terapeuta de Rick también le procuró un entrenamiento en asertividad para proporcionar las habilidades de comunicación esenciales.

Resumen

La ira exagerada o innecesaria se cobra su peaje no sólo en las otras personas, sino también en quien la está experimentando. Las personas con abuso de sustancias tienen tendencia a expresar sus impulsos hostiles, cuando se encuentran bajo la influencia de las drogas o el alcohol. Aunque tienen una tendencia concreta a consumir droga o bebida para atenuar la tensión asociada con la ira, su uso de sustancias puede, paradójicamente, incrementar la probabilidad de conducta hostil. Gran parte de la ira generada es el resultado del significado simbólico añadido al acontecimiento que la provoca, específicamente, la noción de «Me han agraviado».

Las personas adictas con poca tolerancia ante la frustración (PTF) son hipersensibles al bloqueo de sus deseos o acciones y, consecuentemente, tienen tendencia a experimentar una ira excesiva o inapropiada. Suelen tener creencias subyacentes como «Si no puedo conseguir [o hacer lo que quiero ahora mismo, nunca lo conseguiré]» o «Los demás se equivocan al rechazarme o meterse en mi camino». Derivadas de las otras

dos creencias, surge ésta: «Las personas se equivocan y deben ser castigadas por impedirme el paso». Cuando esta creencia se activa provoca la ira. Los pacientes con PTF se perciben a sí mismos como débiles o indefensos. La ira que tienen les ayuda a restaurar una sensación de control y poder mediante el castigo a otras personas. Independientemente de que expresen o no sus impulsos para castigar, la ira los deja más o menos bloqueados, lo cual les conduce a consumir drogas o alcohol.

Además, los correlatos fisiológicos, cognitivos, afectivos y conductuales de la ansiedad pueden poner a la persona en una situación de riesgo en cuanto al abuso de sustancias. Hemos presentado algunos métodos para conceptualizar la PTF y las personas ansiosas que abusan de sustancias, así como algunos métodos para intervenir con personas que responden abusando de sustancias ante la PTF y/o la ansiedad.

CAPÍTULO 16

TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD CONCOMITANTES

El término de «diagnóstico doble» se ha utilizado ampliamente para referirse a la coexistencia del abuso de sustancias y otros trastornos psiquiátricos (Brown y otros, 1989; Evans y Sullivan, 1990; O'Connell, 1990).

En los capítulos 14 y 15 hemos estudiado la naturaleza dual del abuso de sustancias y los síndromes psiquiátricos graves (p. ej., depresión y ansiedad). En este capítulo nos centraremos en el tratamiento de los pacientes con diagnóstico doble, que comprende abuso de sustancias y trastornos de la personalidad concomitantes.

Los trastornos de la personalidad (representados en el Eje II del sistema de clasificación DSM-III-R) (American Psychiatric Association, 1987) comprenden patrones cognitivos, afectivos y conductuales, duraderos, que se caracterizan por ser rígidos, poco adaptables y que se resisten a ser modificados.

Varios estudios han confirmado la alta tasa de prevalencia de los trastornos de la personalidad entre las personas con abuso de sustancias. Regier y otros (1990), en un estudio importante de comorbilidad, informó de datos de más de 20.000 casos (en el estudio «Epidemiologic Catchment Area», financiado por los Institutos Nacionales de Salud Mental en Estados Unidos). Estos investigadores encontraron que de los casos con problemas de alcoholismo (abuso o dependencia), un 14 % reunía los criterios de diagnóstico de trastorno de la personalidad antisocial (TPAS). También se encontró este mismo diagnóstico de TPAS entre las personas que abusaban de la marihuana (15 %), cocaína (43 %), opiáceos (37 %), barbitúricos (30 %), anfetaminas (25 %) y alucinógenos (29 %). De acuerdo con estas distribuciones, muchos investigadores reconocieron que existía una relación intensa entre el TPAS y el abuso de sustancias (p. ej., Grande, Wolf, Schubert, Patterson y Brocco, 1984; Helzer y Pryzbek, 1988; Hesselbrock, Hesselbrock y Stabenau, 1985; Hesselbrock, Meyer y Kenner, 1985; Lewis, Robins y Rice, 1985; Penick y otros, 1984; Ross y otros, 1988;

Schuckit, 1985; Stabenau, 1984; Wolf y otros, 1988). La estimación de la prevalencia media del trastorno TPAS en las personas con abuso de sustancias varía entre un 20 % y

un 50 %. La alta prevalencia puede ser explicada, en cierta medida, por el hecho de que el abuso de sustancias es uno de los criterios para el diagnóstico del TPAS.

Varios estudios concluyen que un rango muy amplio de trastornos de la personalidad coexiste con el abuso de sustancias. Por ejemplo, Khantzian y Treece (1985) estudiaron 133 adictos a los opiáceos y encontraron que un 65 % reunía los criterios para al menos un trastorno de la personalidad coexistente. Estos investigadores expusieron que «virtualmente casi todo el rango de los trastornos de la personalidad estaba representado en dicha muestra» (pág. 1071). Drake y Vaillant (1985) evaluaron 369 hombres de mediana edad, seguidos en un estudio longitudinal. De entre aquellos que habían sido dependientes del alcohol, un 37 % tenían trastornos de la personalidad concomitantes.

El trastorno de la personalidad *borderline* o límite (TPB) se suele asociar frecuentemente con el abuso de drogas (Koenigsberg, Kaplan, Gilmore y Cooper, 1989; Nace, Saxon y Shore, 1983; Zanarini, Gunderson y Frankenburg, 1989). Estos autores informaron sistemáticamente que entre los alcohólicos y personas con abuso de sustancias, el TPB va situado detrás del TPAS, como trastorno de personalidad concomitante.

Beck y otros (1990) han aplicado la terapia cognitiva al tratamiento de los trastornos de la personalidad. Estos autores describen que dichos pacientes, «frecuentemente, suelen ser los casos más difíciles para el clínico» (pág. 5). Los pacientes con trastorno de la personalidad suelen compartir alguna de estas características que los convierten realmente en un reto para su tratamiento:

1. Sus síntomas más crónicos son egosintónicos; es decir, los pacientes no perciben que haya nada que esté «mal» en su personalidad. Aunque vengan al tratamiento a recibir ayuda por su depresión o ansiedad, raramente buscan ayuda para problemas como su egoísmo, evitación de las responsabilidades, mentiras, falta de empatía por los otros, falta de conciencia, tendencia a ser violentos, manipulación interpersonal, desafío de la autoridad y otros aspectos crónicos de su carácter que reflejan trastornos frecuentes del Eje II.
2. Sus conductas y actitudes son típicamente nocivas para los otros. Aunque estos pacientes pueden sentir que tienen dolor emocional es frecuente encontrar, también, que *causan a otros* gran cantidad de infortunios. Por ejemplo, un paciente se lamentaba del hecho de que su mujer no le respetaba, pero convenientemente dejaba de mencionar que él robaba dinero a su mujer, la pegaba y la engañaba.
3. Los pacientes son extremadamente resistentes al cambio. Aunque puedan entrar en

terapia con la esperanza de obtener un *alivio* a su sufrimiento psicológico, no suelen querer contemplar de manera objetiva sus propios fallos, ni quieren alterar sus conductas o actitudes poco adaptativas. Por ejemplo, un paciente que esperaba de manera implícita que el terapeuta le ofreciera una «pastilla mágica» para que se sintiera mejor, se burlaba de la idea de tratar directamente de los problemas que tenía en el trabajo o en su hogar.

4. Los pacientes con trastornos de la personalidad tienen dificultad en imaginarse a sí mismos siendo de otra forma. Cuando los terapeutas tratan de provocar su cooperación a la hora de hacer cambios significativos en su vida, los pacientes suelen responder diciendo: «Pero así es como yo soy. No puedo cambiar», o «Siempre he sido de esta forma. ¿Cómo puedo ser de forma distinta?, o bien, Si tratas de cambiarme, dejaré de existir». Para estos pacientes, sus problemas suelen ser sinónimos de su identidad. Por tanto, se resisten a cambiar, mientras que incondicionalmente se defienden de su aniquilación personal.

Cuando un paciente con trastorno de la personalidad abusa de las drogas, su patrón de consumo resulta más rígido y compulsivo. Una vez ha empezado a tomar drogas, el paciente con trastorno de la personalidad tiene más probabilidad de continuar tomándolas hasta que se convierta en una adicción hecha y derecha. Por ejemplo, el paciente con trastorno de la personalidad evitativo que no puede tolerar el malestar emocional, notará un alivio temporal de sus pensamientos preocupantes acerca de su vida, mediante el consumo de cocaína *crack*. Como resultado, este paciente escogerá continuar tomando (y al final abusando de) las drogas como el método preferido para evitar tener que enfrentarse con sus problemas.

Es más, el paciente que sufre de un trastorno de personalidad concomitante tendrá más riesgo de recaída después de un período de tiempo de abstinencia. Como ejemplo, hemos visto a un paciente con trastorno *borderline* recaer en el consumo de las drogas, como forma deliberada de autodestrucción y manipulación interpersonal en respuesta a las discusiones con su amante. Otro paciente, una mujer a la que se le diagnosticó trastorno de la personalidad dependiente, creía que no sería capaz de sobrevivir a menos que tuviera un hombre en su vida. Como consecuencia, deseaba encontrar a un hombre a toda costa, incluso aunque él mismo fuera una persona que abusara de sustancias. Cada vez que se implicaba en una nueva relación, subyugaba sus necesidades a las suyas, y lo acompañaba en su consumo de droga. Por tanto, sabiéndolo y de manera voluntaria,

recaía de nuevo en el consumo de drogas, incluso después de haber luchado tan fuerte en la terapia para conseguir la abstinencia.

Otra ramificación de los trastornos de la personalidad es su capacidad para cooperar y colaborar con el terapeuta (Carey, 1991). Una persona con abuso de sustancias que no sufra de trastorno de la personalidad puede ser un paciente amable y serio con el que seguir en las sesiones después de que ha conseguido dejar las drogas por un tiempo. En cambio, hemos visto pacientes que parecía que se mantenían al margen de las drogas con éxito, pero con los que teníamos muchos problemas para tratarlos debido a sus trastornos de la personalidad. Por ejemplo, «Ken» era un paciente derivado por el agente de la condicional al que también se le había diagnosticado un trastorno de la personalidad paranoico y pasivo-agresivo. En cada sesión terapéutica, inflexiblemente, insistía en que había mantenido su abstinencia de las drogas de manera continuada y, por tanto, concluía que su participación en el tratamiento era «una pérdida de tiempo idiota». Cuando el terapeuta intentó implicar a Ken en diálogos productivos acerca del tratamiento de los estresores vitales generales y el mantenimiento del estado de sobriedad, empezó a ser reticente y a proyectar un aire de suspicacia. Por ahora, este paciente se mantiene al margen de las drogas aunque no está implicado en un tratamiento de manera óptima. Por tanto, hay que ser cauteloso acerca de su pronóstico a largo plazo.

Con esto no queremos decir que el tratamiento de los pacientes con abuso de sustancias y trastornos concomitantes del Eje II sea una tarea imposible, ni tampoco queremos decir que la terapia con pacientes con abuso de sustancias sin trastornos de la personalidad sea muy fácil. Obviamente, la verdad es menos dicotómica y más compleja. Sin embargo, es importante que el terapeuta haga un diagnóstico exhaustivo de cada paciente con abuso de sustancias, de manera que podamos prever las dificultades asociadas con el tratamiento de los trastornos de la personalidad. Los planes de tratamiento que se dirigen tanto al problema del abuso de sustancias como a los aspectos caracterológicos de los pacientes, serán mejores para poder mantener a dichos pacientes en el tratamiento, y para prepararlos para el automantenimiento, una vez que las sesiones regulares de terapia hayan finalizado (N. S. Miller, 1991).

Evaluación

Los trastornos de la personalidad se han descrito de varias formas. Una de las fórmulas simples que los clínicos han seguido a lo largo de los años, afirma que los pacientes que tienen un trastorno de la personalidad causan mucho o más dolor a los

otros en sus vidas, que lo que sufren ellos mismos (Cummings, 1993). Ejemplo evidente de esto son los pacientes con trastornos narcisistas, que están tan absorbidos ciegamente en sí mismos que prácticamente olvidan el bienestar físico o emocional del esposo o de sus hijos. Igual ocurre con el paciente con TPAS, que lo pasa «estupendamente» mientras miente, confabula y se burla de los otros para conseguir sus objetivos. Otro ejemplo es el trastorno de personalidad *borderline*, la labilidad del cual, su autodestrucción impulsiva y sus excesivas demandas interpersonales, causan mucha consternación a las demás personas significativas y a sus terapeutas.

Sin embargo, si sólo utilizáramos esta regla, podría parecer que muchos pacientes con abuso de sustancias tienen también trastornos de la personalidad (Carey, 1991). Cuando los pacientes se encuentran en medio del abuso de sustancias adictivas de manera compulsiva, no son infrecuentes las siguientes conductas desadaptativas: a) robar a los miembros de la familia, amigos o extraños para conseguir dinero para una necesidad desesperada de comprar y consumir droga (síntomas del TPAS); b) mentir sistemáticamente para poder esconder sus pasos como adicto a las drogas (síntoma del TPAS); c) casi siempre se da un recelo infundado como efecto secundario del consumo excesivo de cocaína y/o anfetaminas (síntomas del trastorno de la personalidad paranoico); d) rabietas de ira y violencia hacia uno mismo y los otros debido a la sobredosis o a los síntomas de abstinencia (síntomas de los trastornos de personalidad *borderline*, paranoide y antisocial); e) evitación de actividades sociales y caer en consumo de droga solitario (síntoma del trastorno de personalidad esquizoide); f) progresivamente se incrementa el que la persona se centre cada vez en sí misma, ignorando del todo las responsabilidades para con los demás (síntomas del trastorno de la personalidad narcisista), así como de otras muchas conductas. Tal y como podemos ver, los problemas particulares que acompañan al trastorno por abuso de sustancias del Eje I se suelen parecer mucho sospechosamente y se deben distinguir de los trastornos del Eje II (véase Gawin y Kleber, 1988).

Para poder clarificar la evaluación debemos seguir los criterios del DSM-III-R y los cuestionarios de diagnóstico basados en el DSM-III-R, como la Entrevista clínica semiestructurada del DSM-III-R (SCID: Spitzer y otros, 1987). Siguiendo esta entrevista se insta a examinar los rasgos de personalidad *duraderos* que existen y persisten independientemente del diagnóstico del Eje I. En este caso, la pregunta vendría a ser: ¿Qué rasgos de personalidad caracterizaban la vida de esta persona antes que empezara a abusar de las drogas? Esta pregunta es muy útil cuando el problema de abuso de sustancias tiene un inicio adulto y, por tanto, existe una larga historia premórbida.

Otra fuente de información útil proviene de las anteriores experiencias de tratamiento del paciente. Es especialmente interesante y enriquecedor leer las notas e informes de los terapeutas anteriores que han tratado al paciente, así como preguntar a los mismos pacientes cuál había sido el fruto (y resultados) de las anteriores terapias en el pasado. Dicha información puede proporcionar luz respecto al nivel de cronicidad de los problemas del paciente con las drogas, «cambios» en la personalidad a lo largo del tiempo como resultado del consumo de drogas y pistas sobre el tipo de intervenciones que son útiles o las que no son beneficiosas.

Otra pregunta útil es: «¿Qué rasgos de personalidad están presentes durante largos períodos de tiempo de abstinencia, *entre* los episodios de consumo de drogas?». Una pregunta de este tipo es importante cuando lo habitual es la abstinencia, aunque con deslices problemáticos para tomar drogas.

Una interpretación simple del DSM-III-R sugiere que un trastorno del Eje II concomitante es menos probable que esté presente cuando las creencias y conductas disfuncionales no preceden el inicio del trastorno por abuso de sustancias y cuando disminuyen o desaparecen durante los períodos de prolongada abstinencia. El paciente que no tiene un trastorno del Eje II se puede identificar como una persona que parece como si «cambiara su personalidad» espectacularmente cuando se encuentra bajo la influencia de las drogas psicoactivas o los *craving* e impulsos asociados con su abuso. Este tipo de paciente parecerá muy de acuerdo con el régimen de tratamiento y se puede relacionar con el terapeuta de manera amistosa y cooperativa cuando está limpio y sobrio. El mismo paciente, cuando reanuda el consumo de droga, puede faltar a las citas con el terapeuta, perderse de vista o bien evitar o no tener consideración por el terapeuta, ya que seguramente estará involucrado en actividades que parecerán que no son «propias de su carácter».

Por ejemplo, una de nuestros pacientes se había autodemostado que era una persona consciente, trabajadora, en la que se podía confiar, cuando se mantenía al margen de las drogas durante algún tiempo. Desafortunadamente, cuando sufría una recaída volvía a delinquir robando para conseguir dinero para la droga. Los delitos no eran maliciosos sino más bien asuntos expeditables —la paciente cambiaba sus valores y prioridades totalmente cuando estaba bajo la influencia de las drogas— (véase Woody, Urschel y Alterman, 1992). La familia y los amigos (así como el terapeuta) se quedaban perplejos cuando estos hechos salían a la luz.

Basándose en el conocimiento de sus delitos (robos), y las subsiguientes mentiras para encubrirlos, esta paciente podía haber sido etiquetada incorrectamente con trastorno

de personalidad antisocial. Realmente, no reunía todos los criterios del DSM-III-R para ninguno de los trastornos del Eje II. Cuando se abstenía de tomar drogas, sus creencias más poco adaptativas eran las depresógenas, aunque no eran indicativas de problemas caracterológicos duraderos. Como ejemplo, creía que «Nunca seré capaz de encontrar un empleo en el que confíen en mí para ocupar de nuevo un puesto de responsabilidad» y «Algo parece que me haga retroceder justamente cuando creo que estoy de nuevo en forma».

Por otro lado, cuando estaba tomando drogas activamente, las creencias de esta paciente eran incluso mucho más problemáticas (es decir, más parecidas a las que exponen los pacientes del Eje II; véase Beck y otros, 1990), como «Como tengo que hacer lo que tengo que hacer, no importa lo que me digan» (parecido a las creencias mantenidas por los TPAS y los pacientes pasivo-agresivos), y «Tengo que tomar drogas porque no puedo soportar afrontar la vida simplemente con mi estado de ánimo» (parecido a las creencias expuestas por el trastorno de personalidad evitativo).

Después de finalizar con éxito un programa de desintoxicación interno en un hospital local, esta paciente volvió a terapia cognitiva. No volvió a dar crédito a las creencias que había mantenido durante sus episodios de recaída y, de nuevo, fue una paciente comprometida y activa. Sin embargo, las creencias depresivas persistieron y pasaron a ser aspectos que había que tratar en las sesiones de terapia, al mismo tiempo que la prevención de las recaídas en las drogas.

En otros casos no es necesario que los pacientes se encuentren en una fase activa de uso de drogas para que evidencien creencias y conductas disfuncionales que indiquen que son pacientes con trastorno de personalidad. Por ejemplo, cuando «Lee» estaba en las primeras sesiones de evaluación, admitió que había estado abusando de las anfetaminas y resaltó toda una miríada de problemas vitales. Cuando se le preguntó por qué el consumo de droga la había conducido a todos esos dilemas, rápidamente corrigió a su terapeuta diciendo: «El *speed* no ha causado todos mis problemas. ¡Puedo meterme en cualquier problema, incluso si no estoy colocado, créeme!». En este caso, el abuso de sustancias coexistía con una serie de trastornos de la personalidad, que hubieran complicado el tratamiento por abuso de sustancias y hubiesen requerido atención por sí mismos.

Para identificar la presencia de trastornos de la personalidad en los pacientes con abuso de sustancias, se requiere de una evaluación cuidadosa de las creencias y los patrones de conductas del paciente cuando se encuentra libre de las drogas, y compararlos con las creencias y conductas que son activadas por las sustancias

psicoactivas. Una regla intuitiva que hay que seguir sería que las similitudes entre las creencias y las acciones cuando se está tomando drogas y cuando se está libre de su influencia, sugieren una alta probabilidad de que existe un trastorno del Eje II, mientras que divergencias marcadas entre las mismas permiten tener esperanzas de que los aspectos más nocivos de la actuación del paciente desaparecerán, si se controla el abuso de sustancias. Por ejemplo, un paciente que mantiene la creencia de que nunca sigue las reglas de nadie sino solamente las suyas propias, y expone este punto de vista independientemente de si está afectado por las drogas o no, es probable que demuestre rasgos de personalidad antisocial que podrían complicar el tratamiento incluso si está libre de las drogas. Al contrario, un paciente que piense sinceramente que es importante ser una persona honesta, responsable y cooperativa, hasta que se somete a los impulsos de tomar cocaína *crack* y adopta la actitud de «No me importa nada ni nadie», tiene más probabilidad de realizar avances significativos en todos los aspectos de su vida si consigue superar su adicción.

Desafortunadamente, este proceso de evaluación se complica con una serie de dificultades. Primero, el método más apropiado para evaluar las creencias y las conductas cuando se está tomando droga, no resulta fácil. Ya hemos señalado antes en el capítulo 12 que las cogniciones «calientes» del paciente son muy importantes y relevantes para la evaluación y el tratamiento, y que dichos pensamientos basados en emociones son muy accesibles bajo aquellas condiciones que simulan ante todo los problemas cruciales en cuestión. En el caso de un paciente que sufre un trastorno como el del pánico, es bastante seguro y efectivo crear situaciones terapéuticas artificiales que eliciten ataques de pánico en una sesión, que permitan al paciente y al terapeuta tener acceso a dichas cogniciones calientes.

Sin embargo, en el caso del paciente con abuso de sustancias, nunca es aconsejable ni ético animarlo a que se implique en la búsqueda de droga para poder tener acceso a sus cogniciones clave. En su lugar, deberíamos utilizar métodos más indirectos. Uno de los métodos comprende que los pacientes confíen en el recuerdo libre para tener acceso a aquello en que creían y en lo que hacían cuando se encontraban en la etapa activa de su adicción. Esta técnica es simple y segura, aunque puede estar sujeta a determinadas imprecisiones, debido a las distorsiones de la memoria de los pacientes y a sus confabulaciones deliberadas.

Otro método comprende obtener información de otras fuentes más objetivas, como los informes verbales de miembros de la familia y los informes escritos de anteriores terapeutas y agentes de la ley. Aunque estos datos ayudan al terapeuta a discernir las

acciones poco adaptativas del paciente que toma drogas, no le facilitan que adquiriera conocimiento o comprenda las experiencias subjetivas fenomenológicas de aquél mientras se encontraba bajo la influencia de las drogas.

Hemos encontrado que los dos abordajes explicados son mucho más informativos cuando se combinan con informes clínicos que se obtienen mediante ejercicios imaginarios provocados, como cuando el paciente cierra sus ojos e imagina la casa en donde utilizaban *crack*. Estos ejercicios, descritos anteriormente en el capítulo 10, proporcionan a los pacientes aquellos estímulos encubiertos que, probablemente, producirán una experiencia razonable de sus cogniciones calientes. Estas técnicas, recuerdo libre, informes conductuales de terceros y ejercicios de imaginación en las sesiones, se combinan para ayudar al terapeuta a que evalúe las creencias y conductas del paciente cuando está bajo la influencia de las drogas. Una vez se obtiene dicha información, lo más importante es que el terapeuta pueda separar aquellos aspectos del funcionamiento del paciente que forman parte de una característica de la personalidad sistemática, de aquellos que están relacionados con la droga *per se*.

Sin embargo, todavía hay más problemas de diagnóstico. Por ejemplo, cuando un paciente de 35 años con abuso de sustancias señaló que había tomado drogas duras como la cocaína desde la edad de 15 años, el terapeuta debería considerar las creencias y las conductas del paciente como una parte importante de sus características de personalidad. En este caso, no parece que haya ninguna persona (incluido el paciente) que pueda saber cómo actúa el paciente si no toma drogas. En dichos casos, la línea de separación entre el Eje I y el Eje II se difumina, y la terapia debe comprender la enseñanza y adquisición de formas adaptativas fundamentales, para que el paciente pueda contemplarse a sí mismo, al mundo y al futuro, prácticamente como si comenzara de nuevo.

Otro problema consiste en distinguir los aspectos de la personalidad de los aspectos relacionados con el abuso de sustancias, implicados en las complicaciones médicas del abuso de drogas a largo plazo. Específicamente, es probable que la utilización a largo plazo y prolongada de las drogas acabe causando un deterioro progresivo del sistema nervioso central (Karan y otros, 1991; Nace e Isbell, 1991; O'Connor y otros, 1992). A medida que pasa el tiempo, algunos cambios de la personalidad se pueden producir como *resultado del* abuso de las drogas, ya que incluso después de dejar de tomarlas permanecen residuales como una disfunción caracterial. Por ejemplo, uno de nuestros pacientes acabó con su hábito, que se remontaba a 20 años, de consumo diario de marihuana, después de que su mujer le amenazara con dejarlo. Aunque el paciente consiguió superar el síndrome de abstinencia y dejarlo, estaba consternado porque

empezó a sentirse completamente despersonalizado, hasta el punto de que no era capaz de centrar su atención en nadie más que en él mismo y en sus sentimientos. En cierto sentido, los postefectos del consumo de marihuana parecían ser un estilo de personalidad narcisista-esquizoide. Este problema, por su gravedad, concomitantemente a su ansiedad, pasó a ser el principal foco de atención de la terapia a lo largo de los seis meses siguientes. No es necesario decir que existía una lucha concomitante para frenarlo en su tendencia a volver al consumo regular de marihuana.

