

DEPENDENCIA DE COCAÍNA Y TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO

Bartolomé Marín Romero

Instituto Provincial de Bienestar Social. Unidad de Adicciones. Diputación Provincial de Córdoba

RESUMEN

Presentamos en este trabajo el resultado obtenido mediante la aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso a un paciente que presenta consumo intranasal abusivo de cocaína, reinterpretando la dependencia de cocaína como Trastorno de Evitación Experiencial (TEE). El tratamiento constó de 12 sesiones semanales de una hora, además de dos sesiones de revisión a los tres y seis meses.

En las sesiones, emplazamos al paciente con el compromiso de participar y realizar la terapia, al menos hasta la sesión número siete. Como se trata de un trabajo multidisciplinar, se hicieron las correspondientes mediciones dentro del ámbito fisiológico que no han sido tenidas en cuenta para este trabajo, debido a que no hubo necesidad de administrar ningún fármaco. Así mismo, realizamos semanalmente controles de orina para verificar la abstinencia a sustancias.

El trabajo, llevado a cabo en un contexto sanitario, hacía necesaria por otro lado la utilización de cuestionarios estandarizados, que se utilizaron al principio de la intervención

y al final, pero no eran los cambios en los resultados de estos los que guiaron la intervención.

Los resultados muestran que tras la aplicación de la intervención se produce un abandono del consumo de cocaína y otras sustancias por parte del paciente y una mejora importante de otros aspectos que se trabajaron en sesión y que no estaban relacionados directamente con la conducta problema que llevó al paciente a la consulta.

Palabras clave: *DEPENDENCIA DE COCAÍNA. TRASTORNO DE EVITACIÓN EXPERIENCIAL. TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO.*

SUMMARY

Results of Acceptance and Commitment Therapy in the treatment of intranasal cocaine use are presented in a single case study and cocaine use is reformulated as an Experiential Avoidance Disorder. Treatment consisted of twelve weekly one hour sessions; in addition two follow-up sessions were carried out, three and six months later.

Client was committed for, at least, seven treatment sessions. Because this is a multidisciplinary intervention, physiological measurements were taken, but they have not been taken into consideration for this study, due to there was no need of providing any medicine. In this way, we carried out urine test weekly to verify the withdrawal from substances.

Intervention was carried out in a health-care context, so standardized questionnaires were administered before and after treatment, although the changes in the responses to the questionnaires were not those which led the intervention. Results show that once the intervention is carried out, a withdrawal in cocaine and other substances consumption is observed. In addition, other issues, not directly related to the cocaine use, were improved when worked in session.

Key words: *COCAINE USE. EXPERIENTIAL AVOIDANCE DISORDER. ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY.*

INTRODUCCIÓN

Actualmente, asistimos a una expansión del consumo de clorhidrato de cocaína esnifada por parte de nuestra juventud. De tal manera esto es así, que los más recientes estudios epidemiológicos indican un aumento del consumo de esta sustancia, según el estudio «Los andaluces ante las drogas IX», (Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, 2005) Asimismo, según la memoria del Instituto Provincial de Bienestar Social, las demandas de atención por sustancias en nuestros centros han pasado a estar mayormente frecuentadas por el abuso de cocaína como droga principal desplazando así a la heroína.

A pesar de que en numerosas ocasiones es frecuente el diagnóstico de Abuso de cocaína, el caso que presentamos a continuación está más relacionado con la categoría diagnóstica de Dependencia de cocaína, ya que se observa *tolerancia, abstinencia y comportamiento compulsivo relacionado con la obtención y administración de cocaína.*»(APA, 1995). Por otro lado, un signo de la dependencia de cocaína lo constituye la dificultad para resistirse a su consumo cuando el sujeto dispone de ella (APA, 1995) La forma de uso más utilizada es la inhalación «esnifar» (Washton, A. 1995), estando justificada la mayor frecuencia de este uso en el mito de la inocuidad. No es extraño por tanto, encontrar sujetos con dependencia de cocaína, que habiendo desarrollado su dependencia usando cocaína esnifada a menudo presentan síntomas que se corresponden con trastorno depresivo. Tradicionalmente, se han utilizado técnicas en la intervención en conductas adictivas basadas en la Terapia de Conducta Cognitivo-Conductual, partiendo dichas técnicas de la asunción de los eventos privados como causas del comportamiento, por lo que se utilizaban las técnicas clásicas de exposición acompañadas de terapia cognitiva para la modificación de pensamientos que pudieran elicitar la conducta adictiva. Como señala Luciano (2002) pp. 96. «*la exposición ha sido la estrategia conductual dominante en terapia de conducta...ya que permite la habituación y el reforzamiento positivo por aproximarse a lo temido además de la extinción de las respuestas emocionales condicionadas*» y en el caso de las conductas adictivas suponía un enfrentamiento directo con la sintomatología negativa derivada del

abandono del consumo de sustancias, con un intento real de eliminación de la ansiedad porque se considera como algo negativo.

Era frecuente, también acompañar dichas técnicas de procedimientos dirigidos a modificar las respuestas fisiológicas que acompañan normalmente a la abstinencia de sustancias, tales como Técnicas de respiración o de relajación. (Graña 1990).

Otras modalidades terapéuticas incluyen la terapia grupal e intervención familiar (Washton, A; 1995) No obstante, la mayoría incluyen intervenciones encaminadas a proporcionar *al paciente* las herramientas necesarias para hacer frente a las situaciones de riesgo y las sucesivas caídas y recaídas en el consumo» incluyendo técnicas de reestructuración cognitiva. Todo ello, insertado en un contexto en el que predomina un enfoque médico de «eliminación del síntoma» hacía propicia la aplicación de dichas técnicas cuando la farmacología (en gran parte de los casos) no eliminaba dicha sintomatología que se consideraba la causante de las recaídas.

No obstante, hoy se abren nuevas perspectivas que sin ser totalmente contradictorias a lo anteriormente expuesto sobre intervención, si aportan otro punto de vista que viene a enriquecer la labor de los terapeutas. Nos referimos al Trastorno de Evitación Experiencial (TEE), así *«desde una perspectiva funcional, un buen número