Resumiendo, es difícil separar los síntomas de abuso de sustancias de los trastornos o aspectos relacionados con la personalidad, existentes desde hace mucho tiempo. Nuestra experiencia nos ha enseñado que la mayoría de los casos de abuso de sustancias necesitarán algún tipo de atención terapéutica relacionada con los trastornos del Eje II, ya sea como causa que contribuye o como consecuencia del abuso problemático de las drogas. El mejor barómetro para la presencia concomitante de trastornos de la personalidad es la evaluación de las creencias de los pacientes acerca de las drogas, acerca de uno mismo, del mundo personal y del futuro (la tríada cognitiva estándar; véase Beck, 1976), *cuando el paciente estaba libre de sustancias psicoactivas*.

Creencias que facilitan usar drogas en distintos trastornos de la personalidad

Beck y otros (1990) han señalado una serie de creencias comunes que son típicas de pacientes que sufren de varios trastornos de la personalidad, tal y como se describen en el DSM-III-R. Aunque está fuera del alcance de este texto describir completamente cada uno de estos trastornos, a la vez que sus listas de creencias características, es interesante remarcar algunas de las creencias de que se nutre el consumo de drogas. En cada uno de los siguientes ejemplos, el tratamiento por adicción a las drogas debe atender a esta clase de patrones cognitivos desadaptativos concomitantes.

Muchos de nuestros pacientes con abuso de drogas se suelen encontrar crónicamente ansiosos y temerosos, y recurren a las drogas como forma de sentir mayor «seguridad» y «confianza». Dentro de esta categoría se encuentran los pacientes *evitativos*, que experimentan sentimientos exagerados de amenaza a su bienestar físico y psicológico. Mantienen creencias que hacen que el uso de drogas parezca muy excitante, realmente más atractivo que afrontar (y solucionar) problemas reales. Estas creencias incluyen: «No puedo tolerar sentimientos desagradables» y «Si pienso o siento algo desagradable, debería intentar eliminarlo con una copa o con droga».

Otro tipo de pacientes ansiosos y temerosos son los que tienen trastornos de personalidad *dependientes*. Estos pacientes no creen que puedan arreglárselas sin «un poco de ayuda de sus amigos» (p. ej., drogas, y la cohorte que toma drogas). Su abuso de las drogas viene facilitado por supuestos implícitos como «No puedo luchar tal y como lo hacen los otros» y «Estoy necesitado y soy débil». Esta disposición mental hace que el paciente caiga fácilmente víctima de los estimulantes como la cocaína, el *crack* o las anfetaminas, que inducen a una sensación temporal pero poderosa de confianza y control en las primeras etapas de su consumo. Además, la presión de los compañeros para que tomen drogas se refuerza porque los pacientes dependientes piensan que se deben ganar la aprobación de sus conocidos a toda costa.

Los pacientes *pasivo-agresivos* dudan en expresar su ira directamente y, en su lugar, escogen ignorar las reglas dispuestas por las autoridades. Creen que el hecho de no someterse no les acarrearán ningún peligro. Para estos pacientes, la utilización de las drogas representa una forma de rebelarse en contra de los miembros de su familia y de la sociedad que los desapruueban, mientras mantienen erróneamente: «No hago daño a nadie, así que, ¿cuál es el problema?». Mientras tanto, estos pacientes acabarán olvidando las obligaciones y responsabilidades que se tomaban a mal al principio.

El consumo de drogas también lo facilitan las creencias *obsesivo-compulsivas* como «La forma en que hago las cosas generalmente es la mejor» y «Necesito estar totalmente controlado». En este caso, los pacientes obsesivo-compulsivos con abuso de drogas se convencen a sí mismos de que saben qué es lo mejor para ellos; por tanto, tomar drogas «no se debe considerar un problema». Además, la sensación que produce la cocaína de falsa omnipotencia refuerza su noción errónea de que tienen completo control de ellos mismos y de sus situaciones vitales.

Los pacientes *narcisistas* creen que tienen derecho a un tratamiento especial y privilegiado, y que no se han de atener a las reglas que la mayoría de personas deben seguir. Entienden que son especiales y poderosos, y que merecen ver todos sus deseos satisfechos. Obviamente, esta serie de puntos de vista implícitos contribuyen a que los pacientes narcisistas se sientan libres para poder implicarse en cualquier conducta que les dé satisfacción (incluyendo el uso de drogas ilegales) sin tener la sensación de que hayan hecho nada malo o desaconsejable.

En el caso de los pacientes *histriónicos*, sus creencias facilitan el consumo de droga, como «No puedo tolerar el aburrimiento» y «Si me siento como si hiciera algo, debo seguir adelante y hacerlo». Además, quieren ante todo ser el centro de atención, y es más

probable que esto ocurra si actúan escandalosamente como resultado de su intoxicación química.

De manera adicional, las creencias de los pacientes que sufren de trastornos *paranoide*, *esquizoide* y *esquizotípico*, potencian la utilización de droga, ya que estas personas están buscando experiencias que puedan gozar en solitario, y que les prevengan de la intrusión o de los ataques de los otros.

Los trastornos del Eje II descritos presentan un reto significativo al terapeuta cuando los pacientes también evidencian trastornos por abuso de sustancias. Sin embargo, las combinaciones más difíciles y perniciosas comprenden, en su mayoría, las personalidades *borderline* y antisocial, que interactúan con las adicciones químicas para formar una clase de trastornos que son especialmente resistentes a cualquier clase de tratamiento.

La terapia para dichos trastornos nocivos debería implicar la aplicación adecuada de: a) sesiones estructuradas; b) asignaciones de tareas entre sesiones y su control; c) conductas terapéuticas para construir una relación, y d) conceptualizaciones flexibles y sofisticadas de los problemas de los pacientes. Para conseguir estos objetivos, deberíamos alertar al terapeuta de los siguientes problemas y complicaciones que aparecen en el curso del tratamiento con dichos pacientes.

Pacientes con abuso de sustancias y TPB o TPAS: manifestaciones clínicas e implicaciones para el curso de la terapia cognitiva

Como entidades separadas, los trastornos por abuso de sustancias y trastornos de la personalidad como el *borderline* o el antisocial, son difíciles de tratar. Al combinarse, el cuadro clínico resultante llega a ser extremadamente difícil. Por ejemplo, un método útil para provocar la activación cooperativa del paciente con consumo de drogas, es ayudarlo a darse cuenta de las recompensas a largo plazo que le proporcionará mantenerse abstemio. Para la mayoría de los pacientes las metas que están relacionadas con un interés propio son intrínsecamente atractivas. Sin embargo, imaginemos que dicho paciente tiene el siguiente esquema: «Soy malo, y merezco estar arruinando mi vida». Este esquema, que podría ser común en trastornos como el *borderline*, podría motivar al paciente para que se apartara de cualquier estrategia que lo pudiera llevar a tener éxito o recuperarse. Como resultado, la primera propuesta del terapeuta para que el paciente vea los beneficios a largo plazo, no tendrá sentido para este paciente. En ese caso, el terapeuta se debe centrar en modificar las creencias extremadamente desadaptativas que

nutren el odio que el paciente se profesa a sí mismo, su temor a tener éxito y su autosabotaje compulsivo.

Otro ejemplo de las inmensas dificultades implicadas en el tratamiento a pacientes graves con abuso de sustancias y trastorno de personalidad viene representado por el caso de un hombre con trastorno de la personalidad antisocial. Contrariamente al caso del paciente *borderline* descrito anteriormente, el interés por sí mismo estaba *tremendamente* marcado en este paciente antisocial. En cambio, prácticamente *no tenía capacidad* para sentir culpa. Como resultado, centrándose en el daño que causaba a los demás como resultado de su abuso de sustancias perdió prácticamente toda su influencia motivacional. Además, la sed del paciente de libertad y de control, así como su antipatía por la autoridad (p. ej., el terapeuta) solía influir en que dicho paciente trabajara extremadamente duro para poder luchar contra la tarea que se estaba realizando en la terapia.

Los ejemplos anteriores nos han proporcionado una idea de los dilemas con que el terapeuta se ha de enfrentar, cuando está tratando estos pacientes con este tipo de diagnósticos dobles tan problemáticos. Nos gustaría señalar que aunque los presentemos como categorías diagnósticas separadas, a veces, los diagnósticos de personalidad *borderline* y antisocial se solapan. De hecho, es un fenómeno corriente que concurren múltiples diagnósticos del Eje II en el mismo paciente (Gunderson y Zanarini, 1987). Sin embargo, para mayor claridad hemos escogido presentar los aspectos terapéuticos especiales del abuso de sustancias *borderline* y antisocial, por separado.

ANTISOCIAL

Los pacientes con trastorno de la personalidad antisocial pocas veces llegan a terapia por su propia voluntad. Generalmente no consideran que tengan problemas emocionales de ninguna clase. En su lugar, ven a las personas que los rodean como la fuente de los problemas que ellos tienen («Están fastidiándome, timándome, empujándome, siempre a mi espalda, incriminándome», etc.). Como resultado, es probable que su aparición por terapia se deba a una imposición en contra de su voluntad. En el caso de pacientes antisociales con abuso de sustancias, el origen del mandamiento proviene de la autoridad legal. Por tanto, es natural que dichos pacientes, al principio del tratamiento, consideren al terapeuta como parte del «sistema» que les está intentando oprimir.

Como resultado, los pacientes tratan de ejercer control de cualquier forma posible, normalmente mediante resistencia pasiva, a veces mediante medios más radicales como

la intimidación. En esos momentos es especialmente importante que los terapeutas cognitivos recuerden que han de ser colaborativos, antes que actuar como controladores.

Por ejemplo, cuando «Don» le dijo a uno de nosotros que estaba resentido por tener que ir al psiquiatra, el terapeuta evitó una respuesta con imperativos que sonaran paternalistas como «¡Es una lástima, pero *tienes* que estar aquí, compañero!». En su lugar, sorprendió a Don diciendo: «Ya sé que si fuera por ti, no estarías aquí. No te han dado elección y esto te pone de mala leche. Pero ¿sabes?, tú y yo tenemos algo en común. Tampoco *yo* he pedido tratarte *a ti*. Me has sido asignado y no he tenido elección, como tú. Así... como parece que hemos de aguantarnos el uno al otro, ¿por qué no lo convertimos en una experiencia tolerable para ambos?».

Este diálogo nos enseña también otro principio para tener éxito con la implicación de los pacientes antisociales, mantenerlos entretenidos. Como son buscadores de sensaciones inestables, los pacientes antisociales rápidamente se aburren y se distraen en la sesión, a menos que los terapeutas se mantengan fuertes, sean innovadores y también un tanto confrontativos (Doren, 1987). *En la medida en que los terapeutas puedan mantener a sus pacientes antisociales estimulados, los pacientes encontrarán las sesiones suficientemente interesantes, como para tener ganas de volver a las siguientes citas.* Habrá más probabilidad de que estos pacientes se impliquen activamente en la terapia, si sienten que las relaciones con su terapeuta les suponen retos interpersonales interesantes. Como advertencia, los terapeutas deben estar atentos a no caer en la trampa de perder el hilo de la terapia con las historias de desafíos y horror que cuenta su paciente antisocial y que esto les lleve a apartarse de la agenda de tratamiento del abuso de sustancias y de conductas desadaptativas.

Igualmente, el terapeuta podría estar tentado de luchar para prevenir que sus pacientes antisociales ganen ni siquiera un poco de orgullo. Estos terapeutas creen que la única forma para tratar a los pacientes que mienten y son manipulativos, es intimidarlos y enseñarles «quién es el jefe». Esto es un error. El trabajo del terapeuta no es impresionar al paciente con sus astucias de calle, ni intentar ganar cada una de las discusiones que tienen. El objetivo es mantener al paciente interesado en el proceso terapéutico, de forma que haya más probabilidad de influir en el cambio de su conducta (Cummings, 1993; Doren 1987). Esto significa que el terapeuta debe permitir al paciente que «gane un poquito». Siendo razonablemente flexibles, sin pretensiones y reconociendo sus errores o faltas de conocimiento, los terapeutas tendrán más oportunidad de conseguir que sus pacientes antisociales no abusen tanto de las creencias

comunes que sostienen que la terapia consiste simplemente en juegos mentales y batallas de poder.

Para ilustrarlo, un paciente expuso que sus conocidos de bares, miembros de la pandilla local de motos, eran responsables de sus recaídas en la droga. Razonaba que retaban su masculinidad desafiándole a que se colocara con ellos. Cuando el terapeuta sugirió una serie de comentarios asertivos propios de la «clase media liberal» para que el paciente los pudiese utilizar, éste simplemente empezó a reír y dijo: «¡Esa porquería intelectual puede funcionar en tu barrio, pero no en el mío!». El terapeuta, antes que defender su postura, admitió que era una bobada y dijo: «Sí, tienes razón. Seguramente recibiría un puntapié si les dijera eso». Entonces el terapeuta procedió a solicitar sugerencias para tener réplicas concisas del paciente, una estrategia que fue recibida mucho mejor.

Otro factor que complica el tratamiento de los pacientes antisociales con abuso de sustancias es su mayor insistencia en tomar drogas a lo largo del curso de la terapia (y cuando acaba la misma) comparado con los pacientes con abuso de sustancias «por término medio» (Doren, 1987). Mientras que muchos pacientes adictos parecen desacreditar su propio abuso de las drogas, y sinceramente quieren acabar con su hábito, los pacientes antisociales suelen parecer que *quieren* continuar consumiendo. En vez de utilizar la terapia como una manera de frenarlo, parece que intenten utilizar el tratamiento para aprender cómo ocultarlo mejor. Esto explicaría, en parte, el bajo pronóstico de recuperación adjudicado a los pacientes con abuso de sustancias y TPAS (Alterman y Cacciola, 1991; Woody y otros, 1990). De igual forma, es más probable que los autoinformes de los pacientes con TPAS puedan ser falsificados que aquellos que proceden de pacientes con simple abuso de sustancias. Esto incluiría la información acerca de la historia de su consumo, autocontrol actual del consumo, asistencia a grupos o reuniones de apoyo y efectos adversos en su trabajo y relaciones.

Para que los terapeutas estén mejor equipados y puedan «pillar» a sus pacientes mintiendo descaradamente, deben tomar notas muy amplias. Y si esto es primordial para tratar a todos los pacientes, lo es en especial al tratar a estos pacientes tan difíciles, que urden redes elaboradas de mentiras en torno a los terapeutas que no sospechan o que son demasiado bienintencionados. Si se toman las notas con mucho detalle, los terapeutas no sólo podrán protegerse de riesgos legales innecesarios, sino que serán capaces de comprobar las inconsistencias inevitables de las historias de los pacientes y éstas les servirán como base necesaria para la confrontación terapéutica.

Por ejemplo, un paciente que no asistió a una de las citas con el terapeuta, dio la

excusa de que, como le habían quitado el permiso de conducir, dependía de otros para que lo llevaran a las sesiones. Dijo que su «conductor» no apareció y que por tanto no era una falta suya. El terapeuta se documentó todo lo que pudo y con gran detalle, incluyendo el «hecho» de que su permiso no sería renovado durante casi seis meses. Un mes después el mismo paciente se excusó por llegar tarde a una sesión alegando que no pudo encontrar aparcamiento. Después de determinar que, de hecho, el paciente había conducido él mismo al gabinete del terapeuta, éste leyó en alto sus notas de la sesión anterior, cuando el paciente se había lamentado de su falta de permiso de conducir. El paciente se quedó sin palabras y preocupado al haber sido pillado en una mentira, y admitió que había estado conduciendo sin tener el permiso en regla. Cuando se le presionó un poco más, se vio forzado a admitir que su falta de permiso no le había disuadido prácticamente nada para seguir conduciendo, y que su ausencia de la sesión anterior no era debido a ello, sino más bien a que se desvió hacia un bar donde acabó emborrachándose. Pasaron el resto de la sesión discutiendo los aspectos relacionados con la bebida del paciente, su conducción ilegal y la evitación de las sesiones de terapia. Si no hubiese tenido dichas notas tan detalladas, una parte importante del engaño del paciente hubiera pasado inadvertida para el terapeuta.

Cuando los terapeutas desafían a sus pacientes acerca de la veracidad de sus relatos, deben hacerlo de manera respetuosa, apoyándolos, aunque no deben tener miedo de expresar incredulidad cuando lo crean adecuado. El siguiente diálogo sirve como ejemplo:

TE: Sólo has asistido dos veces a tu sesión de terapia en los dos últimos meses, Jackie. Me pregunto por qué te cuesta tanto responder a mis llamadas telefónicas. ¿Te has metido en algún problema?

PT: ¡Oh no! Simplemente he estado ocupada, ya sabes. Estoy haciendo turnos dobles, y, simplemente, no he tenido tiempo de responderte, ya sabes.

[El terapeuta nota que Jackie está muy animada y se pregunta si está reteniendo ansiosamente información importante. Su sobreutilización de la expresión «ya sabes» es como una revelación involuntaria de que Jackie está terriblemente nerviosa.]

TE: Jackie, ya sé que estás trabajando muy duro. Siempre lo has hecho así. Sin embargo, eso no te impidió nunca en el pasado devolverme las llamadas, excepto en aquellos momentos en que estabas tomando drogas activamente.

PT: ¡Oh no, no, no! No he estado tomando drogas.

TE: Bien. Quiero creerte. Sin embargo, estoy intrigado por el hecho de que no me hayas

llamado en cuatro semanas, incluso cuando había dejado tantos mensajes.

PT: Ya te lo he dicho. Simplemente no tenía tiempo.

TE: Jackie, es difícil para mí aceptar lo que dices ahora, porque antes ya te has encontrado muy ocupada en tu trabajo repetidas veces, al igual que con tus problemas familiares, e incluso así, eras capaz de venir a la sesión de terapia cada semana. Me demostraste que eras capaz de llevar tu vida organizada, sin dejar que nada se interpusiera en la forma que tenías que hacer las cosas. Es algo que siempre he admirado de ti.

PT: (*Empieza a llorar.*)

TE: [El terapeuta se pregunta qué está pensando Jackie en el momento de ponerse a llorar, pero aún no quiere desviarse del tema. Piensa que las lágrimas de la paciente son reales, pero que también pueden ser una estratagema manipulativa. Por tanto, decide continuar presionando para que salga la verdad, a pesar de que lo hace de manera empática.] Estoy de tu lado Jackie. Totalmente de tu lado y quiero ayudarte. ¿En qué tipo de problema te has visto involucrada últimamente en relación con las drogas? Realmente quiero ayudarte, pero tienes que ser sincera conmigo.

PT: (*Llorando.*) Todo es un fracaso. [Jackie siguió diciendo que había perdido su trabajo y que se sentía muy avergonzada. El terapeuta y la paciente se pasaron el resto de la sesión evaluando el grado en que ella había abusado de las drogas, su desesperación y la probabilidad de suicidio. Decidieron tener contacto telefónico cada día durante los siguientes tres días, hasta la siguiente sesión terapéutica cara a cara. Nada de esto hubiese sucedido, si el terapeuta hubiese aceptado todo lo que Jackie le estaba diciendo al principio.]

En este ejemplo, el terapeuta estuvo muy atento para no comunicar un aire de autosatisfacción por haber pillado al paciente en una mentira. El objetivo es descubrir la información que lleve a una evaluación adecuada y a una intervención, no demostrar que el terapeuta tiene una inteligencia superior, o avergonzar al paciente. Esto señala uno de los aspectos más importantes a la hora de trabajar con pacientes antisociales con abuso de sustancias, es decir, siempre hay que tratar al paciente con respeto, incluso cuando el terapeuta está «ganando» la lucha por controlar la agenda terapéutica. De esta forma se mantendrá y se facilitará la colaboración del paciente, si se le permite tener su sensación de dignidad.

Los pacientes antisociales no son altruistas. No responden a las súplicas como «haz lo correcto»; se bloquean por la percepción que tienen de los otros, de que son moralistas y

se centran casi exclusivamente en sus necesidades y deseos inmediatos (p. ej., colocarse con droga). Por tanto, *el terapeuta progresará con su tratamiento sólo y en la medida en que el paciente se convenza de que es en su propio beneficio e interés el que cambie*. Es decir, hay que ayudar a los pacientes a que comprendan los costes y beneficios relativos que afrontarán/obtendrán al modificar varios aspectos de su forma de actuar habitual.

Desafortunadamente, los pacientes antisociales son notoriamente incapaces de evaluar las consecuencias de sus acciones. De igual forma, no son eficientes al evaluar las consecuencias de sus pensamientos, creencias y emociones. Walter es un excelente caso para ejemplificarlo. Cada vez que conseguía un nuevo empleo, lo celebraba emborrachándose y usando cocaína. Esto siempre hacía que llegara tarde, se ausentara y al final perdiera su trabajo. Entonces, una vez más, Walter se deprimía y adoptaba la actitud de «¡Me importa un rábano! ¡A la mierda!». Esto a su vez hacía que volviera de nuevo a las drogas y que continuara dicho ciclo.

Se necesitó mucho trabajo terapéutico (mucho tiempo en terapia) para conseguir que Walter comprendiera el hecho simple y milagroso de que sus conductas y pensamientos eran responsables de su fracaso. Se hizo un avance importante cuando fue capaz de captar la idea de que sus «celebraciones» estaban en la raíz de que le echaran repetidamente de los trabajos. También le costó mucho darse cuenta de que sus pensamientos como «¡Me importa un rábano! ¡A la mierda!» eran responsables de sus conductas contraproducentes y continuadas.

Uno de los métodos más efectivos para enseñar a los pacientes a dominar las consecuencias de sus respuestas es el análisis de ventajas-desventajas (capítulo 9). Por ejemplo, cuando un paciente experimenta un fuerte *craving* de drogas, se le enseña a examinar las ventajas y desventajas de tomar drogas, así como las ventajas y desventajas de no tomarlas. De igual forma, se puede usar la misma técnica para otros aspectos poco adaptativos del funcionamiento, como los pros y los contras de: a) actuar por impulso de buscar venganza; b) abandonar un trabajo; c) implicarse en conducta sexual de alto riesgo; d) insistir en pensamientos que produzcan ira; e) dejar la terapia; f) contactar con colegas de droga, y g) adoptar una actitud de «No me importa nada», así como otros modos «populares» de operar de los pacientes con abuso de sustancias antisociales.

A medida que el paciente aprenda a utilizar esta técnica con cierta competencia, se le puede enseñar el siguiente nivel de dificultad de la jerarquía, es decir, distinguir los pros y contras a corto plazo, de los pros y contras «a largo plazo». Habitualmente los pacientes antisociales se rigen por las recompensas a corto plazo y, por tanto, actúan de una manera impulsiva que es del todo destructiva a largo plazo. Parece que tengan un

bloqueo incluso a la hora de pensar acerca de ello o imaginar las consecuencias a largo plazo.

Es una tarea difícil ayudar a estos pacientes a que aprendan a imaginar el futuro y a que retrasen la gratificación. Uno de los métodos útiles es la imaginación guiada, donde el terapeuta describe varios resultados posibles para que los pacientes los dibujen en su imaginación. Estas imágenes suelen representar consecuencias aversivas para los pacientes si continúan tomando drogas, consecuencias como la pérdida de dinero, trabajo, familia, salud y libertad. Es importante hacer que estas imágenes sean tan gráficas como sea posible, como despertarse en medio de la orina de uno mismo en una casa infestada de cucarachas, tener que enfrentarse con una denuncia del esposo o sus hijos, o ver que la esposa lo pone como un trapo delante de sus vecinos. A medida que se repite este ejercicio, se pide a los pacientes que proporcionen más descripciones de sí mismos. Juntamente con las descripciones negativas descritas anteriormente, también se pueden provocar, con igual detalle, imágenes *positivas* de los resultados asociados con la *abstinencia* de las drogas. Los terapeutas pueden enseñar a sus pacientes a practicar estas imágenes cada día, para que les ayuden a obtener un incentivo regular que les permita mantenerse al margen de las drogas.

Otra técnica empuja a los pacientes a «probar su habilidad» (que se puede presentar como un reto para los pacientes antisociales) para resistir sus impulsos de involucrarse en conductas impulsivas, como tomar drogas, violencia, sexo inseguro y otras. Cuando tienen un impulso de este tipo, se les insta a que controlen cuánto tiempo pueden soportar la tentación «valientemente». Mientras están haciendo esto, la segunda parte de la habilidad radica en pensar (y escribir) acerca de maneras que puedan ser beneficiosas para «mantenerse al margen, formarse una idea de la situación, estar tranquilo y tomarse su tiempo». Una meta importante en este punto es apelar a la inteligencia de los pacientes sugiriéndoles que ejerciten su habilidad para pensar antes que actuar. Como aviso, los terapeutas deben aconsejar a sus pacientes que esta técnica funciona mejor cuando se aplica a los *craving* que aparecen espontáneamente. Es inapropiado usar esta técnica en situaciones que conlleven alto riesgo y *craving* bajo la excusa de que uno se quiera «probar» a sí mismo.

Los métodos descritos hasta aquí son mucho más efectivos cuando se incorporan en las tareas entre sesiones asignadas regularmente en terapia. Se tiene que enfatizar la importancia de la práctica de estas técnicas y principios entre sesiones, y su revisión posterior en la terapia (Newman, 1993; Newman y Haaga, en prensa). Sin dicha aplicación regular de las técnicas de terapia, gran parte de lo que ocurre en la sesión de

terapia «entrará por un oído y saldrá por el otro». Nosotros aconsejamos que se tomen notas (tanto el paciente como el terapeuta) durante la sesión. Además, *sugerimos que los pacientes lleven una libretita en espiral o una carpeta de anillas, donde puedan recopilar notas terapéuticas importantes y las tareas asignadas entre sesiones, a medida que van avanzando en el tratamiento. Asimismo, hay que animar a los pacientes a que dejen que se grabe con cinta magnetofónica lo que ocurre en terapia y que, luego, los pacientes puedan llevarse las cintas a casa para repasar el contenido de la sesión una y otra vez.* A veces, hemos conseguido incrementar la confianza de los pacientes, haciendo que escuchen las cintas para poder recordarnos a los terapeutas dónde dijimos «bobadas», y dónde los pacientes hicieron sus observaciones más astutas en la sesión anterior.

Además de su beneficio como instrumento para aprender y de intervención en general, las asignaciones de tareas entre sesiones sirven también para evaluar. Los pacientes con mayor nivel de motivación serán los que, con más probabilidad, harán los esfuerzos más serios para realizar sus tareas. Los pacientes antisociales que simplemente están «jugando la partida» de la terapia, encontrarán docenas de excusas elaboradas para justificar que no han podido realizar sus tareas (Doren, 1987). En este sentido, un paciente que desee colaborar en el proceso terapéutico puede ser «descubierto» mediante sus respuestas a las tareas asignadas entre sesiones.

En cualquier caso, es potencialmente útil sacar a la luz los pensamientos y creencias que inhiben al paciente de llevar a cabo la tarea asignada en concreto. En el caso de que exista una tendencia leve a aplazar la decisión o falta de comprensión, ésta resultará una tarea sencilla. Por otro lado, el paciente antisocial que trata de sabotear clandestinamente el proceso terapéutico, será más difícil que diga nada concreto. En este caso, es más útil instar al paciente a que exprese sus *quejas* acerca de las tareas asignadas, como manera de penetrar en la evaluación de los pensamientos que le desalientan para completar o llevar a cabo las tareas.

A veces las respuestas son muy sorprendentes, como en el caso de un paciente que se resistió a leer un libro que le habíamos recomendado, incluso hasta el punto de comprarlo y luego tirarlo una vez estuvo en casa. Después de que el terapeuta le preguntara muy cuidadosamente acerca de su motivo para realizar dicha acción, el paciente al final explicó que se había dado cuenta de que el autor del libro había estado trabajando en el Centro de Terapia Cognitiva. Entonces argumentó que «Lo único que queréis es sacar dinero a la gente como yo, para que compren vuestros libros. ¡Realmente no os importa *ayudarme!*!». En primer lugar, el hecho de que estuviera

recibiendo un tratamiento gratuito no pareció influir en su pensamiento, al igual que el hecho de que realmente dicho libro fuera una edición muy barata. Simplemente estaba predispuesto a pensar que «Todo el mundo se aprovecha de mí, si tiene la oportunidad de hacerlo». Desde su punto de vista, era impensable que colaborara con nadie que intentara sacar partido de él, incluso aunque eso implicara gastarse su dinero y luego, destructivamente, tirar a la basura un libro nuevo. Esta forma de operar tan desadaptativa pasó a ser el eje central de la terapia, conjuntamente con su abuso de sustancias.

El entrenamiento en asertividad puede ser útil como parte del tratamiento en este tipo de poblaciones, aunque no suele ir asociado con el tratamiento del abuso de sustancias o el trastorno de personalidad antisocial (Alberti y Emmons, 1974; Collner y Ross, 1978). La mayoría de estos pacientes se involucran en conductas sociales del tipo todo o nada, dicotómicas, actuando pasiva o agresivamente. La asertividad no suele formar parte de su repertorio conductual. Esto les lleva a muchos problemas obvios, como incapacidad de decir no a sus compañeros que quieren que se unan en su consumo de drogas, formas inapropiadas de tratar situaciones conflictivas con empleados, personas significativas para ellos, agentes de la condicional y los terapeutas, entre muchos otros.

Aunque una persona podría argumentar que enseñar a los pacientes antisociales habilidades como la asertividad es equivalente a instruirles en formas de manipular mejor a las personas, nuestra experiencia nos ha demostrado que esto no ocurre así. Estos pacientes causan muchos más estragos siendo pasivos-agresivos (p. ej., «olvidando» pagar la ayuda económica del niño) y agresivos (p. ej., conduciendo a toda velocidad por la autopista) antes que siendo asertivos (véase Doren, 1987). Es más, cuando estas conductas asertivas prevalecen, se modera la dinámica de los círculos viciosos, que se perpetúan con pensamientos disfuncionales, que a su vez, conducen a conductas interpersonales disfuncionales y que llevan a consecuencias interpersonales, que, de nuevo, realimentan los pensamientos desadaptativos. Un beneficio potencial adicional del entrenamiento en asertividad es que puede ayudar a los pacientes a identificar y articular pensamientos y sentimientos que antes se hubiesen ignorado, o los hubiese suprimido deliberadamente el paciente.

Por ejemplo, una paciente que creía que el terapeuta estaba intentando controlarla y manipularla, reaccionaba de manera hostil, lo que provocaba intentos cada vez mayores por parte del terapeuta de tener más control sobre las conductas desadaptativas de esa paciente y, por tanto, «confirmaba» las sospechas de la misma. Por otro lado, si un paciente le dice al terapeuta de manera asertiva y directa que no le gustan sus tácticas de mano dura y que desearía que fuera un poco más indulgente y comprensivo, es mucho

más probable que el terapeuta comprenda las acciones del paciente de manera constructiva. Por tanto, se evitará una pequeña lucha de poder destructiva para el tratamiento.

Borderline

Igual que el paciente con abuso de sustancias antisocial, el paciente *borderline* tiende también a actuar impulsivamente, experimenta muy poca tolerancia a la frustración, se muestra incapaz de aprender de errores pasados, toma drogas en lugar de intentar afrontar el estrés y tiene dificultades a la hora de establecer relaciones estables y de confianza con sus cuidadores.

Al contrario que los pacientes antisociales, los pacientes con trastorno *borderline* utilizan las drogas más bien debido a su sensación de desesperación que como una conducta de búsqueda de riesgo. Además, sus conductas son más deliberadamente autodestructivas que las conductas de los pacientes antisociales u otros pacientes con trastorno de la personalidad. La amenaza de suicidio es más evidente en el caso de pacientes *borderline* con abuso de sustancias, sobre todo debido a la tendencia de estos pacientes a mantener creencias negativas poderosas acerca de sí mismos, a su desesperación y al poco control que tienen de sus impulsos. Al contrario que los pacientes antisociales, que suelen sentir que no necesitan ver a un terapeuta, los pacientes *borderline* con frecuencia buscan ayuda desesperadamente. Sin embargo, son capaces de actuar de forma que saboteen el proceso terapéutico, debido a su errática emocionalidad, su dificultad para utilizar pensamientos (antes que emociones puras) para modular su comportamiento, y las demandas extremas y conflictivas que imponen a sus terapeutas.

Los pacientes *borderline* suponen un reto particular para los terapeutas, ya que pueden dejar de actuar rápidamente a favor de sus intereses. Una de las cosas que puede motivar a un paciente a dejar las drogas es la posibilidad de una mejor cualidad de vida en un futuro. Sin embargo, esto no es fácil intentarlo con un paciente que expone: «No me importa nada lo que me pase, ni ahora ni nunca, de forma que haré lo que sea para mitigar el dolor» o que mantiene la creencia de «Me odio a mí mismo y merezco tener una vida que es una ruina».

Por otro lado, los pacientes *borderline* muestran más tendencia que los pacientes antisociales a preocuparse y enamorarse de *otros* en su vida, a pesar de su falta de cuidado consigo mismos. Por ejemplo, Dee había padecido una vida llena de abuso sexual, físico y emocional, que hacía que acabara concluyendo que era una «mala» persona y que se encontraba «sucio y agotada». Al principio del tratamiento decía que no

se cuidaba a sí misma y mostraba una actitud arrogante acerca de la posibilidad de acabar matándose con una sobredosis. Parecía claro que no tenía intención de seguir el curso de una terapia para obtener beneficios para sí misma. En cambio, Dee y su terapeuta se centraron en su hija, a la que quería mucho. Se establecieron las metas terapéuticas en base a la premisa de que la *niña* sería la beneficiaria final. Esto sirvió como «enganche» que implicó a Dee en el proceso activo de intentar cortar su abuso de las drogas. Sabía que podría cuidar adecuadamente de su estimada niña si conseguía la abstinencia de las drogas. Por otro lado, si tomaba drogas, Dee sabía por experiencia que dejaría de tener en cuenta cualquier cosa de la vida, incluso su propia hija. La posibilidad de que esto ocurriera de nuevo la espantó y, por tanto, le sirvió como un incentivo inicial del tratamiento.

El caso de Dee tipifica las dificultades implicadas en el tratamiento de esta población. Cuando experimentara una recaída en la droga, tendería a no volver de nuevo al punto donde estaba, y volver a pensar en qué era lo mejor para su hija. En cambio, vería su experiencia con las drogas como una «prueba» de que era una persona malvada y una mala madre que merecía morir. Pensaría para sí misma que su hija estaría mejor si tuviese una madre distinta, y procedería a intensificar su consumo de droga hasta convertirlo en una recaída completa. Como resultado, Dee conseguiría su «deseo» ya que su tía se haría con la custodia de la niña. En el momento en que empezara su siguiente ciclo de recuperación, de nuevo, Dee anhelaría a su hija y, como consecuencia, experimentaría aún más afecto depresivo, frustración y desavenencias en su familia. Dichos estresores acelerarían los *craving* significativos de droga e impulsos, que a su vez, alimentarían la baja autoestima de Dee.

Al tratar casos como el de Dee, el terapeuta debe permanecer atento a una serie de disfunciones emocionales y cognitivas típicas del paciente *borderline* que exacerban los hábitos de tomar drogas del paciente. Primero, y tal y como se mencionó al principio, los «pacientes *borderline* tienden al autosabotaje, creyendo que no se merecen otra cosa y no son capaces de cambiar la situación para mejor» (Layden, Newman, Freeman y Byers-Morse, 1993). Una actitud de este tipo es poco propicia para actuar por el propio interés de uno mismo, para planificar el futuro, para colaborar con el terapeuta y para resistir la tentación de abusar de las drogas. Por tanto, la autoimagen patológica del paciente *borderline* (es decir, las creencias acerca de sí mismo) deben ser evaluadas y tratadas como parte del tratamiento de abuso de sustancias.

Otro factor es la propensión del paciente *borderline* para sentirse profundamente solo y vacío. Muchos de nuestros pacientes han señalado que la utilización de cocaína, *crack*

o heroína, alivia temporalmente estos sentimientos y les provoca que no necesiten a nadie más durante dichos estados de euforia. Por tanto, no es sorprendente que los pacientes *borderline* se vuelquen en las drogas como respuesta a las dificultades interpersonales y la disforia resultante. Todavía complica aún más las cosas el hecho de que algunos de estos pacientes contemplen sus cohortes de compañeros con los que toman drogas, como la única fuente de «amistad» posible. Por tanto, les resulta demasiado amenazante como para que ni siquiera consideren la posibilidad de que pudiesen perder a estos compañeros como resultado de llegar a abstenerse de las drogas y, por consiguiente, continúan su uso de las mismas.

Para tratar los problemas asociados con la excesiva soledad, los terapeutas deberían ayudar a sus pacientes con abuso de drogas *borderline* a que consigan nuevas relaciones al margen de las drogas. Además, suele ser beneficioso ayudar a estos pacientes a intentar reparar sus relaciones antiguas (p. ej., con los miembros de la familia más cercanos) que hayan sido afectados o separados debido al abuso de sustancias. Hay una serie de tareas difíciles para los pacientes *borderline*, pero son necesarias para que les proporcionen una alternativa atractiva ante la soledad abrumadora que propicia las drogas.

Otro de los problemas de los pacientes *borderline* es su recurrente desesperación. Tal y como dijimos en el capítulo 12, los pacientes tienden a recurrir a la recompensa rápida que producen las drogas después de colocarse si creen que el futuro no les depara nada. La implicación para la terapia es que el grado de desesperación de los pacientes es una variable fundamental con la que luchar si queremos tener éxito en el tratamiento y que el paciente se mantenga al margen de las drogas.

Los pacientes *borderline*, que se caracterizan notoriamente por su pensamiento extremo de blanco o negro (véase Beck y otros, 1990; Layden y otros, 1993), pueden cambiar su perspectiva de la vida, de optimista a completamente desesperanzadora con relativamente poca provocación. Hemos visto a estos pacientes abandonar una sesión de terapia productiva muy animados, y llamar la misma noche al terapeuta en un estado de profunda disforia debido a un estresor objetivo de nivel medio. Cuando el abuso de sustancias forma parte del cuadro clínico, es más probable que estos pacientes recurran a colocarse antes que a llamar a su terapeuta para que les ayude. El resultado es que el paciente *borderline* puede cambiar rápidamente de la esperanza y abstinencia a la completa desesperación y al abuso de las drogas. Por tanto, los terapeutas necesitan permanecer vigilantes para ayudar a estos pacientes a que aprendan y practiquen, y se

espera que dominen las habilidades de desdramatización y resolución de problemas para poder afrontar los obstáculos.

Una derivación de los problemas de los pacientes *borderline* con la desesperación es el riesgo pronunciado de suicidio (Linehan, 1987). Sería ideal que se evaluara en *cada sesión* los deseos del paciente de vivir o morir, al igual que se debería realizar un contrato verbal contra el suicidio y renovarlo frecuentemente. Por ejemplo, Dee estaba periódicamente en peligro de suicidio, y el terapeuta le repitió e insistió en que tenía que llamarlo a su casa o al trabajo, en el caso de que ella se quisiera hacer daño a sí misma. Aceptó hacerlo de esta forma pero era angustiosamente incapaz de tener acceso inmediato al teléfono del terapeuta. Por tanto, de manera ya ritual, el terapeuta asignó a Dee la tarea de memorizar sus números de teléfono y le preguntaba de repente cuál era su número, en varios momentos a lo largo de cada sesión de terapia.

Como población, los pacientes *borderline* con abuso de sustancias suelen necesitar más frecuentemente de hospitalización que muchos otros grupos de pacientes clínicos. Incluso en un clima de internamiento, estos pacientes suponen numerosos problemas de manejo. Si el paciente es un suicida, lo primero que hay que hacer es proporcionarle una supervisión profesional constante. Aunque el riesgo agudo de suicidio se suele superar, este tipo de paciente raramente es capaz de permanecer en el hospital suficiente tiempo como para que se pueda tratar adecuadamente su trastorno *borderline*. Cuando estos pacientes vuelven a tratamiento externo, la tarea del terapeuta es desalentadora.

Como en el caso de los pacientes antisociales con abuso de sustancias, es de vital importancia nutrir con y hacer un uso clínico prudente de la relación terapéutica con los pacientes *borderline* (véanse Beck y otros, 1990; Layden y otros, 1993; Young, 1990; capítulo 4, para explicaciones más detalladas). Este estilo de pensamiento todo-nada del paciente *borderline* suele ser fácil de observar en la manera en que éste considere al terapeuta; puede que una semana lo considere su salvador (p. ej., «Nadie más me comprende igual que tú. Eres tranquilo y puedo confiar en ti») y la siguiente semana lo considere un villano («¡Eres igual que los demás! ¡No te preocupas de mí! ¡No sabes nada de lo que estás hablando! ¡No me estás ayudando en absoluto!»). Bajo dichas condiciones interpersonales tan adversas, el terapeuta no debe considerar los *feedback* positivos o negativos de los pacientes. En su lugar, lo que debería hacer es mantener su compostura, expresar su deseo de ayudar y centrarse en los pensamientos y las creencias que subyacen a las reacciones polarizadas de los pacientes.

Asimismo, los terapeutas deben hacer todo el esfuerzo posible para enseñar a estos pacientes a pensar concienzudamente antes de actuar. Esto implica un entrenamiento

cuidadoso en resolución de problemas (D’Zurilla y Goldfried, 1971; Nezu y otros, 1989) y responder de manera racional (Beck y otros, 1979; Newman y Beck, 1990), habilidades que son mucho más difíciles de emplear (aunque muy necesarias) en momentos de angustia extrema. También, y como ocurre con el tratamiento del paciente antisocial, se puede ayudar al paciente *borderline* a adquirir habilidades asertivas, de forma que pueda reducir los conflictos en las situaciones interpersonales.

Todas estas intervenciones requieren de numerosas repeticiones tanto con pacientes *borderline* como con los antisociales, ya que las habilidades de aprendizaje psicológicas y los niveles de motivación que hay que cambiar son notoriamente deficientes.

Resumen

La existencia de trastornos graves del Eje II en pacientes con abuso de sustancias complica significativamente el marco de tratamiento con estos pacientes. En particular, los pacientes antisociales y *borderline* suponen retos tremendos a los terapeutas, quienes trabajan diligentemente para ayudar a superar las adicciones a las drogas.

Hemos sugerido maneras en que el terapeuta puede detectar trastornos de la personalidad concomitantes en el abuso de sustancias, teniendo en consideración el hecho de que los pacientes que toman drogas activamente con frecuencia parece que «cambien su personalidad» y, por tanto, se confunde el cuadro clínico de diagnóstico. De todas formas, hemos postulado que es importante evaluar la presencia o ausencia de trastornos de la personalidad en los pacientes con abuso de sustancias, ya que los trastornos de personalidad más graves requerirán de una atención especial en determinados aspectos del tratamiento clínico, los cuales han sido revisados.

Además, comprender y evaluar los aspectos caracterológicos del abuso de sustancias proporciona una especie de «ventana» a las creencias o esquemas de los pacientes acerca de sí mismos, del mundo y del futuro y, por tanto, asistiendo al terapeuta en el alcance de una conceptualización profunda del caso (Beck y otros, 1990; Persons, 1989).

Finalmente, nos gustaría añadir que no hay un punto de inicio con total garantía en el tratamiento de los pacientes con diagnóstico doble del Eje II. La cuestión de si hay que centrarse primero en el abuso de sustancias o bien en el trastorno de personalidad es un aspecto como el del «huevo y la gallina». Los terapeutas deben estar preparados para atacar estos problemas simultáneamente, utilizando su comprensión de las creencias disfuncionales idiosincrásicas del paciente, para poder incrementar la confianza y

cooperación del paciente de forma empática y llevar a cabo el tratamiento contra el abuso de sustancias.

CAPÍTULO 17

PREVENCIÓN DE RECAÍDAS EN LA TERAPIA COGNITIVA DEL ABUSO DE SUSTANCIAS

Cuando el paciente ha dejado definitivamente de utilizar drogas, aparece un reto aún más formidable. Es relativamente sencillo para muchas personas cambiar las conductas indeseables durante un tiempo; sin embargo, mantener los cambios conductuales es mucho más difícil. De hecho, fue Mark Twain quien dijo: «Dejar de fumar es lo más fácil que he hecho. Lo sé muy bien, porque lo he hecho miles de veces» (Prochnow, 1969).

La mayoría de las personas que han dejado las drogas han tenido un desliz o han recaído (Saunders y Allsop, 1987; Vaillant, 1983), y esto es más probable que ocurra a partir de 90 días después de su abstinencia (Mackay, Donovan y Marlatt, 1991). Un desliz, o un resbalón, se define como el uso inicial de una sustancia después de que una persona se haya comprometido a dejarla. Una recaída, por otro lado, es volver de nuevo completamente a las conductas desadaptativas asociadas en su origen con la utilización de dicha sustancia. En la terapia cognitiva del abuso de sustancias, un objetivo importante es hacer que los pacientes aprendan de aquellos obstáculos con los que se han encontrado en sus planes de abstinencia a largo plazo (Moorey, 1989). Se espera que las lecciones que aprendan de dichas experiencias acaben mejorando sus habilidades de planificación como persona adicta, su decisión y su autoconfianza.

En este capítulo presentamos las técnicas de terapia cognitiva para la prevención de recaídas. Algunas de estas técnicas son una extensión de los métodos utilizados para ayudar a los pacientes a dejar de utilizar drogas en primer lugar (p. ej., el desarrollo de relaciones de cooperación, conceptualización de los problemas del paciente, descubrimiento guiado, sesiones estructuradas, análisis de ventajas e inconvenientes y asignaciones de tareas entre sesiones). Otras técnicas (p. ej., identificación de los estímulos de alto riesgo) se diseñan únicamente para ayudar a los pacientes en el proceso de prevención de recaídas. Antes de presentar estas técnicas, repasaremos el modelo cognitivo del uso de sustancias y recaídas. Este modelo proporciona un marco con el que comprender y aplicar dichas técnicas.

El modelo cognitivo de recaídas

Hemos representado en la figura 17.1 el modelo cognitivo de recaídas (casi idéntico al modelo de *consumo*).

La persona adicta a la cocaína es vulnerable a los estímulos de alto riesgo (EAR) (Marlatt y Gordon, 1985). Éstos son «disparadores» internos y externos que estimulan el apetito de drogas de la persona adicta. Los estímulos internos incluyen factores emocionales y físicos como la depresión, la soledad, el aburrimiento, la ira, la frustración y el dolor físico (Mackay y otros, 1991). Los estímulos externos incluyen lugares, personas y cosas que estén relacionadas de alguna forma con la utilización de las drogas (Shulman, 1989). Los EAR varían mucho de unas personas a otras. Por ejemplo, la posesión de dinero puede estimular a algunos pacientes a consumir, mientras que otros pacientes pueden estar más tentados a tomar drogas cuando están preocupados porque no tienen dinero. La diferencia estriba en el significado personal que el paciente atribuye al estímulo.

La importancia de los EAR es que se pueden activar por medio de las *creencias básicas asociadas a las drogas* que ha asimilado el paciente. Presentamos algunos de los ejemplos de estas creencias:

- «Las drogas son un problema para muchas personas, pero no lo serán para mí».
- «Las drogas enriquecen mi vida haciéndola más divertida.»
- «Las personas que están en contra de las drogas, realmente no me comprenden.»
- «En la medida en que sea cuidadoso, las drogas no me harán daño.»
- «Sin las drogas, la vida sería aburrida.»
- «Cuando tengo problemas, las drogas alivian mi dolor.»

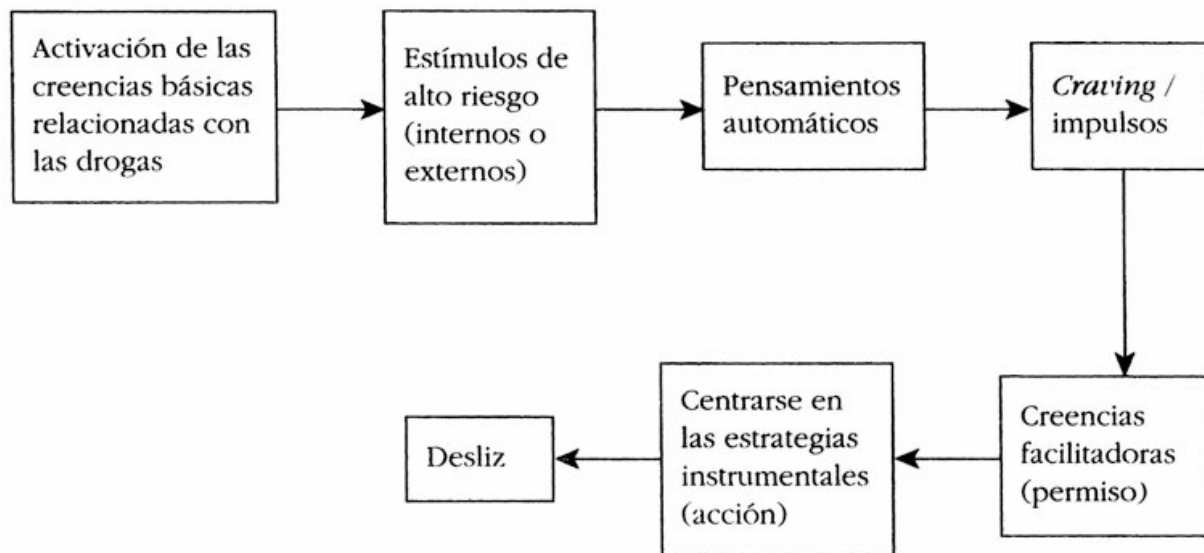


Figura 17.1 Modelo cognitivo de recaída.

A partir de estas creencias básicas, los *pensamientos automáticos* pueden ser estimulados (p. ej., «¡Necesito una dosis!», «¡Tiempo de fiesta!» o «¡Tengo que colocarme!»). Los pensamientos automáticos están asociados con *los impulsos y los craving*, y al igual que otros sentimientos, los impulsos y los *craving* pasan a ser EAR internos.

En respuesta a los *craving* e impulsos, el paciente puede tener algunas *creencias facilitadoras*. Las creencias facilitadoras son un subtipo de creencias básicas relacionadas con las drogas que dan «permiso» a los pacientes para utilizarlas. Veamos algunos ejemplos:

- «Puedo tomar sólo una vez más».
- «Nadie lo descubrirá.»
- «No pasa nada si consumo de nuevo. Lo tendré controlado.»

Las creencias facilitadoras incrementan la probabilidad de que la persona adicta busque y eventualmente utilice las drogas.

Las *estrategias instrumentales* son las conductas reales y las actividades implicadas en la búsqueda, adquisición y consumo de drogas. Estas estrategias, al igual que las creencias básicas relacionadas con las drogas, pueden variar entre las personas y en función del momento vital. Para algunos, el *craving* de cocaína es tan intenso que la persona adicta se obsesiona con la búsqueda de droga, hasta el punto de que excluye

cualquier otra consideración. Como un misil termodirigido, el adicto con *craving* se centrará en un objetivo y no dejará que nada se inmiscuya en su camino para llegar a conseguir la droga. Como resultado de este impulso, algunos adictos se involucran en conductas delictivas violentas para conseguir cocaína.

Si un paciente ha seguido los pasos anteriores, es muy probable que acabe teniendo un desliz, que conducirá a un estímulo de alto riesgo que dispare de nuevo el ciclo de usar drogas. Es decir, al drogarse, el adicto se centrará en su creencia básica de que «drogarse una vez supone que estoy fuera de control». Esta creencia se ve acompañada por una cascada de pensamientos automáticos autodespectivos y sentimientos negativos. Los impulsos finales llegarán a ser más fuertes y el consumo de drogas se intensificará hasta que el paciente tenga una recaída completa.

Para poder ilustrar este proceso, revisaremos el caso de Mike, un vendedor de 35 años que había mantenido su abstinencia de cocaína durante seis semanas. Después de dos años de tener un consumo intenso, Mike escogió dejarlo cuando fue hospitalizado por problemas cardíacos (taquicardia y arritmias) asociadas con su consumo de cocaína. Mike estuvo de acuerdo con el tratamiento de la adicción como interno y después de completar un programa de desintoxicación de 28 días entró en psicoterapia externa y en Narcóticos Anónimos para tratar aún más su adicción. Antes de dejarlo, Mike había empezado a tener problemas matrimoniales serios, ya que su esposa «Judy» recientemente había dado a luz a su primer hijo y cada vez estaba más frustrada con los problemas relacionados con la cocaína de su marido.

A pesar de los tratamientos de Mike, tanto interno en el hospital como en terapia externa, continuó deseando tomar cocaína. Sus estímulos de alto riesgo internos (emocionales) incluían sensación de aburrimiento, frustración, irritabilidad y ansiedad. Los estímulos externos de alto riesgo incluían a los amigos que tomaban cocaína, las fiestas y sus discusiones con Judy. Después del tratamiento inicial Mike frecuentemente «se vio» involucrado en situaciones de alto riesgo. Por ejemplo, continuaba pasando tiempo con los amigos con los que tomaba cocaína. Dichas conductas hacían que Judy se enfadara y al final se separó de él. Como respuesta a su separación, Mike se sintió deprimido, ansioso, aburrido e irritable; por tanto, estaba en una situación de alto riesgo de recaída.

«Ryan», un amigo que solía tomar cocaína con Mike, al verlo en «tan baja forma» le ofreció una raya de cocaína para «animar su espíritu» (introduciendo otra situación de alto riesgo así como una creencia facilitadora). Mike escogió aceptar la oferta de Ryan y al hacerlo se vio como «si perdiese el control». Sus pensamientos automáticos incluían

«No puedo resistir» y «No puedo soportar la vida sin las drogas». Empezó a imaginar y prever los sentimientos positivos extremos que había asociado anteriormente con colocarse: «¡Me sentiré bien!» y «Esto aliviará todo mi dolor». Después de deliberar brevemente tomó su primera «dosis», lo que le condujo a una segunda, a una tercera, y a otras (este episodio fue su desliz inicial). Cuando el efecto de las drogas se disipó, Mike empezó a sentirse disfórico, nervioso y confundido. Percibió esta experiencia como una prueba de que su abuso de sustancias era una condición irreversible y pensó: «Una vez has sido un adicto, ¡siempre lo serás!» y «Ahora que he empezado de nuevo a consumir, ya no podré dejarlo». Como resultado de este pensamiento dicotómico, Mike preparó el terreno para una recaída completa.

Las recaídas imponen retos importantes tanto para los pacientes como para los terapeutas. Pueden disparar pensamientos contraproducentes en el terapeuta, como «¡El estado de este paciente es desesperante!» y «Estoy perdiendo mi tiempo». Entre los pensamientos contraproducentes del paciente podemos encontrar «He fracasado y siempre fracasaré», «Ni siquiera puedo decir a mi terapeuta que estoy tomando droga de nuevo» y «¡Mi terapeuta seguramente me rechazará, o incluso me odiará, si se entera de que estoy consumiendo!». La desventaja de este tipo de procesos de pensamiento dicotómico es que pueden acabar produciendo una sensación de desesperación o apatía en el paciente o el terapeuta.

Lo mejor es que el terapeuta ayude al paciente a considerar sus deslices y sus recaídas como oportunidades para practicar formas más adaptativas de combatir su utilización de la droga. Por ejemplo, el terapeuta de Mike le podría ayudar a comprender que había maneras más adaptativas de soportar su disforia debida a la separación matrimonial, que no la utilización de las drogas. Antes que creer que su situación era desesperante y que el único alivio posible era aceptar el ofrecimiento de cocaína de sus amigos, se podría haber centrado en actividades *productivas* que mejoraran su estado de ánimo y su autoestima. Además, aunque él hubiera *empezado* a tomar cocaína, no tenía por qué creer que era una recaída irreversible. En su lugar, y si se tenía que enfrentar con situaciones parecidas en el futuro, podría haber repasado algunas de sus creencias de control que le ayudasen a salir de su descenso en picado (Shiffman, 1992). Dichas creencias de control podrían ser:

- «Si paro ahora, podré demostrarme a mí mismo que soy más fuerte que la droga».
- «*Apartarse* de las drogas es lo mismo que intentar *salvar* mi matrimonio.»
- «Debería buscar amigos que estén *al margen* de las drogas, cuando me siento tan mal.»

Cuando el paciente ha mantenido su abstinencia durante un largo período de tiempo y

tanto el terapeuta como el paciente confían en la habilidad de éste para mantenerse de esta forma, se puede considerar que la terapia formal ha acabado. En este momento se pueden programar «sesiones de seguimiento y refuerzo», que incluyan llamadas de teléfono, correspondencia escrita y contactos cara a cara. Estas sesiones sirven para distintas finalidades. Primero, centran la atención del paciente en la necesidad de vigilancia para combatir el proceso de recaída. Segundo, el continuo interés del terapeuta en el paciente le proporciona apoyo social y le motiva a mantener su abstinencia. Tercero, el terapeuta puede continuar proporcionándole una guía externa al paciente que quizás esté de nuevo en riesgo de recaída.

Hay evidentes beneficios sustanciales en el hecho de mantener el contacto largo tiempo con el paciente. Cada visita de seguimiento o llamada telefónica disminuye la probabilidad de que el paciente recaiga o de que al menos recuerde al adicto que el terapeuta es un recurso posible para afrontar los estímulos de alto riesgo. Si el adicto acaba recayendo después de que la terapia haya terminado, se recomienda que el terapeuta le invite a volver de nuevo a terapia tan pronto como sea posible para poder trabajar con la finalidad de mejorar sus habilidades de afrontamiento. De nuevo, un análisis concienzudo de cada recaída proporciona al paciente mayor comprensión, y al final más control, sobre su proceso de recaída.

Al mismo tiempo, deberíamos señalar las siguientes advertencias. Primero, aunque como terapeutas debemos esforzarnos en proporcionar continua ayuda a los pacientes que siguen necesitándola, coincidimos con Gawin y Kleber (1992): El objetivo de la prevención de recaídas es disminuir gradualmente el control externo que se impone al paciente con abuso de sustancias, tanto por parte de la familia como del terapeuta, durante el inicio de su abstinencia, y facilitar gradualmente que el paciente desarrolle más control interno (pág. 47). Segundo, aunque seguramente sea preferible para el paciente aprender de sus recaídas y deslices antes que meramente sucumba a ellos, debemos tener cuidado para no dar a entender el *mensaje* erróneo de que se *anima* al paciente a tener deslices y recaídas como una experiencia enriquecedora. Los terapeutas deben dejar claro al paciente que la mejor forma de aprender se obtiene mediante el afrontamiento continuo sin drogas de las demandas vitales cotidianas y a largo plazo.

Técnicas para predecir y controlar la recaída

IDENTIFICACIÓN DE LOS ESTÍMULOS DE ALTO RIESGO

Las personas que sufren de adicciones al alcohol y a las drogas encuentran inevitablemente estímulos de alto riesgo. Esto es muy evidente cuando se considera el hecho de que todas las personas experimentamos en determinados momentos algo de tristeza, ansiedad, nerviosismo, ira o frustración (todos ellos estímulos de alto riesgo interno, EAR). La identificación de estos EAR internos y externos es un componente extremadamente importante del proceso de prevención de recaídas, componente muy habitual en el adicto que sea poco consciente de los EAR.

Si se incrementa la capacidad del paciente para ser consciente de los EAR, se reducirá la probabilidad de que la persona adicta se exponga a ellos, y se incrementará la posibilidad de reaccionar reflexivamente ante ellos. En las sesiones, se anima a los pacientes a revisar cuidadosamente los recuerdos recientes y remotos de recaídas para poder descubrir todo el rango de los EAR que conducirán a recaídas futuras. Presentamos un diálogo entre el terapeuta y el paciente que ilustra este proceso de búsqueda de conflictos:

TE: Mike, ¿qué tipo de situaciones es más probable que te causen *craving* de cocaína?

PT: No lo sé.

TE: Bien, intentemos pensar en alguna, de forma que te puedas preparar para afrontarlas de manera más efectiva.

PT: Vale, creo que tiene sentido. Ahora que lo preguntas, cuando estoy con algunos amigos me gustaría colocarme... pero no se me ocurren más cosas.

TE: De acuerdo, revisemos la última vez que tomaste. ¿Cómo empezó?

PT: Había estado limpio al menos durante un mes cuando de repente me vino el impulso una noche. Lo siguiente que recuerdo es que estaba con Bob y Ryan fumando *crack*.

TE: Ahora piensa cuidadosamente, ¿qué pasó realmente aquella noche? Me gustaría escuchar los detalles.

PT: Bien, estaba en casa y mi mujer se encontraba de mal humor, uno de esos días en que nada de lo que hago está bien.

TE: ¿Qué pasó después?

PT: Me puse de mala leche con ella y realmente hice que ella se pusiera de mal humor. Lo que quiero decir es que empecé a defenderme.

TE: ¿Qué pasó después?

PT: Me marché furioso de casa y fui a dar un paseo por mi barrio. Y, en efecto, vi a Bob y Ryan sentados en frente de la tienda habitual.

TE: ¿Qué pasó después?

PT: Caminé hacia ellos y la siguiente cosa que recuerdo es que todos estábamos en casa de Bob. Lo demás ya es historia.

TE: Por tanto, realmente había varios estímulos de alto riesgo implicados, ¿no es así? Podríamos incluir las críticas de tu mujer, tu ira y frustración como respuestas a sus comentarios, dejar el hogar con el problema sin resolver, pasear por los alrededores a última hora de la noche, la tienda habitual donde os solíais encontrar con Bob y Ryan y finalmente, estar en casa de Bob.

PT: Sí, ahora que lo mencionas, creo que la situación era bastante complicada.

TE: ¿Cómo podrías hacer que esta situación fuera más «sencilla» en un futuro?

PT: No lo sé.

TE: Bueno, eso es algo que tenemos que trabajar. Para empezar, podrías simplificar las cosas si supieras cómo *reconocer* que te encuentras en un estado enfadado y buscando una salida. ¿Crees que esto te sería útil?

PT: Si.

En este diálogo quedó claro que Mike se había expuesto por sí mismo a múltiples EAR y, por tanto, había incrementado espectacularmente su probabilidad de recaer. Es interesante anotar que Mike tenía dificultades para observar cómo tomaba sus decisiones, que le conducían a una cadena de acontecimientos y que acababan precipitando una recaída. Marlatt (1985) señala que dichas exposiciones «accidentales» ante los EAR provienen de «decisiones aparentemente irrelevantes». Carroll, Rounsaville y Keller (1991) explicaron que dichas exposiciones podrían reflejar una contradicción subyacente acerca de querer cambiar las conductas adictivas. Por tanto, es importante que el terapeuta, en estas circunstancias, evalúe el carácter de la decisión del paciente para mantenerse al margen de las drogas o el alcohol.

Por ejemplo, Gorski y Miller (1982) resaltaron una serie de signos reveladores que señalan el inicio del camino del paciente hacia la recaída, es decir, tener tendencia a exponerse a situaciones de alto riesgo y estar poco preparado para manejar sus pensamientos, sentimientos, *craving* y acciones resultantes. Por ejemplo, estos indicios incluyen: a) una actitud de indiferencia acerca de mantenerse involucrado en las actividades de autoayuda que realiza (p. ej., asistir a terapia o a las reuniones con grupos de apoyo, o realizar las tareas asignadas en la sesión de terapia); b) volver a mostrar labilidad afectiva e hipersensibilidad; c) pocas ganas de hablar acerca de los problemas y las preocupaciones; d) aislamiento social; e) romper con las rutinas diarias saludables y su estructura, y f) toma de decisiones impulsiva. Un ejemplo concreto es un paciente que

empieza a anular sesiones de terapia por razones falsas y que niega *cualquier* posible síntoma de los cuestionarios del Beck (BDI, BM, BHS, etc.) a pesar de los obvios signos de estrés. Estos indicadores tempranos preparan el camino para el proceso de recaída, tal y como se representa en el diagrama de flujo del modelo cognitivo, y se les debe prestar una atención adecuada.

Parece evidente que los EAR son algo muy idiosincrásico para las personas que padecen abuso de drogas (Carroll, Rounsaville y Keller, 1991). Se recomienda que el terapeuta cognitivo evalúe cuidadosamente los EAR para cada paciente de manera individual. Un método útil para hacerlo es autocontrolar la asignación de las tareas. Específicamente, el paciente utiliza un diario del cambio de intensidad de *craving* (y su uso) de cocaína durante cada hora en relación con acontecimientos internos y externos. Este diario se revisa en determinadas sesiones para evaluar «nuevos patrones de consumo de cocaína que no se hubiesen observado anteriormente» (Carroll, Rounsaville y Keller, 1991). Al final de cada sesión, se pide al paciente que prevea qué EAR puede ocurrir entre la sesión actual y la siguiente. Además, se pide al paciente que planifique estrategias para afrontar dichos EAR.

Estrategias cognitivas para afrontar los EAR

La importancia de los EAR es que eliciten creencias básicas relacionadas con las drogas que incrementan la probabilidad de tener un desliz o una recaída. Por tanto, una estrategia cognitiva fundamental para prevenir la recaída es desarrollar creencias «control» que reduzcan la vulnerabilidad de las recaídas y los deslices. Los siguientes son ejemplos de creencias de control que reducen la vulnerabilidad de tener un desliz y de recaídas:

- «No necesito las drogas para divertirme».
- «Mi vida mejorará sin las drogas.»
- «Puedo afrontar las emociones negativas sin tener que tomar drogas.»
- «Tengo control sobre mis conductas, incluyendo el abuso de droga.»
- «Aunque tenga un desliz, no tengo por qué seguir tomando drogas.»
- «Un desliz no equivale a fracasar.»

La siguiente sesión entre el terapeuta y el paciente ilustra el proceso de descubrimiento guiado, utilizado en este caso para modificar las creencias relacionadas con las drogas y para construir creencias de control.

TE: Me pregunto, ¿cómo puedes encontrar sentido a seguir tomando cocaína a pesar de

los resultados tan destructivos que te produce?

PT: Bueno, pasa una cosa: me siento como si no tuviera control sobre mi abuso de drogas cuando estoy preocupado emocionalmente.

TE: ¿Qué quieres decir cuando me respondes que «No tengo control»?

PT: Me siento como si realmente no tuviera ningún tipo de control.

TE: Así que, ¿crees que tienes un «cero por ciento de control»?

PT: Eso creo.

TE: ¿Eso significa que cada una de las veces que has tenido un *craving* de coca has consumido?

PT: Bien, no.

TE: ¿Cuántas veces *has* conseguido no tomar cocaína a pesar de tener *craving* e impulsos?

PT: Bueno, cantidad de veces, realmente. Ahora que lo pienso, creo que la mayoría de las veces.

TE: ¿Quiere eso decir que has sido capaz de demostrar control?

PT: Nunca me había parecido que fuera de esa forma, pero creo que realmente tengo *algo* de control.

TE: Y por tanto, acabas de cambiar tu creencia de «No tengo control» a «Tengo algo de control». Tal y como la hemos comentado, la primera creencia es un ejemplo de pensamiento dicotómico o «todo-nada», mientras que el segundo pensamiento será probablemente más objetivo, ya que tiene en cuenta «los distintos matices».

PT: Sí, lo sé. Así que cuando pienso que no tengo control es más probable que ceda ante mis impulsos y consuma cocaína. Pero cuando lo pienso cuidadosamente y veo que tengo más control, es más probable que pueda mantener mis objetivos de no tomar drogas.

TE: Sí, muy bien.

En este ejemplo, se ayuda al paciente a ver las ventajas de cambiar su creencia sobre la droga «No tengo control» por «Tengo algo de control». Otra estrategia útil para tratar con los EAR es la distracción (Carroll, Rounsaville y Keller, 1991). Específicamente, se anima al paciente a reunir una lista de actividades distractoras que se puedan utilizar cuando se encuentran los EAR. Las actividades de distracción pueden incluir cualquier actividad no relacionada con las drogas (p. ej., ejercicio, cantar, jugar con los niños o escribir una carta). Aunque las técnicas de distracción solamente son una estrategia de afrontamiento a corto plazo, realizan una labor muy importante al proporcionar un

período de tiempo entre el inicio del *craving* y el acto de buscar y tomar drogas. Dicho retraso puede proporcionar a los pacientes el tiempo suficiente para pensar en todas las consecuencias negativas de tomar drogas, así como una oportunidad de ser testigo de cómo disminuye el *craving* si no se consume (Carroll, Rounsaville y Keller, 1991; Horvath, 1988).

Estrategias conductuales para afrontar los EAR

Cuando los pacientes identifican los EAR y examinan las creencias sobre las drogas, se les ayuda a practicar (es decir, repasar) estrategias para afrontar algunos EAR. Por ejemplo, se puede ayudar a Mike a desarrollar y practicar métodos para resolver problemas con su mujer. Se le puede animar a pensar en formas en que pueda ofrecer y también demandar más apoyo emocional. También se le puede estimular a que piense en alternativas a salir solo, especialmente en áreas donde están sus amigos o compañeros de drogas. Además, se le puede ayudar a imaginar formas de decir «no gracias» a sus amigos cuando le invitan a tomar drogas, a pesar de su *craving* o impulso. Tal y como ilustra el caso de Mike, la prevención de la recaída requiere que los pacientes aprendan a afrontar tanto los estresores vitales generales (p. ej., disputas matrimoniales) como la molestia que supone en especial la *tentación de tomar drogas* (Wills y Shiffman, 1985).

Un objetivo a largo plazo de Mike, que es esencial para la abstinencia continuada de la mayoría de pacientes adictos una vez finalizada la terapia, es establecer y mantener relaciones significativas con personas que están al margen de las drogas (Frances y Miller, 1991; Havassy y otros, 1991). La frase que refleja esta filosofía en los grupos de doce etapas es «abrazos sí, drogas no». Al final, el paciente debe aprender a buscar el contacto humano, antes que las drogas, para obtener gratificación de las necesidades de dependencia.

Como parte importante de este proceso, a Mike se le enseñaría a examinar sus creencias que le conducen a conductas de alto riesgo. Por ejemplo, el terapeuta puede preguntar, «¿Qué estabas pensando cuando gritaste a tu mujer?». Los pensamientos automáticos del paciente podrían haber incluido: «¡Quiero acabar con esto!» o «No puede hablar conmigo de esa forma». Subyacente a estos pensamientos están las creencias de Mike acerca de su ineficacia personal y debilidad, creencias que disparan tanto los impulsos de consumir como la creencia anexa de que ceder ante las drogas es la única forma de ser poderoso.

Otra estrategia de prevención de la recaída conductual comprende la *exposición gradual* a los EAR (Mackay y otros, 1991). Es decir, el terapeuta y el paciente construyen una jerarquía de estímulos elicitanes de alto riesgo cada vez más intensos, y

en las sesiones de terapia el paciente se expone realmente ante ellos (*in vitro*) y mediante las tareas asignadas entre sesiones (*in vivo*). La eficacia de esta técnica se puede atribuir a los cambios cognitivos en los pacientes, ya que sienten que son capaces de manejar de manera más efectiva estas situaciones. En otras palabras, los pacientes consiguen un incremento de su sensación de autoeficacia, ya que afrontan con éxito las situaciones de alto riesgo, cada vez más intensas.

De nuevo, se requieren unas palabras de cautela. Mientras que creemos que la exposición a situaciones de alto riesgo es *inevitable* en la vida y, por tanto, tiene mucho sentido «introducir» gradualmente a los pacientes en estas situaciones, esta técnica debe ser tratada con cuidado. Los terapeutas se deben asegurar de que sus pacientes tienen las habilidades que se requieren y la motivación para manejar los *craving* inducidos en la sesión, antes de instarles a afrontar sus *craving* fuera de la misma (Childress y otros, 1990). Hay que decir a los pacientes que este tipo de tareas asignadas requieren de un plan detallado, así como que son una válvula de salvación, por si acaso (p. ej., poder llamar al terapeuta) los *craving* fueran difíciles de manejar. Por otro lado, los pacientes pueden emplear mal esta consigna probándose a sí mismos antes de que sean capaces de manejar los *craving* que aparecerán (Carroll, Rounsaville y Keller, 1991; Washton, 1988). Se puede poner como ejemplo un paciente que conduzca por el barrio donde solía comprar y consumir heroína, «sólo para ver si puede hacerlo», *sin preparar un plan de acción* anticipadamente y, por tanto, jugándose todo a una carta. Por contra, las tareas asignadas por el terapeuta de exposición gradual pueden consistir en riesgos pequeños y calculados que supongan una oportunidad excelente para tener éxito y poner en marcha los planes alternativos en el caso de que las cosas vayan mal.

EVITAR QUE UN DESLIZ ACABE SIENDO UNA RECAÍDA

Tal y como mencionamos antes, los deslices proporcionan al adicto oportunidades de aplicar habilidades cognitivas y de promover más comprensión de los mecanismos implicados en la recaída. Por tanto, un desliz no se percibe necesariamente como «malo»; en su lugar, hay que considerarlo como una «caída» que nos ayuda a conseguir mucha experiencia. Un tema importante de la prevención de recaídas es ayudar al paciente a evitar que los deslices acaben convirtiéndose en recaídas (Mackay y Marlatt, 1991).

Hay muchas razones que explican por qué ocurren los deslices. Por ejemplo, los adictos pueden escoger «tener un resbalón» para poder probar su habilidad para controlar su abuso de sustancias. Pueden pensar: «Lo probaré sólo esta vez. Esto demostrará que

tengo control sobre mi adicción». Tal y como hemos mencionado antes, los adictos pueden también «accidentalmente» o de manera intencional exponerse a estímulos de alto riesgo sin estar preparados a responder cognitiva o conductualmente a estos estímulos. Otra razón para tener una recaída puede ser que el adicto, una vez más, crea que las ventajas de tomar drogas pesan más que las desventajas.

Dadas la cantidad de razones posibles para tener un desliz, un componente importante de la prevención de recaídas implica la identificación de una serie de *aspectos decisivos* en el modelo cognitivo de la recaída. Por ejemplo, ¿ocurrió el desliz porque el adicto no fue capaz de evitar un EAR externo? O bien, ¿ocurrió el desliz porque al adicto le faltaban las creencias de control apropiadas para resistir un EAR inevitable? O ¿se vio implicado el paciente, de manera automática y sin esperarlo, en estrategias instrumentales para adquirir drogas como respuesta a sus *craving*?

Un desliz suele provocar una recaída como resultado de las creencias subyacentes dicotómicas, del tipo todo-nada; por ejemplo, «Un desliz significa que no tengo nada de control», «Como no puedo mantener la abstinencia, la terapia no funciona» y «Un desliz es un fracaso». Marlatt y Gordon (1985) llaman a este proceso de pensamiento y a la consiguiente recaída un «efecto de la violación de la abstinencia». Una estrategia importante para prevenir la recaída es, por tanto, desafiar estos pensamientos dicotómicos acerca de los deslices, de forma que no lleguen a ser recaídas.

Cuando un adicto tiene un desliz, las técnicas de imaginación son útiles para reconstruir la secuencia de estímulos, creencias básicas, pensamientos automáticos y conductas que llevan al desliz. Además, es importante utilizar el recuerdo apropiado de técnicas en cada decisión que se tome para preparar al adicto para circunstancias futuras similares.

Esta estrategia queda bien ilustrada en el siguiente diálogo entre Mike y su terapeuta. Antes de esta interacción, el terapeuta supo que Mike había estado paseando alrededor de los lugares en que sus amigos, Ryan y Bob, con los que tomaba drogas, solían reunirse. De hecho, Mike casi había evitado a sus amigos pero de repente se sintió «obligado» a pararse a hablar con ellos. Bob preguntó a Mike por qué había desaparecido últimamente y le ofreció llevarlo a casa en su coche. Mike aceptó y subió al coche de Bob. Ya de camino, Bob le explicó que tenía que parar sólo un momento en su casa. Mientras Bob estaba dentro, Mike empezó a pensar que podría acompañarlo a su casa para ser un poco más «sociable». Una vez dentro, Bob le ofreció una «dosis rápida» y aunque Mike sintió que realmente no quería tomarla, al final aceptó colocarse rápidamente.

Hay varias decisiones y elecciones que le llevaron a su desliz. Primero, Mike decidió andar a través de una «zona de alto riesgo» antes que escoger una «ruta segura». Una vez vio a sus amigos, tuvo la opción de seguir andando. Cuando estaba en su coche, frente a la casa de Bob, tuvo la opción de seguir esperándole fuera en vez de entrar dentro. Y finalmente, cuando Bob le ofreció una dosis tuvo la oportunidad de aceptar o de rechazarla. El siguiente diálogo refleja la evaluación *post mortem* entre el paciente y el terapeuta de la secuencia de acontecimientos que condujeron al desliz. Mike tenía sus ojos cerrados y estaba imaginando la escena como si estuviese ocurriendo en ese mismo instante:

TE: Estabas andando y empezaste a vagabundear a través de la zona que solías frecuentar cuando te drogabas. ¿Cuál era el riesgo de que tomaras esa dirección?

PT: Sabía que podría encontrarme con Bob y Ryan. Sabía que a la larga podría ser un problema, pero me gusta pasar el rato con ellos. Realmente lo pasamos bien juntos.

TE: ¿Qué te pasó cuando viste a Bob?

PT: Me llamó y pensé que «debía pararme».

TE: ¿Había algún problema con ese pensamiento?

PT: No podía volverle la espalda a mi amigo.

TE: ¿Cuál es el riesgo de seguir los dictados de tus pensamientos? ¿Renuncias a tu libertad de poder escoger?

PT: Creo que hacerlo podría resultar un problema.

TE: ¿Qué pasó entonces?

PT: Me paré y se ofreció a llevarme a casa.

TE: ¿Tenías posibilidad de elegir?

PT: Me sentía como si no pudiese rechazar su ofrecimiento.

TE: Frecuentemente actúas de manera instintiva pero puede que seguir dichos instintos sea perjudicial para ti... (*pausa*)... Ahora, estás esperando en el coche. ¿Qué pasa por tu cabeza?

PT: Estoy pensando que podría ir dentro y ser sociable.

TE: ¿Sientes el deseo de colocarte?

PT: Puede que en el fondo de mi mente esté pensando que sería una buena idea colocarse.

TE: ¿Qué piensas cuando Bob te ofrece algo de droga?

PT: Pienso que es posible que yo no quiera. Pero Bob me lo ofreció como un gesto de amistad... Sentí que debía aceptar.

TE: Podrías haberte preguntado a ti mismo: «¿Estoy haciendo lo “correcto” o sólo estoy dándome permiso para usar droga?».

PT: Sí, creo que sí.

TE: ¿Y cuál hubiese sido la consecuencia de ese pensamiento?

PT: Puede que me hubiese dado cuenta de lo impulsivo que estaba siendo. También puede que no hubiese tomado la dosis.

TE: Después de tomar la droga, ¿qué pensamientos pasaron por tu cabeza?

PT: Estaba pensando: «Ya da lo mismo, puedes terminar lo que has empezado».

TE: ¿Y qué significa ese pensamiento?

PT: Significa: «Si tomo una vez, ya estoy al borde del desastre».

TE: Eso suena como si tuvieras un «pensamiento del tipo todo-nada».

PT: Sí, correcto.

TE: Y seguiste fumando *crack* en casa de Bob toda la tarde.

PT: Sí.

En este ejemplo, el terapeuta «guio» a Mike a través de sus propios pensamientos e imágenes de su experiencia reciente de forma que pudiese revisar las decisiones clave que le llevaron a su desliz. Al llegar a ese desliz, el terapeuta le ayudó a ver que su pensamiento dicotómico le llevó a seguir consumiendo después de su primera dosis. En el siguiente diálogo, el terapeuta de Mike le anima a repasar métodos alternativos para afrontar cada una de las decisiones importantes:

TE: ¿Qué podrías haber hecho en vez de andar a través de la zona en la que solías colocarte?

PT: Creo que había cantidad de sitios a los que podría haber ido y con los que hubiera evitado ver a esos colegas.

TE: Y si de todas formas hubieras ido por allí, ¿qué hubieras podido pensar cuando te llamaron?

PT: Podría haber pensado: «Esos colegas suponen un riesgo de recaída para mí. Mejor que siga andando».

TE: ¿Qué tipo de conductas podrías haber adoptado al final?

PT: Podría haber actuado de manera amigable y decir: «¡Hola chicos! Tengo prisa. ¡Me voy!».

TE: ¿Y qué hubiera ocurrido si Bob para su coche y te ofrece llevarte de todas formas?

PT: Podría haber seguido pensando «malas noticias...».

TE: ¿Y cuál hubiese sido la conducta resultante?

PT: Hubiera rehusado a subir a su coche.

TE: ¿Y qué hubiese ocurrido si te convencía de entrar en el coche y hubieses acabado en casa de Bob de todas formas?

PT: Podía haber seguido pensando: «No salgas del coche. La casa es una zona peligrosa».

TE: ¿Y entonces qué hubiera ocurrido?

PT: Probablemente Bob hubiese vuelto al coche y me hubiera llevado a casa sin que yo tomara nada.

TE: Y si hubiese ocurrido de esta forma, ¿como te habrías sentido?

PT: Probablemente aliviado y orgulloso de mí mismo al poder controlar mi vida.

En este punto, el terapeuta se dio cuenta de que Mike tenía otro tipo de creencias (relacionadas con la «lealtad» y la «responsabilidad») que lo hacían vulnerable a tener deslices y recaídas. El terapeuta exploró estas creencias en el siguiente diálogo:

TE: ¿Qué estabas pensando cuando te dirigiste al coche de Bob?

PT: Pensé: «Realmente he olvidado a mis amigos».

TE: ¿Qué quieres decir con eso?

PT: Significa que tengo que ser amable con estas personas. Después de todo, son mis amigos.

TE: ¿Qué quieres decir cuando utilizas la frase «tener que»?

PT: Me gusta pensar en mí mismo como una persona leal.

TE: ¿Y qué significa ser «leal»?

PT: Significa que debo estar de acuerdo con lo que ellos quieren.

TE: Deberes y obligaciones.

PT: Sí.

TE: ¿Qué sabes acerca de los deberes y las obligaciones?

PT: Sé que no son lo mejor.

TE: ¿Y cuál es el resultado de los deberes y las obligaciones?

PT: Bien, pueden acabar metiéndome en un lío. Como en este caso, han provocado que vuelva a consumir.

ANÁLISIS DE VENTAJAS Y DESVENTAJAS

Marlatt y Gordon (1985) explican que las expectativas de resultados positivos

contribuyen a la recaída. Explícitamente, las personas que son adictas al abuso de sustancias perciben ventajas positivamente sustanciales de consumir dicha sustancia. De hecho, esas personas suelen minimizar o ignoran las desventajas de tomar drogas, especialmente en situaciones de alto riesgo.

El análisis de ventajas y desventajas es una técnica utilizada frecuentemente en la terapia cognitiva (véase el capítulo 9). Esta técnica es muy útil en la prevención de recaídas, donde los adictos perciben de manera selectiva las ventajas de tomar droga.

En el análisis de ventajas y desventajas el terapeuta construye una matriz de cuatro celdas, con las ventajas y desventajas en un eje, y en el otro utilizar o no las drogas. Se insta a los pacientes a discutir las ventajas y las desventajas de consumir y de abstenerse de tomar drogas. El papel del terapeuta consiste en estimular a los pacientes a que aporten datos objetivos, en relación con las ventajas y desventajas. Además, se anima a los pacientes a comprender que sus puntos de vista exagerados acerca de las ventajas, al igual que sus puntos de vista minimizados de las desventajas, contribuyen a su adicción.

El siguiente diálogo es una continuación de la sesión con Mike. Ilustra el análisis de ventajas y desventajas:

TE: Mike, cuando te encontrabas en dicha situación de alto riesgo con tus amigos Bob y Ryan, ¿qué pasaba por tu mente?

PT: Creo que pensaba: «Pronto me sentiré aliviado de esta situación tan asquerosa».

TE: Por tanto, considerabas que una ventaja de fumar *crack* era el alivio que conseguirías de la mala situación por la que pasabas.

PT: Me podría olvidar de mi esposa durante unas horas.

TE: ¿Qué otras ventajas puedes ver en ello?

PT: (Pausa.) Bien, no puedo pensar en ninguna más.

TE: ¿Cuáles eran las desventajas de tomar droga?

PT: Bueno, el alivio sólo era pasajero. Sabía que realmente estaba empeorando mi matrimonio y mi vida.

TE: ¿Qué otras desventajas tiene tomar drogas?

PT: Bien, puedo perder mi pequeño si mi esposa decide separarse.

TE: ¿Qué más?

PT: Podría decir que mi vida cambia a peor a partir de este asunto. Cuando realmente soy sincero conmigo mismo sé que mi salud y mi autoconfianza están por los suelos.

TE: Bien, ¿cuáles son las ventajas de abstenerse?

PT: Bueno, como ya he dicho, estoy desperdiciando mi vida, y puede que empiece a

mejorar, si me abstengo de tomar drogas.

TE: ¿Puedes pensar en otras ventajas de abstenerse?

PT: (*Pausa, lágrimas en los ojos.*) Creo que puedo empezar a ser un auténtico padre para mi hijo. De hecho, yo nunca tuve un padre.

TE: ¡Eso sí que parece una verdadera ventaja!

PT: ¡Sí, siempre que pueda recordar más adelante cómo me siento en estos momentos!

De hecho, Carroll, Rounsaville y Keller (1991) sugirieron un método que facilita recordar el análisis de ventajas y desventajas. Sugieren que el adicto haga una lista de las ventajas de tomar cocaína por una cara de la tarjeta. Entonces, el terapeuta ayuda al paciente a ver las consecuencias negativas que pueden acabar provocando las ventajas que ha mencionado. Por ejemplo, un «colocón espléndido» vendrá seguido de un «gran caída», hundirse mucho. En la otra cara de la tarjeta, el paciente escribe las desventajas de continuar usando cocaína. Entonces se pone la tarjeta en el billetero del paciente, cerca de su dinero, de manera que sea visible en períodos de mucha vulnerabilidad.

DESARROLLAR REDES DE APOYO SOCIAL

El conflicto interpersonal es un estímulo de alto riesgo para muchos adictos (Mackay y otros, 1991). De hecho, Cummings, Gordon y Marlatt (1980) encontraron que un 44 % de las experiencias de recaída están ligadas a conflictos interpersonales. La soledad también es un estímulo de alto riesgo, por dos razones. Primero, la soledad es una emoción molesta (es decir, un estímulo interno) que se debe anestesiar temporalmente con cocaína. Segundo, el uso de la heroína y la cocaína suele tener lugar en un ambiente social que proporciona temporalmente al adicto la sensación de tener «compañía» para aliviar su soledad. A partir de estos supuestos, consideramos que los esfuerzos para prevenir la recaída se deben reforzar mediante la adquisición por parte del paciente de redes de apoyo sociales al margen de las drogas (véase Frances y Miller, 1991).

Es importante comprender que los pacientes tienen numerosas creencias básicas y pensamientos automáticos acerca de las relaciones que influyen en sus conductas. Por ejemplo, algunos adictos pueden creer: «Sólo me pueden comprender los que toman drogas», «Los que no hayan tomado drogas, nunca me aceptarán», «Las personas que no toman drogas son aburridas», y otras más. Obviamente, estas creencias acaban provocando malestar social o ansiedad y un cierto grado de evitación social. Los terapeutas pueden ayudar a sus pacientes a comprender este proceso, así como a modificar sus creencias.

La familia y los amigos que no toman drogas pueden suponer un gran apoyo para el paciente. Muchos adictos han evitado a los miembros de su familia y a los amigos que no consumían drogas por miedo a ser criticados y rechazados. Los programas de doce etapas (p. ej., Alcohólicos Anónimos y Narcóticos Anónimos) también son un apoyo importante para el paciente. Por tanto, se debe animar a los pacientes a que utilicen la ayuda de estos programas. Al hacerlo, experimentarán beneficios múltiples, desde el apoyo social, la colaboración y un ambiente que favorece su abstinencia, al mismo tiempo que son una manera de pasar el tiempo cuando se sufre de aburrimiento. Es evidente que los terapeutas cognitivos también se esfuerzan por formar parte de la red de apoyo de los pacientes, pero lo que es vital, es que los pacientes con abuso de sustancias tengan amigos que estén al margen de las drogas en su vida cotidiana y durante su «trayecto».

Resumen

En este capítulo se ha presentado la prevención de recaídas como parte integrante del marco de la terapia cognitiva. Este modelo resalta el papel de las creencias así como de las situaciones de alto riesgo en el proceso de recaída. Hemos presentado técnicas para predecir y controlar la recaída, que incluyen la identificación de los EAR, estrategias cognitivas y conductuales para afrontar los EAR, evitar que un desliz acabe siendo una recaída, análisis de ventajas y desventajas y redes de apoyo social para la prevención de recaídas.

También hemos comentado el hecho de que la abstinencia a largo plazo de las drogas y el alcohol comprende cambios muy importantes en las actitudes y el estilo de vida. Cuando los terapeutas notan que sus pacientes se ven a sí mismos, al mundo y al futuro tal y como lo hacían al inicio del tratamiento, esto es un indicio que señala la necesidad de que el paciente reevalúe su autoeficacia y compromiso con un cambio positivo en su vida.

En resumen, las habilidades conceptuales y técnicas que los pacientes aprenden durante el curso de la terapia cognitiva se deben practicar y «vivir» en los meses y años *posteriores* al tratamiento formal, una vez éste ha terminado. Al acabar, hay que animar a los pacientes a que aprendan a ser sus propios terapeutas cognitivos, y que entiendan que el trabajo de terapia debe ser una manera de vivir.

Posdata

El párrafo que sigue es una versión de la «Oración por la tranquilidad», adaptada para la terapia cognitiva de las drogodependencias:

La terapia cognitiva es una promesa de serenidad

Prometo que me esforzaré para ser más fuerte y mantenerme al margen de esos estímulos o situaciones que evocan en mí el deseo de consumir y que *puedo* evitar; prometo también obtener serenidad y saber cómo afrontar esos estímulos evocadores de drogas que *no puedo* evitar, así como la sabiduría necesaria para saber distinguirlos.

APÉNDICE 1

CREENCIAS ACERCA DEL ABUSO DE SUSTANCIAS

1

Nombre: _____ Fecha: _____

A continuación se relaciona una serie de creencias habituales respecto al consumo de droga. Por favor, lee cada frase y evalúa en qué medida estás de acuerdo con lo que dice.

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Neutral	Ligeramente de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo

- _____ 1. La vida sin tomar drogas es aburrida.
- _____ 2. Tomar drogas es la única forma de que pueda incrementar mi creatividad y productividad.
- _____ 3. No puedo funcionar sin ellas.
- _____ 4. Es la única forma de afrontar el dolor de mi vida.
- _____ 5. No estoy preparado para dejar de tomar drogas.
- _____ 6. Los *craving* y los impulsos hacen que tome drogas.
- _____ 7. Mi vida no mejorará, incluso aunque deje de tomar drogas.
- _____ 8. La única forma de manejar mi ira es usando drogas.
- _____ 9. La vida sería deprimente si dejara las drogas.
- _____ 10. No merezco recuperarme de las drogas.
- _____ 11. No soy una persona suficientemente fuerte como para dejarlo.
- _____ 12. No podría ser social sin tomar drogas.
- _____ 13. El abuso de sustancias no resulta un problema para mí.
- _____ 14. Los *craving* y los impulsos no desaparecerán a menos que tome drogas.
- _____ 15. Mi abuso de sustancias lo provoca otra persona (p. ej., mi esposa, novio o

novia, o un miembro de la familia).

_____ 16. Si alguien tiene un problema con las drogas, eso es algo completamente genético.

_____ 17. No me puedo relajar sin las drogas.

_____ 18. Tener estos problemas con las drogas significa que básicamente soy una mala persona.

_____ 19. No puedo controlar mi ansiedad sin tomar drogas.

_____ 20. No puedo divertirme en esta vida a menos que tome drogas.

CUESTIONARIO DE CREENCIAS SOBRE EL *CRAVING* (CBQ)

1

Nombre: _____ Fecha: _____

Por favor, lee las frases escritas a continuación y evalúa en qué medida estás o no de acuerdo con las mismas.

1	2	3	4	5	6	7
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Totalmente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Neutral	Ligeramente de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo

_____ 1. El *craving* es una reacción física y, por tanto, no puedo hacer nada para evitarla.

_____ 2. Si no freno, los *craving* empeoran.

_____ 3. El *craving* te vuelve loco.

_____ 4. El *craving* es responsable de que use drogas.

_____ 5. Siempre tengo *craving* de drogas.

_____ 6. No tengo control alguno sobre mi *craving*.

_____ 7. Una vez que el *craving* ha empezado, ya no tengo control sobre mi comportamiento.

_____ 8. Tendré *craving* de drogas el resto de mi vida.

_____ 9. No puedo soportar los síntomas que tengo cuando aparece el *craving* de drogas.

_____ 10. Mi castigo por usar drogas es el *craving*.

_____ 11. Si nunca has tomado drogas, entonces no puedes tener ni idea de lo que es el *craving* (y no puedes esperar que consiga resistirme).

_____ 12. Mis imágenes y pensamientos cuando tengo *craving* de drogas están totalmente fuera de mi control.

_____ 13. El *craving* me pone tan nervioso que no lo puedo soportar.

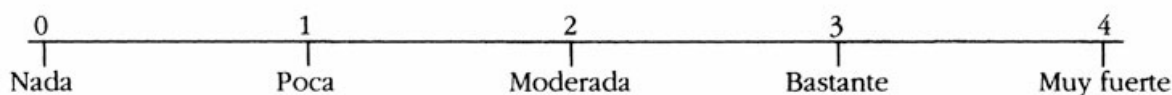
- _____ 14. Nunca estaré preparado para soportar el *craving*.
- _____ 15. Como seguiré teniendo el *craving* el resto de mi vida, da lo mismo que siga tomando drogas.
- _____ 16. Cuando tengo *craving* de drogas, no puedo hacer nada.
- _____ 17. O bien tengo el *craving* de drogas o no lo tengo; no hay nada en medio de estos dos estados.
- _____ 18. Si el *craving* se intensifica demasiado, la única forma de soportar dicha sensación es mediante el uso de drogas.
- _____ 19. Cuando aparece el *craving* de drogas, está bien usar alcohol para afrontarlo.
- _____ 20. El *craving* es más fuerte que mi fuerza de voluntad.

ESCALA DE PREVENCIÓN DE RECAÍDAS. Esta versión fue desarrollada por Fred D. Wright.

Nombre: _____ Fecha: _____

Como sabes, hay muchas situaciones que pueden provocar el impulso de usar cocaína o *crack*. Esta escala tiene *dos partes*: a) para determinar lo *fuertes que crees que pueden ser los* impulsos en una situación determinada, y b) para determinar la *probabilidad de que utilices* drogas en estas situaciones.

A continuación se describen varias situaciones que pueden provocar fuertes impulsos de tomar cocaína o *crack*. Lee cada ítem e imagínate a ti mismo en dichas situaciones. En la primera columna, «Fuerza del impulso», indica lo fuerte que crees que puede ser el impulso. En la segunda columna indica la «Probabilidad de utilizar drogas» en estas situaciones.



	PREDICCIÓN	
	Fuerza del impulso	Probabilidad de utilizar drogas
1. Estoy en un sitio en el que había tomado alguna vez cocaína o <i>crack</i> .		
2. Estoy rodeado de personas con las que he tomado cocaína o <i>crack</i> anteriormente.		
3. Acaban de pagarme.		
4. He visto a mis compañeros(as) tomando drogas.		

5. Estoy saliendo de mi trabajo.		
6. Es viernes noche.		
7. Estoy en una fiesta.		
8. Estoy pensando en la última vez que consumí.		
9. He empezado a hablar con alguien sobre tomar drogas.		
10. Me aburro.		
11. ¡Me siento muy bien!		
12. He visto un(a) amante/examante.		
13. Estoy tomando una copa.		
14. Un amigo mío me está ofreciendo algo de coca o <i>crack</i> .		
15. Me siento cansado.		
16. He visto una prostituta.		
17. He salido a buscar sexo.		
18. Me siento <i>sexy</i> .		
19. Me viene a la memoria lo bien que te sientes cuando estás colocado.		
20. Estoy enfadado.		
21. Me siento estrenado.		
22. Me siento culpable.		
23. Acabo de tomar drogas.		
24. Acabo de romper mi abstinencia.		
25. Me estoy preparando para trabajar.		
26. Estoy cansado.		
27. Estoy frustrado.		
28. He visto un póster en contra de las drogas.		
29. He visto un canutillo.		

30. He salido a jugar.		
31. Acabo de soñar con «coca».		
32. Estoy viendo deportes.		
33. Me estoy vistiendo de forma elegante.		
34. Estoy bajo presión en el trabajo.		
35. Estoy pensando en practicar relaciones sexuales.		
36. Estoy enfadado con mi pareja/esposo(a).		
37. Mi esposo(a)/pareja me está molestando porque tomo drogas.		
38. Mi familia me molesta porque tomo drogas.		
39. Me acaban de decir que doy positivo en el test de orina.		
40. No he consumido y mi orina es positiva.		
41. Estoy viendo una película relacionada con las drogas.		
42. Me siento ansioso.		
43. Alguien acaba de criticarme.		
44. No he tomado drogas durante mucho tiempo.		
45. Me siento tenso.		
46. Alguien al que estoy cuidando es un enfermo terminal.		
47. Tengo dolor.		
48. Siento un peso en mis espaldas.		
49. Estoy en un bar pasándomelo bien.		
50. Me he peleado con mi familia.		

APÉNDICE 2

INVENTARIO PARA MANEJAR LA AMBIVALENCIA Y LOS DESLICES

¹

1. Establecer las metas relacionadas con la abstinencia.

«Quiero seguir con mi trabajo.»

«Me gustaría avenirme más con mi familia/novia/novio.»

«Me gustaría tener más dinero para poder gastarlo en las cosas que quiero.»

2. Evaluar los hábitos de consumo de cocaína:

- a. Observar estímulos específicos: dinero, preparativos de la cocaína (canutillo, jeringuilla, materiales utilizados para la preparación de cocaína base, etc.), exponerse a la cocaína directamente o a cualquier sustancia blanca cristalizada que se le parezca, como la sal, el azúcar, la nieve, e incluso cal de las paredes; los individuos y los lugares previamente asociados con el uso de cocaína y su preparación. (Algunos consumidores intravenosos han percibido *craving* intensos subjetivos cuando se les extrae sangre para la determinación semanal de sus niveles).
 - b. Determinar si otras personas en la habitación del paciente, barrio o lugar de trabajo toman cocaína; si el paciente está involucrado en la venta de cocaína y la naturaleza de los recursos del paciente para la cocaína.
 - c. Determinar la disponibilidad de dinero, uso de otras sustancias psicoactivas, contactos con otros consumidores de cocaína y pasar el tiempo de manera no estructurada sin controlar las actividades del paciente.
3. Empezar las sesiones de terapia con un repaso de todas las situaciones de alto riesgo que haya encontrado el paciente durante la pasada semana y las estrategias de afrontamiento utilizadas por el paciente, y si *fueron o no aplicadas con éxito*.

4. Al final de la sesión, instar al paciente a que prevea cualquier situación de alto riesgo en que se pueda encontrar durante lo que queda de semana: planificar anticipadamente cómo puede evitarse esto o afrontarlo con éxito.
5. Prestar atención a la angustia generada por la abstinencia.
 - Reconocer y tomar en consideración la lucha del paciente.
 - Tener en consideración la sensación de privación.
6. Tener en cuenta las justificaciones del paciente para consumir.
 - «No hay nada como colocarse con cocaína.»
 - «El sexo y la coca van juntos.»
 - «Me siento menos ansioso con las personas.»
 - «Saco la mayor parte de mi dinero del tráfico.»
7. Identificar el grado de «compromiso» del paciente con la abstinencia.
 - Espaciar el uso de cocaína (aunque sin abandonarlo).
 - Continuar manteniendo niveles de alcohol elevados o de otras drogas psicoactivas.
 - Seguir en tratamiento sólo hasta que «se quiten de encima la presión de la esposa o amante».
8. Recordar al paciente las características del hundimiento o la disforia después de consumir.
9. Evaluar si el paciente ha intentado reducir la disponibilidad de cocaína. ¿Ha informado el paciente, a sus compañeros de uso, de su intención de dejar las drogas?
10. Pregunta: ¿se ha resistido la persona a informar a la familia o a sus amigos acerca de su decisión de dejar de tomar droga, o es reticente a romper su relación con los camellos?
11. Si el paciente no ha avanzado por sí mismo en limitar la disponibilidad de cocaína, hay que considerar si el paciente espera que la mera exposición al tratamiento produzca «mágicamente» la abstinencia sin que casi no participe o luche por ello.
12. Determinar si los consumidores, después de un período inicial de abstinencia, se exponen a una situación en la que la cocaína esté disponible como un «test» de su

capacidad para resistir la tentación.

13. Animar al paciente, al menos al principio, a minimizar las exposiciones deliberadas ante señales y situaciones asociadas a la cocaína. Estar preparado para identificar exposiciones no intencionadas y que son «accidentales» e inesperadas («decisiones aparentemente irrelevantes»). Ejemplo: un paciente decide que como su problema es con la cocaína, tomará una cerveza. Sin embargo, después de tomar dos cervezas, corre a buscar a un amigo que tenía un gramo de cocaína y recae.
14. Enseñar al paciente, antes de que ocurra, cómo se reconoce e interpreta esa cadena de decisiones que lo llevan inevitablemente a recaer.
15. Enseñar al paciente a detectar las decisiones que normalmente se toman durante el principio de una cadena de «exposiciones accidentales», cuando el riesgo, el *craving* y la disponibilidad de cocaína son bajas. El paciente puede ser capaz de considerar ciertas sensaciones, como el aburrimiento, como una «señal de alerta». Parte de las exposiciones subintencionales (accidentes) se manifiestan en las cosas «que ha de hacer» el paciente y que le llevan a actividades o lugares de alto riesgo.
16. Provocar la interpretación del paciente de la recaída: «Esta vez me he equivocado. Creo que nunca dejaré de tomar cocaína, así que da lo mismo si sigo tomando».
17. Chequear el trasfondo psicológico del desliz: por ejemplo, a veces el desafío o la rebelión pueden ser un factor desencadenante, como en el caso de una persona que discute con su mujer y entonces piensa que los esfuerzos que ella hace para vigilar sus acciones lo convierten en un prisionero».
18. Creerse con «derechos». Por ejemplo, las propiedades euforizantes iniciales de la cocaína tal vez hagan que se incrementen las sensaciones positivas y, después, se utilicen cuando la persona siente que «tiene derecho a una recompensa».
19. Autocontrol: se insta al paciente a que mantenga un registro cada hora de sus cambios en el *craving* de cocaína y/o en relación con varios acontecimientos externos e internos.

20. Incrementar la capacidad del paciente con abuso de sustancias de prever los problemas, prepararse previamente a ellos o intentar evitarlos por entero.
21. Mantener el equilibrio entre animar al paciente a evitar situaciones de alto riesgo (al menos inicialmente) y utilizar estrategias cognitivas y conductuales cuando se expone o bien cuando tiene *craving*.
22. Al inicio del tratamiento, preguntar por la intensidad del *craving*. Los pacientes suelen negar ningún tipo de *craving*. En las siguientes sesiones, el paciente puede mencionar algo como: «Verme a mí mismo tomando cocaína» o tener un sueño acerca de la cocaína u otras experiencias que pueden ser indicativas de algún tipo de *craving*. Algunas descripciones son somáticas («un nudo en mi estómago... sentir cómo corre la sangre... sudar... el latir del corazón»), nerviosismo, emoción, olor o gusto de la cocaína).
23. Buscar episodios en que se ha registrado mucho *craving* subjetivo de cocaína, semanas o meses antes de la violación de la abstinencia.
24. Desmitificar la experiencia del *craving* ofreciendo una explicación mediante el relato de los experimentos sobre condicionamiento. Ayudar al paciente a identificar y tolerar el *craving* condicionado cuando se produce.
25. Explicar la naturaleza limitada en el tiempo del *craving* de cocaína. El *craving* suele tener un pico y se disipa en menos de una hora *si no va seguido del consumo de cocaína*.
La distracción puede ser una estrategia efectiva para afrontarlo.
26. La modificación del estilo de vida comprende desarrollar alternativas conductuales.
27. Si la persona con abuso todavía está trabajando, la mayoría de veces el trabajo se ha convertido en una forma de conseguir dinero para comprar cocaína, con lo que se han diluido los aspectos relacionados con el logro o el cumplimiento en el mismo.
28. Los adictos a la cocaína anhedóicos pueden tener dificultades viendo cualquier actividad o experiencia que no sea la utilización de la cocaína para divertirse. Todas

las demás experiencias se perciben como inferiores a la cocaína.

29. Animar a los pacientes a considerar los deslices como incidentes aislados que se pueden clasificar como oportunidades de aprendizaje.

APÉNDICE 3

EJEMPLOS TÍPICOS DE LAS VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE UTILIZAR DROGAS

Ventajas de usar.

1. Me siento como un Superman.
2. Acaba con la timidez y la inseguridad.
3. Me siento como el rey de la montaña.
4. Seguro.
5. Más sexo.
6. Hace que me sienta bien.
7. Integrarse con la gente.
8. Tengo más amigos (hasta que se acaba el dinero).
9. Me hace más social.
10. Reduce la ansiedad social.
11. Me relaja.
12. Es divertido.
13. Un vaso de vino a veces es mejor con la cena.
14. Hay veces que una sola copa con un amigo es algo muy agradable —un poco de relajación, a veces un poco euforizante (una sola copa no es nada malo, y pasan muchas cosas agradables).
15. Reduce la culpa (cuando dejo a mi hija).
16. Te aparta de la soledad.
17. Te olvidas de los problemas durante un rato.
18. Nada me preocupa cuando estoy colocado.

Desventajas de usar

1. Maltratar tu cuerpo mental y físicamente.

2. Sufren las relaciones.
3. El trabajo se resiente (no mostrar el trabajo porque sería muy perjudicial).
4. Grandes deudas.
5. Llevo una vida que es una mentira.
6. Corro el peligro de tener consecuencias legales.
7. Después de tomar cocaína, me siento mal conmigo mismo por consumir.
8. Resaca.
9. Duermo casi todo el día.
10. Dejas de comer.
11. No tienes motivación.
12. No hablo de nada importante.
13. Me siento culpable cuando estoy delante de mis hijos.
14. Impotencia.
15. Esterilidad.
16. Paranoia.
17. Pereza.
18. Pérdida de la memoria a corto plazo.
19. Tensiones en la familia.
20. Pueden despedirme.
21. Daño a mí mismo y a los otros.
22. Menos respeto para con los demás.
23. Disminuye la autoestima.
24. No es fácil conocer gente nueva.
25. No consigues tantas cosas, no puedes hacer cosas constructivas después de haber estado bebiendo.
26. Interacciones con la medicación.
27. No sé si me estoy ayudando a mí mismo cuando salgo y me expongo *in vivo*.
28. Malestar físico.
29. Perder el control (p. ej., decir algo indiscreto en los momentos de inconsciencia).
30. Conducir borracho.
31. Desanimarse por no haber podido controlar un impulso sin sentido.
32. Hago y digo cosas de las que luego me arrepiento.
33. Practicar sexo cuando no lo haría normalmente.

34. Me pongo demasiado agresivo.
35. Se deteriora mi razonamiento.
36. Falta de control.
37. Puedo perder mi casa.
38. Podría morir.
39. Me arriesgo en lugares peligrosos.
40. Me aílo.

Ventajas de no usar

1. Te mantienes sano.
2. Sientes menos paranoia.
3. Mejores relaciones con tu pareja.
4. Te sientes mejor físicamente.
5. Ahorras dinero.
6. No tengo que mirar al suelo siempre.
7. Me siento mejor conmigo mismo.
8. Puedo pensar con claridad.
9. Me gusta ir a trabajar.
10. Puedo pagar mis facturas.
11. No estoy ocioso.
12. No perderé el control.
13. No tengo que mentir a mi familia.
14. Tengo más tiempo para practicar *hobbies*.
15. Es depresivo y, como tengo problemas de este tipo, es bueno que lo evite.
16. Es bueno para mi peso (menos calorías).
17. Puedes hacer más cosas por la noche si no bebes.
18. Todo va más bien en mi cuerpo si no bebo.
19. No me tengo que preocupar de hacer el ridículo delante de los otros en las fiestas.
20. No me levanto pensando qué ha pasado la noche anterior (manos laceradas, etc.).
21. No tengo resacas.
22. Autoconfianza que obtengo por haber superado un impulso autodestructivo.
23. Recompensa moral por superar un deseo innecesario.

24. No tendré mala reputación.
25. No tendré que arrepentirme de cosas —dar puñetazos a las puertas, ser agresivo.
26. Razones de salud.
27. Mejorar la comunicación —sin tanta rapidez, hablar mejor en *algunos* grupos de personas.
28. Dormir mejor.
29. No estar tan preocupado por lo que saben los otros.
30. Soy capaz de planificar mi futuro.
31. Mejores relaciones —más sexo.
32. Menos celos.
33. Más tiempo (para uno mismo y la familia).

Desventajas de no usar

1. Me siento tímido e incómodo junto a otras personas y me cuesta superarlo.
2. No puedo escapar de los problemas.
3. Estaré sólo.
4. Tendré que manejar los impulsos.
5. No podré caerme dormido por la noche.
6. Nervioso.
7. Aislarse —no hablaré con otras personas.
8. Siento mucho las cosas.
9. Tensión social (ser tentado).
10. Perder amigos.
11. No tendré las sensaciones que tengo cuando estoy bebiendo (la sensación de relax).
12. Hace que los bares sean menos divertidos.
13. Es desagradable en una fiesta o cena tomar sólo una copa o ninguna, cuando los otros están bebiendo más.
14. A veces lo echo en falta (un buen vaso de vino tinto en algunas cenas).
15. Miedo a la intimidad cuando estoy sobrio.
16. Me siento incómodo en las situaciones sociales.
17. La vida no sería tan divertida.
18. Tendría que afrontar las cosas.

19. Estoy preocupado por los pensamientos que tengo acerca del *craving* y la recaída.

APÉNDICE 4 REGISTRO DIARIO DE *CRAVING* (RDP ADAPTADO PARA SU UTILIZACIÓN EXCLUSIVA CON LOS *CRAVING*)

Fecha	Situación	Pensamientos o sentimientos	Nivel de <i>craving</i> (0-100)	Respuestas racionales y/o afrontamiento.
6-12	El jefe fue muy duro conmigo.	Me sentí estúpido. Pensamiento: Necesito un cigarrillo.	50	Puedo tratar de soportarlo —esperé una media hora y el <i>craving</i> desapareció.
6-25	Los chicos se estaban yendo al bar.	No pasa nada si voy al bar con ellos— puedo manejar el <i>craving</i> .	50	Fui al bar y pensé: «Esto es un error y por tanto, me voy».
7-4	Tenía que hacer una presentación.	Me sentí ansioso: «Necesito beber algo para poder hacerlo».	40	«No necesito una bebida. Puedo hacerlo sin la bebida.»
7-16	Tuve una pelea con mi mujer.	Me sentí deprimido y enfadado. Pensé en colocarme.	30	Decidí ir a dar una vuelta.
7-28	Hoy me pagan.	Pensé que debería celebrarlo.	20	«Luego me sentiré peor», así que me fui a casa.

APÉNDICE 5

INFORME DEL PACIENTE SOBRE LA SESIÓN DE TERAPIA

Nombre: _____ Fecha: _____

Hora en que empezó la sesión: _____ A.M. P.M.

Nombre del terapeuta: _____

1.ª PARTE. Por favor *marca* tu respuesta en cada una de las siguientes preguntas:

1. Antes de venir hoy, ¿qué cantidad de progreso esperabas hacer al tratar tus problemas en la *sesión de hoy*?

Mucho progreso

Algo de progreso

Ningún progreso

2. En la *sesión de hoy*, ¿qué cantidad de progreso crees que has hecho realmente?

Mucho progreso

Algo de
progreso

Ningún progreso

Las cosas han empeorado

3. En las *futuras sesiones*, ¿qué cantidad de progreso crees que serás capaz de hacer al tratar tus problemas?

Mucho progreso

Algo de progreso

Ningún progreso

4. ¿En qué medida estás satisfecho con la *sesión de hoy*?

Muy satisfecho

Satisfecho

Indiferente

Insatisfecho

5. En la *sesión de hoy*, ¿ha comprendido el terapeuta tus problemas correctamente?

Muy bien

Bastante bien

Mal

6. ¿En qué medida has sabido transmitir tus preocupaciones y problemas en *esta sesión*?

Muy bien Bastante bien Mal

7. *En la sesión de hoy, ¿en qué medida crees que puedes confiar (tener confianza) en el terapeuta?*

Muy bien Algo Nada

2.^a PARTE. Por favor, responde a las siguientes preguntas acerca de las *actividades asignadas entre sesiones*.

1. ¿Te asignaron tarea para realizar la *sesión anterior*? SÍ NO

2. ¿Habéis hablado de las tareas que tenías asignadas para la sesión de hoy? SÍ NO

3. ¿En qué medida han sido útiles las tareas asignadas y la discusión que hoy has hecho sobre ellas?

Muy útil Algo útil Nada útil Inaplicables

4. ¿Estas de acuerdo con las tareas que se te han asignado en *esta sesión semanal*?

Muy de acuerdo Algo de acuerdo No muy de acuerdo Inaplicables

3.^a PARTE. Evalúa en qué medida crees que has mejorado en las siguientes habilidades en *esta sesión de terapia*. Por favor, haz referencia solamente a *esta sesión*, teniendo en consideración que no se pueden adquirir todas estas habilidades en una sola sesión.

	Mucho	Algo	Nada
1. Más <i>insight</i> sobre la comprensión de mis problemas psicológicos.	2	1	0
2. Métodos o técnicas para tratar mejor con las personas (p. ej., siendo más asertivo).	2	1	0
3. Técnicas para definir y solucionar mis problemas cotidianos (hogar, trabajo, escuela).	2	1	0
4. Confianza a la hora de realizar una actividad para mí			

mismo.

5. Más capacidad para afrontar mis estados de ánimo.	2	1	0
6. Más control sobre mis adicciones.	2	1	0
7. Más capacidad para <i>reconocer</i> mis pensamientos <i>irracionales</i> .	2	1	0
8. Más capacidad para <i>corregir</i> mis pensamientos <i>irracionales</i> .	2	1	0
9. Más capacidad para <i>reconocer</i> mis <i>creencias</i> erróneas y contraproducentes.	2	1	0
10. Más capacidad para <i>evaluar</i> mis <i>creencias</i> erróneas o contraproducentes.	2	1	0

4.^a PARTE. Evalúa en qué medida tu terapeuta ha mostrado en *esta sesión* las siguientes características:

	Mucho	Algo	Casi nada
1. Empático y afectuoso.	2	1	0
2. Competente (sabe lo que hace).	2	1	0
3. Cálido y amable.	2	1	0
4. Ofrece mucho apoyo y aliento.	2	1	0
5. Implicado e interesado en mi caso.	2	1	0

5.^a PARTE. Por favor, marca la respuesta que corresponde a la forma en que percibes a tu terapeuta (o a la terapia) en *esta sesión*.

1. Mi terapeuta me ha hecho callar.	SÍ	NO
2. Ha estado demasiado callado y pasivo.	SÍ	NO

3. Ha hablado demasiado.	SÍ	NO
4. Ha sido un poco mandón.	SÍ	NO
5. Parecía perder el hilo.	SÍ	NO
6. Esta terapia (la terapia cognitiva) no parece que sea adecuada para mí.	SÍ	NO

6.º *PARTE*. Describe el aspecto más destacado de la sesión de hoy y explica con detalle cualquiera de las dificultades que has experimentado.

APÉNDICE 6

POSIBLES RAZONES PARA QUE NO SE REALICEN LAS TAREAS DE AUTOAYUDA ASIGNADAS ENTRE SESIONES

1

(para rellenar por el paciente)

Exponemos a continuación una lista de razones que varios pacientes han señalado acerca de por qué no realizan sus tareas de autoayuda asignadas durante el curso del tratamiento. Como la velocidad de mejoría depende sobre todo de la cantidad de autoayuda que el paciente desee desarrollar en las tareas que le han sido asignadas, es de vital importancia indicar con toda precisión las razones que tienes para no cumplir con las mismas. Es importante buscar estas razones en el momento en que te sientas reticente a cumplir con dichas asignaciones o el deseo de aplazar su realización. Además, es mejor cumplimentar este cuestionario en esos momentos. Si tienes alguna dificultad rellenando este cuestionario y para devolvérselo a tu terapeuta, sería mejor que lo hicieras en la sesión de terapia. (Evalúa cada frase con una «V» [verdadero] o «F» [falso]. «V» indica que estás de acuerdo con ello; «F» significa que la frase no es nada representativa de tu comportamiento en estos momentos.)

1. Me da la impresión de que nada puede ayudarme, así que no tiene sentido intentarlo.
2. Realmente no entiendo por qué el terapeuta me insta a hacerlo.
3. Tengo la impresión de que ese método en particular que el terapeuta ha sugerido no s parece que tenga mucho sentido para mí.
4. «Me falta resolución para cumplir lo que me piden y, por tanto, no puedo hacerlo.» P cumpliendo con las tareas.
5. Deseo hacer algunas tarea de autoayuda que me asignan, pero se me olvidan.
6. Realmente no tengo suficiente tiempo. Estoy demasiado ocupado.

7. Si hago algo que el terapeuta sugiere, no es tan bueno como si propongo mis propias ideas.
8. Me siento indefenso, y realmente no creo que <i>pueda</i> hacer cualquier cosa que escoja.
9. Tengo la impresión de que el terapeuta está intentando mandarme o controlarme.
10. No tengo ganas de cooperar con el terapeuta.
11. Tengo miedo de la desaprobación del terapeuta o de sus críticas sobre mi trabajo. Cuando pueda hacer no estará suficientemente bien para él/ella.
12. No tengo ningún deseo o motivación de realizar tareas de autoayuda asignadas o nacidas de mí. Como no tengo ganas de realizar estas tareas, eso quiere decir que no puedo hacerlas.
13. Me siento demasiado mal, triste, nervioso, preocupado (subrayar la/s palabra/s apropiada/s para describir cómo me siento) en estos momentos.
14. Ahora me siento bien y no tengo ganas de echarlo a perder realizando estas tareas asignadas.
15. Otras razones (por favor, anótalas).

APÉNDICE 7

INTERVENCIÓN EN TERAPIA COGNITIVA CON PACIENTES CON ABUSO DE SUSTANCIAS Y VIH POSITIVO

1

Muchos pacientes con abuso de sustancias crónico se ven involucrados en conductas que les sitúan en situaciones de alto riesgo para infectarse con el VIH. Exponemos a continuación una guía breve para trabajar con la población con VIH positivo en relación con su angustia emocional que, con toda probabilidad, experimentarán cuando se den cuenta de su estado e intenten afrontarlo.

1. Educar a los pacientes acerca de sus síntomas fisiológicos asociados con el estrés psicológico. La ansiedad y los síntomas depresivos, como la hiperventilación o mareos, fatiga o anhedonia, falta de libido, irritabilidad y distractibilidad, suelen interpretarse erróneamente como signos de enfermedad física por los pacientes angustiados que han sido informados de que son VIH positivos. Esta interpretación habitual incrementa la sensación de pérdida o amenaza, e intensifica los síntomas depresivos/ansiosos, los cuales, a su vez, refuerzan la creencia del desarrollo de una crisis («Estoy volviéndome loco», «Estoy desarrollando el sida», etc.).
2. El terapeuta debería animar al paciente con abuso de sustancias a que permaneciera libre de drogas y alcohol de cara a poder mejorar su salud en general, haciendo un esfuerzo para seguir bien el tiempo suficiente hasta conseguir ver el día en que se disponga de tratamientos más efectivos para ese trastorno.
3. Repasar con los pacientes técnicas cognitivas como paro del pensamiento, distracción, frases de afrontamiento o tarjetas-flash y respuestas racionales.
4. Ayudar a los pacientes a identificar y modificar pensamientos disfuncionales y actitudes asociadas con ser VIH positivo. Un pensamiento típico podría ser: «Esta

enfermedad es mi castigo por ser una mala persona». Este pensamiento disfuncional se genera a partir de creencias básicamente mal articuladas como «Soy una mala persona» o «No soy normal».

5. Además de enseñar a estos pacientes a reconocer distorsiones y la naturaleza disfuncional de pensamientos automáticos específicos, los terapeutas deberían entrenar a sus pacientes para que etiquetasen estas distorsiones. Se enumeran a continuación algunas distorsiones frecuentes asociadas con la angustia emocional relacionada con el VIH:

- *Catastrofismo*. «Esto es el final para mí.»
- *Pensamiento dicotómico*. «No estoy muy saludable. No puedo disfrutar con nada.»
- *Sobregeneralización*. «Esta tos indica que todo mi cuerpo se está derrumbando.»
- *Sacar conclusiones precipitadas*. «Mi amigo no quiere salir conmigo este fin de semana; debe saber que estoy contagiado y no le gusta estar cerca de mí.»
- *Personalización*. «El tendero no me trata bien porque no quiere que me acerque a su tienda.»

6. Enseñar a los pacientes a identificar y modificar hábitos conductuales disfuncionales. A lo largo del tratamiento, enfatizar el control de la conducta sexual de riesgo y las conductas relacionadas con las drogas con riesgo de contagio. Estas conductas relacionadas con las drogas o el sexo no son sólo peligrosas por la infección de personas no contagiadas sino también para el paciente, ya que se puede *volver a infectar, lo que incrementa la probabilidad de desarrollar el síndrome del sida*. Además, los pacientes suelen experimentar la práctica de conductas de alto riesgo como una acción impulsiva y con finalidad autolesionante. Los pacientes experimentan culpa, vergüenza, pérdida de autoestima y un incremento de la sensación de vulnerabilidad o de «estar fuera de control». Por tanto, conseguir un control importante sobre estas conductas es extremadamente importante.

Controlar las conductas de alto riesgo requiere estos componentes:

- a. Información fiable y comprensión práctica sobre cómo se transmite el VIH, y cómo dicha transmisión se puede prevenir y evitar.
- b. Control del impulso —hacer un esfuerzo constante y automático para llevar a cabo los procedimientos necesarios para evitar la transmisión del VIH (utilizar condones, agujas esterilizadas, etc.).
- c. Asertividad —es la capacidad para defender la postura de una persona bajo presión social extrema sin someterse o sin ser agresivo—. A veces, las dificultades para ser

asertivos se basan en cogniciones distorsionadas y supuestos disfuncionales como «Si insisto en usar un condón, se reirá de mí», o «Si empiezo a desinfectarlo todo, pensarán que tengo algo que esconder».

Resumen

Esta guía ha permitido examinar formas en que la terapia puede ayudar a los pacientes con abuso de sustancias y VIH a afrontar sus trastornos: a) educándolos acerca de los síntomas fisiológicos asociados con su estrés psicológico y de que estos síntomas se pueden malinterpretar con signos de su enfermedad; b) animándoles a que se mantengan al margen de las drogas y el alcohol con objeto de mejorar su salud en general; c) revisando con ellos las técnicas de terapia cognitiva para afrontar el estrés como una exposición de pensamientos, distracción, frases de afrontamiento o tarjetas-flash y respuestas racionales; d) ayudándoles a identificar y modificar sus pensamientos disfuncionales y actitudes asociadas respecto a ser VIH positivo; e) enseñándoles a reconocer y etiquetar las distorsiones asociadas con la angustia emocional relacionada con el VIH (p. ej., desdramatizando el pensamiento de todo-nada), y f) enseñándoles a identificar y modificar los hábitos conductuales disfuncionales como no usar condones y no utilizar agujas estériles.

BIBLIOGRAFÍA

- Abrams, D. B. y Niaura, R. S. (1987), «Social learning theory», en H. T. Blane y K. E. Leonard (comps.), *Psychological theories of drinking and alcoholism*, págs. 131-178, Nueva York, Guilford.
- Alberti, R. E. y Emmons, L. (1974), *Your perfect right*, 2.^a ed., San Luis Obispo, CA, Impact.
- Alterman, A. I. y Cacciola, J. S. (1991), «The antisocial personality disorder diagnosis in substance abusers: Problems and issues», *Journal of Nervous and Mental Disease*, n.º 179, págs. 401-409.
- Alterman, A. I., O'Brien, C. P. y McLellan, A. T. (1991), «Differential therapeutics for substance abuse», en R. J. Frances y R. J. Miller (comps.), *Clinical textbook of addictive disorders*, Nueva York, Guilford, págs. 369-390.
- Amaro, H., Fried, L. E., Cabral, H. y Zuckerman, B. (1990), «Violence during pregnancy and substance abuse», *American Journal of Public Health*, n.º 80, págs. 575-579.
- American Psychiatric Association (1987), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 3.^a ed. revisada, Washington, DC, Autor (trad. cast.: *DSMIII-R: manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales*, Barcelona, Masson, 1988).
- Ananth, J., Vandewater, S., Kamal, M., Brodsky, A., Gamal, R. y Miller, M. (1989), «Missed diagnosis of substance abuse in psychiatric patients», *Hospital and Community Psychiatry*, vol. 40, n.º 3, págs. 297-299.
- Annis, H. M. (1986), «A relapse prevention model for treatment of alcoholics», en W. R. Miller y N. Heather (comps.), *Treating addictive behaviors: Process of change*, Nueva York, Plenum, págs. 407-421.
- Babor, T. F., Korner, P., Wilber, C. y Good, S. P. (1987), «Screening and early intervention strategies for harmful drinkers: Initial lessons from the amethyst project», *Australian Drug and Alcohol Review*, n.º 6, págs. 325-339.
- Baker, T. B. (comp.) (1988), «Models of addiction», edición especial, *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 97, n.º 2.
- Bandura, A. (1969), *Principles of behavior modification*, Nueva York, Holt, Rinehart &

Winston.

- Bandura, A. (1977), *Social learning theory*, Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall (trad. cast.: *Teoría del aprendizaje social*, Madrid, Espasa-Calpe, 1987).
- Bandura, A. (1982), «Self-efficacy mechanism in human agency», *American Psychologist*, n.º 97, págs. 122-147.
- Beck, A. T. (1967), *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*, Nueva York, Harper & Row.
- Beck, A. T. (1976), *Cognitive therapy and the emotional disorders*, Nueva York, International Universities Press.
- Beck, A. T. (1986), «Theoretical perspectives on clinical anxiety», en A. H. Tuma y J. D. Maser (comps.), *Anxiety and the anxiety disorders*, págs. 183-196, Hillsdale, NJ, Erlbaum.
- Beck, A. T. (1988), *Love is never enough*, Nueva York, Harper & Row (trad. cast.: *Con el amor no basta: cómo superar malentendidos, resolver conflictos y enfrentarse a los problemas de pareja*, Barcelona, Paidós, 1998).
- Beck, A. T. (1991), «Cognitive therapy: A 30-year retrospective», *American Psychologist*, vol. 46, n.º 4, págs. 368-375.
- Beck, A. T. (1993), «Cognitive approaches to stress», en R. Woolfolk y P. Lehrer (comps.), *Principles and practice of stress management*, 2.ª ed., Nueva York, Guilford, págs. 333-372.
- Beck, A. T. y Emery, G., con la colaboración de Greenberg, R. L. (1985), *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*, Nueva York, Basic Books.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G. y Steer, R. A. (1988), «An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 56, n.º 6, págs. 893-897.
- Beck, A. T., Epstein, N. y Harrison, R. (1983), «Cognitions, attitudes and personality dimensions in depression», *British Journal of Cognitive Psychotherapy*, vol. 1, n.º 1, págs. 1-16.
- Beck, A. T., Freeman, A. y asociados (1990), *Cognitive therapy of personality disorders*, Nueva York, Guilford (trad. cast.: *Terapia cognitiva de los trastornos de la personalidad*, Barcelona, Paidós, 1995).
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979), *Cognitive therapy of depression*, Nueva York, Guilford (trad. cast.: *Terapia cognitiva de la depresión*, Bilbao, Desclée de Brouwer, 1996).
- Beck, A. T. y Steer, R. A. (1990), «A reply to Tomasson: Hopelessness as a predictor of

- suicide», carta al editor, *American Journal of Psychiatry*, vol. 147, n.º 11, págs. 1577-1578.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Kovacs, M. y Garrison, B. (1985), «Hopelessness and eventual suicide: A 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation», *American Journal of Psychiatry*, vol. 42, n.º 5, págs. 559-563.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. y Erbaugh, J., (1961). «An inventory for measuring depression», *Archives of General Psychiatry*, n.º 4, págs. 561-571.
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D. y Trexler, L. (1974), «The measurement of pessimism: The hopelessness scale», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 42, n.º 6, págs. 861-865.
- Beck, A. T., Wright, F. D. y Newman, C. F. (1992), «Cocaine abuse», en A. Freeman y F. Dattilio (comps.), *Comprehensive casebook of cognitive therapy*, págs. 185-192, Nueva York, Plenum.
- Beck, J. S. (en prensa), *Cognitive therapy: Basics and beyond*, Nueva York, Guilford.
- Beeder, A. B. y Millman, R. B. (1992), «Treatment of patients with psychopathology and substance abuse», en J. H. Lowinson, P. Ruiz, R. B. Millman y J. G. Langrod (comps.), *Substance abuse: A comprehensive textbook*, 2.ª ed., págs. 675-690, Baltimore, MD, Williams & Wilkins.
- Bernstein, D. A. y Borkovec, T. D. (1973), *Progressive relaxation training*, Champaign, IL, Research Press (trad. cast.: *Entrenamiento de relajación progresiva*, Bilbao, Desclée de Brouwer, 1996).
- Blackburn, I. M. y Davidson, K. M. (1990), *Cognitive therapy for depression and anxiety: A practitioners guide*, Oxford, Gran Bretaña, Blackwell Scientific.
- Blane, H. T. y Leonard, K. E. (1987), *Psychological theories of drinking and alcoholism*, Nueva York, Guilford.
- Brecher, E. M. (1972), *Licit and illicit drugs: The Consumers Union report on narcotics, stimulants, depressants, inhalants, hallucinogens, and marijuana including caffeine, nicotine, and alcohol*, Boston, Little & Brown.
- Brown, S. A., Goldman, M. S., Inn, A. y Anderson, L. R. (1980), «Expectations of reinforcement from alcohol: Their domain and relation to drinking patterns», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, n.º 48, págs. 419-426.
- Brown, V. B., Ridgely, M. S., Pepper, B., Levine, I. S. y Ryglewicz, H. (1989), «The dual crisis: Mental illness and substance abuse», *American Psychologist*, vol. 44, n.º 3, págs. 565-569.
- Brownell, K. D., Marlatt, G. A., Lichtenstein, E. y Wilson, G. T. (1986), «Understanding

- and preventing relapse», *American Psychologist*, vol. 41, n.º 7, págs. 765-782.
- Bunt, G., Galanter, M., Lifshutz, H. y Castaneda, R. (1990), «Cocaine/“crack” dependence among psychiatric inpatients», *American Journal of Psychiatry*, vol. 147, n.º 11, págs.1542-1546.
- Burling, T. A., Reilly, P. M., Moltzen, J. O. y Ziff, D. C. (1989), «Self-efficacy and relapse among inpatient drug and alcohol abusers: A predictor of outcome», *Journal of Studies on Alcohol*, n.º 50, págs. 354-360.
- Burns, D. D. (1980), *Feeling good: The new mood therapy*, Nueva York, William Morrow (trad. cast.: *Sentirse bien: una nueva fórmula contra las depresiones*, Barcelona, Paidós, 1998).
- Burns, D. D. y Auerbach, A. H. (1992), «Does homework compliance enhance recovery from depression?», *Psychiatric Annals*, n.º 22, págs. 464-469.
- Burns, D. D. y Nolen-Hoeksema, S. (1991), «Coping styles, homework compliance, and the effectiveness of cognitive-behavioral therapy», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, n.º 59, págs. 305-311.
- Cameron, D. C. (1968), «Youth and drugs», *Journal of the American Medical Association*, vol. 206, n.º 6, págs. 1267-1271.
- Carey, K. B. (1991), «Research with dual diagnosis patients: Challenges and recommendations», *Behavior Therapist*, 14, págs. 5-8.
- Carroll, K. M. (1992), «Psychotherapy for cocaine abuse: Approaches, evidence, and conceptual models», en T. R. Kosten y H. D. Kleber (comps.), *Clinicianc guide to cocaine addiction: Theory, research, and treatment*, págs. 290-313, Nueva York, Guilford.
- Carroll, K. M., Rounsaville, B. J. y Gawin, F. H. (1991), «A comparative trial of psychotherapies for ambulatory cocaine abusers: Relapse prevention and interpersonal psychotherapy», *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, n.º 17, págs. 229-247.
- Carroll, K. M., Rounsaville, B. J. y Keller, D. S. (1991), «Relapse prevention strategies for the treatment of cocaine abuse», *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, n.º 17, págs. 249-265.
- Castaneda, R., Galanter, M. y Franco, H. (1989), «Self-medication among addicts with primary psychiatric disorders», *Comprehensive Psychiatry*, n.º 30, págs. 80-83.
- Centers for Disease Control (1991a), «Smoking-attributable mortality and years of potential life lost: United States, 1988», *Morbidity and Mortality Weekly Report*, n.º 40, págs. 62-71.
- Centers for Disease Control (1991b), «Cigarette smoking among adults: United States,

- 1988», *Morbidity and Mortality Weekly Report*, n.º 40, págs. 757-765.
- Chiasson, R. E., Bacchetti, P., Osmond, D., Moss, A., Onishi, R. y Carlson, J. (1989), «Cocaine use and HIV infection in intravenous drug users in the United States», *Journal of the American Medical Association*, n.º 261, págs. 2677-2684.
- Chiauzzi, E. J. (1991), *Preventing relapse in the addictions*, Nueva York, Pergamon.
- Childress, A. R., Hole, A. V. y DePhilippis, D. (1990), *The coping with craving program: Active tools for reducing the craving/arousal to drug-related cues*, manual de tratamiento inédito, Filadelfia, PA, Addiction Research Center, University of Pennsylvania.
- Clark, D. M., Salkovskis, P. M. y Chalkley, A. J. (1985), «Respiratory control as a treatment for panic attacks», *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry*, n.º 16, págs. 23-30.
- Clayton, R. R. (1992), «Transitions in drug use: Risk and protective factors», en M. D. Glantz y R. W. Pickens (comps.), *Vulnerability to drug abuse*, Washington, DC, American Psychological Association, págs. 15-52.
- Closser, M. H. (1992), «Cocaine epidemiology», en T. R. Kosten y H. D. Kleber (comps.), *Clinician's guide to cocaine addiction. Theory, research, and treatment*, Nueva York, Guilford, págs. 225-240.
- Cohen, S. (1991), «Causes of the cocaine outbreak», en A. M. Washton y M. S. Gold (comps.), *Cocaine: A clinicians handbook*, Nueva York, Guilford, págs. 3-9.
- Collner, D. y Ross, S. (1978), «The assessment and training of assertiveness skills with drug addicts: A preliminary study», *International Journal of the Addictions*, n.º 13, págs. 227-239.
- Covi, L., Baker, C. D. y Hess, J. M. (1990), *An integrated interpersonal/cognitive behavioral counseling approach to cocaine abuse*, manual de tratamiento inédito, Baltimore, MD, National Institute on Drug Abuse, Addiction Research Center.
- Cummings, C., Gordon, J. R. y Marlatt, G. A. (1980), «Relapse: Prevention and prediction», en W. R. Miller (comp.), *The addictive behaviors: Treatment of alcoholism, drug abuse, smoking, and obesity*, Nueva York, Pergamon, págs. 291-321.
- Cummings, N. A. (1993), «Psychotherapy with substance abusers», en G. Stricker y J. R. Gold (comps.), *Comprehensive handbook of psychotherapy integration*, Nueva York, Plenum, págs. 337-352.
- «Current disease model of addiction is overstated, expert suggests», 6 de marzo de 1992, *Psychiatric News*, págs. 13-21.
- Davis, D. I. (1984), «Differences in the use of substances of abuse by psychiatric

- patients compared with medical and surgical patients», *Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 172, n.º 11, págs. 654-657.
- Doren, D. M. (1987), *Understanding and treating the psychopath*, Nueva York, Wiley.
- Drake, R. E. y Vaillant, G. E. (1985), A validity study of Axis II of DSM-III», *American Journal of Psychiatry*, vol. 142, n.º 5, págs. 553-558.
- D’Zurilla, T. J. y Goldfried, M. R. (1971), «Problem-solving and behavior modification», *Journal of Abnormal Psychology*, n.º 78, págs. 107-126.
- Ellis, A. (1962), *Reason and emotion in psychotherapy*, Nueva York, Lyle Stuart (trad. cast.: *Razón y emoción en psicoterapia*, Bilbao, Desclée de Brouwer, 1994).
- Ellis, A., McInerney, J. F., DiGiuseppe, R. y Yeager, R. J. (1988), *Rational-emotive therapy with alcoholics and substance abusers*, Nueva York, Pergamon (trad. cast.: *Terapia racional emotiva para alcohólicos y toxicómanos: manual para profesionales de la psicología*, Bilbao, Desclée de Brouwer, 1996).
- Estroff, T. W. (1987), «Medical and biological consequences of cocaine abuse», en A. M. Washton y M. S. Gold (comps.), *Cocaine: A clinicians handbook*, Nueva York, Guilford, págs. 23-32.
- Evans, K. y Sullivan, J. M. (1990), *Dual diagnosis: Counseling the mentally ill substance abuser*, Nueva York, Guilford.
- Fingarette, H. (1988), *Heavy drinking*, Berkeley, University of California Press.
- Fishman, B. (1992), *Stress prevention training after HIV antibody testing: Atrainers manual*, manuscrito inédito, Cornell University Medical College, New School for Social Research and Testing and Counseling Center, Nueva York.
- Frances, R. J. y Miller, S. I. (1991), «Addiction treatment: The widening scope», en R. J. Frances y S. I. Miller (comps.), *Clinical textbook of addictive disorders*, págs. 3-22, Nueva York, Guilford.
- Frances, R. J. y Miller, S. I. (comps.) (1991), *Clinical textbook of addictive disorders*, Nueva York, Guilford.
- Fullilove, R. E., Fullilove, M. T., Bowser, B. F. y Gross, S. A. (1990), «Risk of sexually transmitted disease among black adolescent crack users in Oakland and San Francisco», *Journal of the American Medical Association*, n.º 263, págs. 851-857.
- Galanter, M. (enero 1993), «Psychotherapy for substance abuse; interestingly, its at the cutting edge», *Newsletter, the American Academy of Psychiatrists in Alcoholism and Addictions*, págs. 1-2.
- Gawin, E. G. y Ellinwood, E. H. (1988), «Cocaine and other stimulants: Actions, abuse,

- and treatment», *New England Journal of Medicine*, vol. 318, n.º 18, págs. 1173-1182.
- Gawin, F. H. y Kleber, H. D. (1986), «Abstinence symptomatology and psychiatric diagnosis in cocaine abusers», *Archives of General Psychiatry*, n.º 43, págs. 107-113.
- Gawin, F. H. y Kleber, H. D. (1988), «Evolving conceptualizations of cocaine dependence», *Yale Journal of Biology and Medicine*, n.º 61, págs. 123-136.
- Gawin, F. H. y Kleber, H. D. (1992), «Evolving conceptualizations of cocaine dependence», en T. R. Kosten y H. D. Kleber (comps.), *Clinicians guide to cocaine addiction*, Nueva York, Guilford, págs. 33-52.
- Glantz, M. y Pickens, R. (comps.) (1992), *Vulnerability to drug abuse*, Washington, DC, American Psychological Association.
- Goldsmith, M. F. (1988), «Sex tied to drugs = STD spread», *Journal of the American Medical Association*, n.º 260, pág. 2009.
- Gomberg, E. S. L. y Nirenberg, T. D. (1991), «Women and substance abuse», *Journal of Substance Abuse*, n.º 3, págs. 255-267.
- Goodwin, D. W. (1981), *Alcoholism: The facts*, Nueva York, Oxford University Press.
- Gorski, T. T. y Miller, M. (1982), *Counseling for relapse prevention*, Independence, MO, Herald House/Independence Press.
- Gorski, T. T. y Miller, M. (1986), *Staying sober: A guide for relapse prevention*, Independence, MO, Herald House/Independence Press.
- Grabowski, J., Stitzer, M. L. y Henningfield, J. E. (comps.) (1984), *Behavioral techniques in drug abuse treatment*, tesis n.º 46, Rockville, MD, National Institute on Drug Abuse.
- Grande, T. P., Wolf, A. W., Schubert, D. S. P., Patterson, M. B. y Brocco, K. (1984), «Associations among alcoholism, drug abuse, and antisocial personality: A review of the literature», *Psychological Reports*, n.º 55, págs. 455-474.
- Grant, M. (1986), «From contemplation to action: The role of the World Health Organization», en W. R. Miller y N. Heather (comps.), *Treating addictive behaviors: Processes of change*, Nueva York, Plenum, págs. 51-57.
- Grossman, J. y Schottenfeld, R. (1992), «Pregnancy and womens issues», en T. R. Kosten y H. D. Kleber (comps.), *Clinicians guide to cocaine addiction: Theory, research, and treatment*, Nueva York, Guilford, págs. 374-388.
- Gunderson, J. G. y Zanarini, M. C. (1987), «Current overview of the borderline diagnosis», *Journal of Clinical Psychiatry*, n.º 48, págs. 5-11.
- Hall, S. M., Havassy, B. E. y Wasserman, D. A. (1991), «Effects of commitment to abstinence, positive moods, stress, and coping on relapse to cocaine use», *Journal of*

- Consulting and Clinical Psychology*, n.º 59, págs. 526-532.
- Harstone, E. y Hansen, K. V. (1984), «The violent juvenile offender», en R. Mathias, P. DeMuro y R. S. Allinson (comps.), *An anthology on violent juvenile offenders*, Newark, NJ, National Council on Crime and Delinquency, págs. 83-112.
- Hatsukami, D. y Pickens, R. W. (1982), «Posttreatment depression in an alcohol and drug abuse population», *American Journal of Psychiatry*, n.º 139, págs. 1563-1566.
- Havassy, B. E., Hall, S. M. y Wasserman, D. A. (1991), «Social support and relapse: Commonalities among alcoholics, opiate users, and cigarette smokers», *Addictive Behaviors*, n.º 16, págs. 235-246.
- Heath, A. W. y Stanton, M. D. (1991), «Family therapy», en R. J. Frances y S. I. Miller (comps.), *Clinical textbook of addictive disorders*, págs. 406-430, Nueva York, Guilford.
- Heatherton, T. F. y Baumeister, R. F. (1991), «Binge eating as an escape from self-awareness», *Psychological Bulletin*, n.º 110, págs. 86-108.
- Helzer, J. E. y Pryzbeck, T. R. (1988), «The co-occurrence of alcoholism with other psychiatric disorders in the general population and its impact on treatment», *Journal of Studies on Alcohol*, vol. 49, n.º 3, págs. 219-224.
- Henningfield, J. E., Clayton, R. y Pollin, W. (1990), «Involvement of tobacco in alcoholism and illicit drug use», *British Journal of Addiction*, n.º 85, págs. 279-291.
- Hesselbrock, M. N., Meyer, R. E. y Kenner, J. J. (1985), «Psychopathology in hospitalized alcoholics», *Archives of General Psychiatry*, n.º 42, págs. 1050-1055.
- Hesselbrock, V. M., Hesselbrock, M. N. y Stabenau, J. R. (1985), «Alcoholism in men patients subtyped by family history and antisocial personality», *Journal of Studies on Alcohol*, vol. 46, n.º 1, págs. 59-64.
- Hollon, S. D. y Beck, A. T. (en prensa), «Cognitive and cognitive-behavioral therapies», en A. E. Bergin y S. L. Garfield (comps.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis*, 4.ª ed., Nueva York, Wiley.
- Homey, K. (1950), *Neurosis and human growth*, Nueva York, W. W. Norton (trad. cast.: *La personalidad neurótica de nuestro tiempo*, Barcelona, Paidós, 1993).
- Horvath, A. T. (1988), «Cognitive therapy and the addictions», *International Cognitive Therapy Newsletter*, n.º 4, págs. 6-7.
- Horvath, A. T. (en prensa), «Enhancing motivation for treatment of addictive behavior: Guidelines for the psychotherapist», *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*.
- Hudson, C. J. (1990), «Anxiety disorders and substance abuse», en D. F. O'Connell (comps.), *Managing the dually diagnosed patient: Current issues and clinical*

- approaches*, págs. 119-316, Nueva York, Haworth.
- Hunt, W. A., Barnett, L. W. y Branch, L. G. (1971), «Relapse rates in addiction programs», *Journal of Clinical Psychology*, n.º 27, págs. 455-456.
- Institute of Medicine (1987), *Causes and consequences of alcohol problems*, Washington, DC, National Academy Press.
- Institute of Medicine (1990a), *Broadening the base of treatment for alcohol problems*, Washington, DC, National Academy Press.
- Institute of Medicine (1990b), *Treating drug problems*, vol. 1, Washington, DC, National Academy Press.
- Jellinek, E. M. (1960), *The disease concept of alcoholism*, Highland Park, NJ, Hillhouse Press.
- Jennings, P. S. (1991), «To surrender drugs: A grief process in its own right», *Journal of Substance Abuse Treatment*, n.º 8, págs. 221-226.
- Jones, R. T. (1987), «Psychopharmacology of cocaine», en A. M. Washton y M. S. Gold (comps.), *Cocaine: A clinicians handbook*, págs. 55-72, Nueva York, Guilford.
- Karan, L. D., Haller, D. L. y Schnoll, S. H. (1991), «Cocaine», en R. J. Frances y S. J. Miller (comps.), *Clinical textbook of addictive disorders*, págs. 121-145, Nueva York, Guilford.
- Khantzian, E. J. (1985), «The self-medication hypothesis of addictive disorders: Focus on heroin and cocaine dependence», *American Journal of Psychiatry*, n.º 143, págs. 1259-1264.
- Khantzian, E. J. (1988), «The primary care therapist and patient needs in substance abuse treatment», *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, n.º 14, págs. 159-167.
- Khantzian, E. J. y Treece, C. (1985), «DSM-III psychiatric diagnosis of narcotic addicts: Recent findings», *Archives of General Psychiatry*, n.º 42, págs. 1067-1071.
- Koenigsberg, H. W., Kaplan, R. D., Gilmore, M. M. y Cooper, A. M. (1985), «The relationship between syndrome and personality disorder in DSM-III: Experience with 2.462 patients», *American Journal of Psychiatry*, vol. 142, n.º 2, págs. 207-212.
- Kosten, T. R. y Kleber, H. D. (comps.) (1992), *Clinicians guide to cocaine addiction*, Nueva York, Guilford.
- Kosten, T. R., Rounsaville, B. J. y Kleber, H. D. (1986), «A 2.5 year follow-up of depression, life events, and treatment effects on abstinence among opioid addicts», *Archives of General Psychiatry*, n.º 43, págs. 733-738.
- Kranzler, H. R. y Liebowitz, N. R. (1988), «Anxiety and depression in substance abuse:

- Clinical implications», *Medical Clinics of North America*, vol. 72, n.º 4, págs. 867-886.
- Kushner, M. G., Sher, K. J. y Beitman, B. D. (1990), «The relation between alcohol problems and the anxiety disorders», *American Journal of Psychiatry*, vol. 147, n.º 6, págs. 685-695.
- LaBounty, L. P., Hatsukami, D., Morgan, S. F. y Nelson, L. (1992), «Relapse among alcoholics with phobic and panic symptoms», *Addictive Behaviors*, n.º 17, págs. 9-15.
- Lang, A. R. (1992), «Parental drinking and child behavior problems: A case of bidirectional influences?», *The Behavior Therapist*, n.º 15, págs. 15-17.
- Layden, M. A., Newman, C. F., Freeman, A. y Morse, S. B. (1993), *Cognitive therapy of borderline personality disorder*, Needham Heights, MA, Allyn & Bacon.
- Levin, J. D. (1990), *Alcoholism: A bio psycho-social approach*, Nueva York, Hemisphere.
- Lewis, C. E., Robins, L. y Rice, J. (1985), «Association of alcoholism with antisocial personality in urban men», *Journal of Nervous and Mental Disease*, n.º 173, págs. 166-174.
- Linehan, M. M. (1987), «Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder», *Bulletin of the Menninger Clinic*, n.º 5, págs. 261-276.
- Lingswiler, V. M., Crowther, J. H. y Stephens, M. A. P. (1989), «Affective and cognitive antecedents to eating episodes in bulimia and binge eating», *International Journal of Eating Disorders*, n.º 5, págs. 533-539.
- Linnoila, M. I. (1989), «Anxiety and alcoholism», *Journal of Clinical Psychiatry*, n.º 50, suplemento n.º 11, págs. 26-29.
- Lyon, D. y Greenberg, J. (1991), «Evidence of codependency in women with an alcoholic parent: Helping Mr. Wrong», *Journal of Personality and Social Psychology*, n.º 61, págs. 435-439.
- Mackay, P. W., Donovan, D. M. y Marlatt, G. A. (1991), «Cognitive and behavioral approaches to alcohol abuse», en R. J. Frances y S. I. Miller (comps.), *Clinical textbook of addictive disorders*, Nueva York, Guilford, págs. 452-481.
- Mackay, P. W. y Marlatt, G. A. (1991), «Maintaining sobriety: Stopping is starting», *International Journal of Addictions*, n.º 25, págs. 1257-1276.
- Marlatt, G. A. (1978), «Craving for alcohol, loss of control, and relapse: A cognitive-behavioral analysis», en P. E. Nathan, G. A. Marlatt, y T. Loberg (comps.),

- Alcoholism: New directions in behavioral research and treatment*, Nueva York, Plenum, págs. 271-314.
- Marlatt, G. A. (1982), «Relapse prevention: A self-control program for the treatment of addictive behaviors», en R. B. Stuart (comps.), *Adherence, compliance, and generalization in behavioral medicine*, Nueva York, Brunner/Mazel, págs. 329-378.
- Marlatt, G. A. (1983), «The controlled-drinking controversy: A commentary», *American Psychologist*, n.º 38, págs. 1097-1110.
- Marlatt, G. A. (1985), «Cognitive factors in the relapse process», en G. A. Marlatt y J. R. Gordon (comps.), *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*, Nueva York, Guilford, págs. 128-200.
- Marlatt, G. A. y Gordon, J. R. (1985), *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*, Nueva York, Guilford Press.
- Marzuk, P. M., Tardiff, K., Leon, A. C., Stagis, M., Morgan, E. R. y Mann, J. J. (1992), «Prevalence of cocaine use among residents of New York City who committed suicide during a one-year period», *American Journal of Psychiatry*, n.º 149, págs. 371-375.
- McCord, J. (1992), «Another time, another drug», en M. D. Glantz y R. W. Pickens (comps.), *Vulnerability to drug abuse*, Washington, DC, American Psychological Association, págs. 473-490.
- McDermut, W., Haaga, D. A. F. y Shayne, V. T. (1991), «Schemata and smoking relapse», *Behavior Therapy*, n.º 22, págs. 423-434.
- McLellan, A. T., O'Brien, C. P., Metzger, D., Alterman, A. I., Cornish, J. y Urschel, H. (1991), «How effective is substance abuse treatment-compared to what?», en C. P. O'Brien y J. H. Jaffe (comps.), *Understanding the addictive states*, págs. 231-252, Nueva York, Raven Press. *Medical Letter on Drugs and Therapeutics* (1993), n.º 35, pág. 5.
- Mental Health Report (2 enero 1992), *Study shows cocaine use increased in 1991*, pág. 5.
- Metzger, D., Woody, G., DePhilippis, D., McLellan, A. T., O'Brien, C. P. y Platt, J. J. (1991), «Risk factors for needle sharing among methadone-treated patients», *American Journal of Psychiatry*, n.º 148, págs. 101-105.
- Miller, N. S. (1991), «Special problems of the alcohol and multiple-drug dependent: Clinical interactions and detoxification», en R. J. Frances y S. I. Miller (comps.), *Clinical textbook of addictive disorders*, Nueva York, Guilford, págs. 194-218.
- Miller, R. L. (1991), *The case for legalizing drugs*, Nueva York, Praeger.
- Miller, W. R. y Hester, R. K. (1980), «Treating the problem drinker: Modern

- approaches», en W. R. Miller (comp.), *The addictive behaviors: Treatment of alcoholism, drug abuse, smoking, and obesity*, Oxford, Inglaterra, Pergamon, págs. 11-141.
- Miller, W. R. y Hester, R. K. (1986), «The effectiveness of alcoholism treatment: What research reveals», en W. R. Miller y N. Heather (comps.), *Treating addictive behaviors: Process of change*, Nueva York, Plenum, págs. 121-174.
- Miller, W. R. y Munoz, R. F. (1976), *How to control your drinking*, Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall.
- Miller, W. R. y Rollnick, S. (1991), *Motivational interviewing*, Nueva York, Guilford.
- Mirin, S. M. y Weiss, R. D. (1991), «Substance abuse and mental illness», en R. J. Frances y S. I. Miller (comps.), *Clinical textbook of addictive disorders*, Nueva York, Guilford, págs. 271-298.
- Moorey, S. (1989), «Drug abusers», en J. Scott, J. M. G. Williams y A. T. Beck (comps.), *Cognitive therapy in clinical practice: An illustrative casebook*, Londres, Routledge.
- Mullaney, J. A. y Trippett, C. J. (1979), «Alcohol dependence and phobias: Clinical description and relevance», *British Journal of Psychiatry*, n.º 135, págs. 565-573.
- Musto, D. F. (1991), «Opium, cocaine and marijuana in American history», *Scientific American*, vol. 265, 1, págs. 40-47.
- Nace, E. P., Davis, C. W. y Gaspari, J. P. (1991), «Axis-II comorbidity in substance abusers», *American Journal of Psychiatry*, n.º 148, págs. 118-120.
- Nace, E. P. y Isbell, P. G. (1991), «Alcohol», en R. J. Frances y S. I. Miller (comps.), *Clinical textbook of addictive disorders*, págs. 43-68, Nueva York, Guilford.
- Nace, E. P., Saxon, J. J. y Shore, N. (1983), «A comparison of borderline and non-borderline alcoholic patients», *Archives of General Psychiatry*, n.º 40, págs. 54-56.
- Nace, E. P., Saxon, J. J. y Shore, N. (1986), «Borderline personality disorder and alcoholism treatment: A one-year follow-up study», *Journal of Studies on Alcohol*, vol. 47, n.º 3, págs. 196-200.
- Nathan, P. E. (1988), «The addictive personality is the behavior of the addict», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 56, n.º 2, págs. 183-188. National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism (1990), *Seventh special report to the U.S. Congress on alcohol and health*, Rockville, MD, Autor.
- Newman, C. F. (1988), «Confrontation and collaboration: Congruent components in cognitive therapy», *Cognitive Behaviorist*, n.º 10, págs. 27-30.
- Newman, C. F. (1990), «Therapy-threatening behaviors on the part of the cognitive-

- behavior therapist in the treatment of the borderline patient», *Behavior Therapist*, n.º 13, págs. 215-216.
- Newman, C. F. (1993), «The importance of between-sessions homework assignments in the cognitive therapy of depression», *Verhaltenstherapie and Psychosoziale Praxis*, vol. 25, n.º 2, págs. 205-224.
- Newman, C. F. y Beck, A. T. (1990), «Cognitive therapy of the affective disorders», en B. B. Wolman y G. Stricker (comps.), *Handbook of affective disorders: Facts, theories, and treatment approaches*, Nueva York, Wiley, págs. 343-367.
- Newman, C. F. y Haaga, D. A. F. (en prensa), «Cognitive skills training», en W. O'Donohue y L. Krasner (comps.), *Handbook of psychological skills training*, Needham Heights, MA, Allyn & Bacon.
- Newman, C. F. y Wright, F. D. (en prensa), «Crisis intervention with substance abusing patients», en F. Dattilio y A. Freeman (comps.), *Cognitive-behavior therapy and crisis intervention*, Nueva York, Plenum.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M. y Perri, M. G. (1989), *Problem-solving therapy for depression: Theory, research, and clinical guidelines*, Nueva York, Wiley.
- O'Brien, C. P. (1992), «Conditioned responses, craving, relapse, and addiction», *Facts About Drugs and Alcohol*, n.º 1, págs. 1-3.
- O'Brien, C. P., McLellan, A. T., Alterman, A. y Childress, A. R. (1992), *Psychotherapy for cocaine dependence. Cocaine: Scientific and social dimensions* (Ciba Foundation Symposium n.º 166), Chichester, Inglaterra, Wiley.
- O'Connell, D. F. (comp.) (1990), *Managing the dually diagnosed patient: Current issues and clinical approaches*, Cambridge, MA, Haworth.
- O'Connor, P. G., Chang, G. y Shi, J. (1992), «Medical complications of cocaine use», en T. R. Kosten y H. D. Kleber (comps.), *Clinicians guide to cocaine addiction: Theory, research, and treatment*, Nueva York, Guilford, págs. 241-272.
- Ola, P. y D'Aulaire, E. (1991), Cocaine: The devil within, *Readers Digest*, ns 138, págs. 51-58.
- Overholser, J. C. (1987), «Facilitating autonomy in passive-dependent persons: An integrative model», *Journal of Contemporary Psychotherapy*, vol. 17, n.º 4, págs. 250-269.
- Overholser, J. C. (1988), «Clinical utility of the Socratic method», en C. Stout (comp.), *Annals of clinical research*, págs. 1-7, Des Plaines, IL, Forest Institute.
- Peele, S. (1985), *The meaning of addiction: Compulsive experience and its interpretation*, Lexington, MA, Lexington Books.

- Peele, S. (1989), *Diseasing of America: Addiction treatment out of control*, Lexington, MA, Heath.
- Peele, S., Brodsky, A., con la colaboración de Arnold, M. (1991), *The truth about addiction and recovery: The life process program for outgrowing destructive habits*, Nueva York, Simon & Schuster.
- Penick, E. C., Powell, B. J., Othmer, E., Bingham, S. F., Rice, A. S. y Liese, B. S. (1984), «Subtyping alcoholics by coexisting psychiatric syndromes: Course, family history, outcome», en D.W. Goodwin, K. T. VanDusen y S. A. Mednick (comps.), *Longitudinal research in alcoholism*, Boston, Kluwer-Nijhoff, págs. 167-196.
- Perez, J. F. (1992), *Alcoholism: Causes, effects, and treatment*, Muncie, IN, Accelerated Development.
- Persons, J. B. (1989), *Cognitive therapy in practice: A case formulation approach*, Nueva York, W. W. Norton.
- Persons, J. B., Burns, D. D. y Perloff, J. M. (1988), «Predictors of dropout and outcome in cognitive therapy for depression in a private practice setting», *Cognitive Therapy and Research*, n.º 12, págs. 557-575.
- Pierce, J. P., Fiore, M. C. y Novotny, T. E. (1989), «Trends in cigarette smoking in the United States: Projections to the year 2000», *Journal of the American Medical Association*, n.º 261, págs. 61-65.
- Platt, J. J. y Hermalin, J. (1989), «Social skill deficit interventions for substance abusers», *Psychology of Addictive Behaviors*, n.º 3, págs. 114-133.
- Prochaska, J. O. y Di Clemente, C. C. (1986), «Toward a comprehensive model of change», en W. R. Miller y N. Heather (comps.), *Treating addictive behaviors: Processes of change*, Nueva York, Plenum, págs. 3-27.
- Prochaska, J. O., Di Clemente, C. C. y Norcross, J. C. (1992), «In search of how people change: Applications to addictive behaviors», *American Psychologist*, n.º 47, págs. 1102-1114.
- Prochnow, H. Z. (1969), *Treasury of humorous quotations*, Nueva York, Harper & Row.
- Quitkin, F. M., Rifkin, A., Kaplan, J. y Klein, D. F. (1972), «Phobic anxiety syndrome complicated by drug dependence and addiction: A treatable form of drug abuse», *Archives of General Psychiatry*, n.º 27, págs. 159-162.
- Rawson, R. A., Obert, J. L., McCann, M. J., Smith, D. P. y Ling, W. (1990), «Neurobehavioral treatment for cocaine dependency», *Journal of Psychoactive Drugs*, n.º 22, págs. 159-171.
- Regier, D. A., Boyd, J. H., Burke, J. D., Rae, D. S., Myers, J. K., Kramer, M., Robins, L.

- M., George, L. K., Karno, M. y Locke, B. Z. (1988), «One-month prevalence of mental disorders in the United States», *Archives of General Psychiatry*, n° 45, págs. 977-986.
- Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L. y Goodwin, F. K. (1990), «Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: Results from the Epidemiological Catchment Area (ECA) study», *Journal of the American Medical Association*, vol. 264, n° 19, págs. 2.511-2.518.
- Robins, L. N., Davis, D. H. y Goodwin, D. W. (1974), «Drug use by U.S. army enlisted men in Vietnam: A follow-up on their return home», *American Journal of Epidemiology*, n° 99, págs. 235-249.
- Ross, H. E., Glaser, F. B. y Germanon, T. (1988), «The prevalence of psychiatric disorders in patients with alcohol and other drug problems», *Archives of General Psychiatry*, n° 45, págs. 1023-1031.
- Rounsaville, B. J., Anton, S. F., Carroll, K., Budde, D., Prusoff, B. A. y Gawin, F. (1991), «Psychiatric diagnoses of treatment-seeking cocaine abusers», *Archives of General Psychiatry*, n° 48, págs. 43-51.
- Rounsaville, B. J. y Kleber, H. D. (1986), «Psychiatric disorders in opiate addicts: Preliminary findings on the course and interaction with program type», en R. E. Meyer (comp.), *Psychopathology and addictive disorders*, Nueva York, Guilford, págs. 140-168.
- Rush, B. (1790), *An inquiry into the effects of spirituous liquors on the human body*, Boston, Thomas & Andrews.
- Saunders, B. y Allsop, S. (1987), «Relapse: A psychological perspective», *British Journal of Addiction*, n° 82, págs. 417-429.
- Schneier, F. R. y Sins, S. G. (1987), «A review of psychoactive substance use and abuse in schizophrenia: Patterns of drug choice», *Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 175, n° 11, págs. 641-652.
- Schuckit, M. A. (1985), «The clinical implications of primary diagnostic groups among alcoholics», *Archives of General Psychiatry*, n° 42, págs. 1043-1049.
- Schwartz, J. L. (1987), *Review and evaluation of smoking cessation methods: The United States and Canada, 1978-1985* (NIH Publication n° 87-2.940), Washington, DC, U. S. Government Printing Office.
- Shiffman, S. (1992), «Relapse process and relapse prevention in addictive behaviors», *Behavior Therapist*, n° 15, págs. 9-11.
- Shulman, G. D. (1989), «Experience with the cocaine trigger inventory», *Advances in*

- Alcohol and Substance Abuse*, n.º 8, págs. 71-85.
- Smart, R. G. (1991), «Crack cocaine use: A review of prevalence and adverse effects», *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, n.º 17, págs. 13-26.
- Smart, R. G. y Adlaf, E. M. (1990) «Trends in treatment admissions for cocaine and other drug abusers», *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 35, n.º 7, págs. 621-623.
- Smart, R. G., Murray, G. F. y Arif, A. (1988), «Drug abuse and prevention programs in 29 countries», *International Journal of the Addictions*, vol. 23, n.º 1, págs. 1-17.
- Sobell, L. C., Sobell, M. B. y Nirenberg, T. D. (1988), «Behavioral assessment and treatment planning with alcohol and drug abusers: A review with an emphasis on clinical application», *Clinical Psychology Review*, n.º 8, págs. 19-54.
- Sobell, M. B., Sobell, L. C., Bogardis, J., Leo, G. I. y Skinner, W. (1992), «Problem drinkers perceptions of whether treatment goals should be Belfselected or therapist selected», *Behavior Therapy*, n.º 23, págs. 43-52.
- Spitzer, R. L., Williams, J. B. W. y Gibbon, M. (1987), *Instruction manual for the Structured Clinical Interview for the DSM-III-R (SCID)*, Nueva York, New York State Psychiatric Institute.
- Stabenau, J. R. (1984), «Implications of family history of alcoholism, antisocial personality, and sex differences in alcohol dependence», *American Journal of Psychiatry*, vol. 141, n.º 10, págs. 1178-1182.
- Stacy, A. W., Newcomb, M. D. y Bentler, P. M. (1991), «Cognitive motivation and drug use: A 9-year longitudinal study», *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 100, n.º 4, págs. 501-515.
- Stimmel, B. (1991), *The facts about drug use: Coping with drugs and alcohol in your family, at work, in your community*, Nueva York, Consumer Reports Books.
- Stine, S. M. (1992), «Cocaine abuse within methadone maintenance programs», en T. R. Kosten y H. D. Kleber (comps.), *Clinicians guide to cocaine addiction: Theory, research, and treatment*, Nueva York, Guilford, págs. 359-373.
- Stitzer, M. L., Grabowski, J. y Henningfield, J. E. (1984), «Behavioral interventions in drug abuse treatment», en J. Grabowski, M. L. Stitzer y J. E. Henningfield (comps.), *Behavioral techniques in drug abuse treatment*, tesis n.º 46, Rockville, MD, National Institute on Drug Abuse.
- Tarter, R. E., Ott, P. J. y Mezzich, A. C. (1991), «Psychometric assessment», en R. J. Frances y S. I. Miller (comps.), *Clinical textbook of addictive disorders*, Nueva York, Guilford, págs. 237-267.
- Thomason, H. H. y Dilts, S. L. (1991), «Opioids», en R. J. Frances y S. I. Miller

- (comps.), *Clinical textbook of addictive disorders*, Nueva York, Guilford, págs. 103-120.
- Tiffany, S. T. (1990), «A cognitive model of drug urges and drug-use behavior: Role of automatic and nonautomatic processes», *Psychological Review*, n.º 97, págs. 147-168.
- Tucker, J. A. y Sobell, L. C. (1992), «Influences on help-seeking for drinking problems and on natural recovery without treatment», *Behavior Therapist*, n.º 15, págs. 12-14.
- Vaillant, G. E. (1983), *The natural history of alcoholism: Causes, patterns, and paths to recovery*, Cambridge, MA, Harvard University Press.
- Velten, E. (1986), «Withdrawal from heroin and methadone with rational-emotive therapy: Practice and theory», *British Journal of Cognitive Psychotherapy*, n.º 4, págs. 19-24.
- Walfish, S., Massey, R. y Krone, A. (1990), «Anxiety and anger among abusers of different substances», *Drug and Alcohol Dependence*, n.º 25, págs. 253-256.
- Washton, A. M. (1988), «Preventing relapse to cocaine», *Journal of Clinical Psychiatry*, n.º 49, págs. 34-38.
- Watkins, K., Metzger, D., Woody, G. y McLellan, A. T. (abril 1991), *The sexual behaviors of intravenous drug users: Implications for the spread of HIV infection*, ponencia presentada en el Department of Psychiatry Research Retreat, University of Pennsylvania, Filadelfia, PA.
- Weiner, H. y Fox, S. (1982), «Cognitive-behavioral therapy with substance abusers», *Social Casework*, n.º 63, págs. 564-567.
- Weinstein, S. P., Gottheil, E. y Sterling, R. C. (1992), «Cocaine users in medical practice: A five-year follow-up», *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, n.º 18, págs. 157-166.
- Weiss, C. J. y Millman, R. B. (1991), «Hallucinogens, phencyclidine, marijuana, inhalants», en R. J. Frances y S. I. Miller (comps.), *Clinical textbook of addictive disorders*, Nueva York, Guilford, págs. 146-170.
- Weiss, R. D. (1992), «The role of psychopathology in the transition from drug use to abuse and dependence», en M. D. Glantz y R. W. Pickens (comps.), *Vulnerability to drug abuse*, Washington, DC, American Psychological Association, págs. 137-148.
- Weissman, A. N. y Beck, A. T. (1978), *Development and validation of the Dysfunctional Attitudes Scale.: A preliminary investigation*, ponencia presentada en el Annual Meeting of the American Educational Research Association, Toronto, Canadá.
- Westermeyer, J. (1991), «Historical and social context of psychoactive substance disorders», en R. J. Frances y S. I. Miller (comps.), *Clinical textbook of addictive*

- disorders*, Nueva York, Guilford, págs. 23-40.
- Wills, T. A. y Shiffman, S. (1985), «Coping and substance use: Conceptual framework», en S. Shiffman y T. A. Wills (comps.), *Coping and substance use*, Nueva York, Academic Press, págs. 3-24.
- Wilson, G. T. (1987a), «Cognitive studies in alcoholism», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 55, n.º 3, págs. 325-331.
- Wilson G. T. (1987b), «Cognitive processes in addiction», *British Journal of Addiction*, n.º 82, págs. 343-353.
- Wilson, G. T. (1988), «Alcohol and anxiety», *Behavioral Research and Therapy*, vol. 26, n.º 5, págs. 369-381.
- Wolf, A. W., Schubert, D. S. P., Patterson, M. B., Grande, T. P., Brocco, K. J. y Pendleton, L. (1988), «Associations among major psychiatric diagnoses», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 56, n.º 2, págs. 292-294.
- Woody, G. E., Luborsky, L., McLellan, A. T., O'Brien, C. P., Beck, A. T., Blaine, J., Herman, I. y Hole, A. (1983), «Psychotherapy for opiate addicts: Does it help?», *Archives of General Psychiatry*, n.º 40, págs. 1081-1086.
- Woody, G. E., McLellan, A. T. y O'Brien, C. P. (1990), «Research on psychopathology and addiction: Treatment implications», *Drug and Alcohol Dependence*, n.º 25, págs. 121-123.
- Woody, G. E., Urschel, H. C. y Alterman, A. (1992), «The many paths to drug dependence», en M. D. Glantz y R. W. Pickens (comps.), *Vulnerability to drug abuse*, Washington, DC, American Psychological Association, págs. 491-507.
- Young, J. E. (1990), *Cognitive therapy for personality disorders: A schema focused approach*, Sarasota FL, Professional Resource Exchange.
- Zanarini, M. C., Gunderson, J. G. y Frankenburg, F. R. (1989), «Axis I phenomenology of borderline personality disorders», *Comprehensive Psychiatry*, vol. 30, n.º 2, págs. 149-156.
- Ziedonis, D. M. (1992), «Comorbid psychopathology and cocaine addiction», en T. R. Kosten y H. D. Kleber (comps.), *Clinicians guide to cocaine addiction: Theory, research and treatment*, Nueva York, Guilford, págs. 335-358.
- Zotter, D. L. y Crowther, J. H. (1991), «The role of cognitions in bulimia nervosa», *Cognitive Therapy and Research*, n.º 15, págs. 413-426.
- Zung, W. W. K. (1986), «Prevalence of clinically significant anxiety in a family practice setting», *American Journal of Psychiatry*, vol. 143, n.º 11, págs. 1471-1472.

Notas

1. En esta traducción se ha optado por mantener la palabra *craving* como en el original, ya que no existe una traducción exacta de la misma en la lengua española y porque, en ámbitos profesionales, es frecuente su utilización en la forma anglosajona. El sentido exacto de la palabra *craving* correspondería al «estado de ansia o deseo irrefrenable de usar droga o alcohol». (*N. del t.*)

1. Esta versión fue desarrollada por Fred D. Wright.

1. Advib: nombre comercial de un preparado de ibuprofeno que se utiliza como antiinflamatorio. Tylenol: nombre comercial de un preparado de paracetamol y comercializado en España con idéntico nombre. (*N. del t.*)

1. «Quaalude»: preparado de metaculona que se utiliza como barbitúrico (hipnótico/sedante anterior a la generación de las benzodiazepinas). (*N. del t.*)

1. Esta versión fue desarrollada por Fred D. Wright.

1. Muchos de los elementos de este inventario están basados en el artículo «Estrategias para la prevención de recaídas en el tratamiento del abuso de cocaína» de K. M. Carroll, B. J. Rounsaville y D. S. Keller, *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 17, 1991, págs. 249-265. Adaptado con permiso de Marcel Dekker Inc.

1. Esta versión la desarrolló David Burns y Aaron T. Beck en T. Beck y otros (1979). *Copyright* 1979 para The Guilford Press. Reimpreso con permiso.

1. De *Stress Prevention Training after HIVAntibody Testing: A Trainers Manual*, B. Fishman, 1992, manuscrito, Cornell University Medical College, Nueva York, *Copyright* 1992 por B. Fishman. Impreso con permiso del autor.

No se permite la reproducción total o parcial de este libro, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio, sea éste electrónico, mecánico, por fotocopia, por grabación u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito del editor. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (Art. 270 y siguientes del Código Penal).

Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos) si necesita reproducir algún fragmento de esta obra. Puede contactar con CEDRO a través de la web www.conlicencia.com o por teléfono en el 91 702 19 70 / 93 272 04 47.

Título original: *Cognitive Therapy of Substance Abuse*

Publicado originalmente en inglés, en 1993, por The Guilford Press, una división de Guilford Publications, Inc. Esta edición ha sido publicada por acuerdo con International Editors' Co.

© del diseño de la portada, Planeta Arte & Diseño

© de la ilustración de la portada, Helga_Kor – Shutterstock

© The Guilford Press, 1993

© de la traducción, Antoni Rodríguez Fornells, 1999

© de todas las ediciones en castellano,

Editorial Planeta, S. A., 1999

Paidós es un sello editorial de Editorial Planeta, S. A.

Av. Diagonal, 662-664, 08034 Barcelona (España)

www.planetadelibros.com

Primera edición en libro electrónico (epub): marzo de 2019

ISBN: 978-84-493-3575-4 (epub)

Conversión a libro electrónico: Realización Planeta

Índice

Sinopsis	5
Portadilla	6
Dedicatoria	8
Agradecimientos	9
Prefacio	10
CAPÍTULO 1. PERSPECTIVA GENERAL DEL ABUSO DE SUSTANCIAS	15
CAPÍTULO 2. MODELOS COGNITIVOS DE LA ADICCIÓN	40
CAPÍTULO 3. TEORÍA Y TERAPIA DE LA ADICCIÓN	63
CAPÍTULO 4. LA RELACIÓN TERAPÉUTICA Y SUS PROBLEMAS	77
CAPÍTULO 5. FORMULACIÓN DEL CASO	103
CAPÍTULO 6. ESTRUCTURA DE LA SESIÓN TERAPÉUTICA	123
CAPÍTULO 7. EDUCAR A LOS PACIENTES EN EL MODELO COGNITIVO	139
CAPÍTULO 8. ESTABLECER LAS METAS	150
CAPÍTULO 9. TÉCNICAS DE TERAPIA COGNITIVA	164
CAPÍTULO 10. MANEJO DEL «CRAVING» Y LOS IMPULSOS IRREFRENABLES DE CONSUMIR	187
CAPÍTULO 11. PRESTAR ATENCIÓN A LAS CREENCIAS	200
CAPÍTULO 12. MANEJO DE LOS PROBLEMAS VITALES EN GENERAL	219
CAPÍTULO 13. INTERVENCIÓN ANTE LA CRISIS	245
CAPÍTULO 14. TERAPIA DE LA DEPRESIÓN EN PERSONAS ADICTAS	261
CAPÍTULO 15. IRA Y ANSIEDAD	279
CAPÍTULO 16. TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD CONCOMITANTES	307
CAPÍTULO 17. PREVENCIÓN DE RECAÍDAS EN LA TERAPIA COGNITIVA DEL ABUSO DE SUSTANCIAS	334

APÉNDICE 1. CREENCIAS ACERCA DEL ABUSO DE SUSTANCIAS	354
CUESTIONARIO DE CREENCIAS SOBRE EL «CRAVING» (CBQ)	356
ESCALA DE PREVENCIÓN DE RECAÍDAS	358
APÉNDICE 2. INVENTARIO PARA MANEJAR LA AMBIVALENCIA Y LOS DESLICES	361
APÉNDICE 3. EJEMPLOS TÍPICOS DE LAS VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE UTILIZAR DROGAS	366
APÉNDICE 4. REGISTRO DIARIO DE «CRAVING»	371
APÉNDICE 5. INFORME DEL PACIENTE SOBRE LA SESIÓN DE TERAPIA	372
APÉNDICE 6. POSIBLES RAZONES PARA QUE NO SE REALICEN LAS TAREAS DE AUTOAYUDA ...	376
APÉNDICE 7. INTERVENCIÓN EN TERAPIA COGNITIVA CON PACIENTES...	378
Bibliografía	381
Notas	399
Créditos	408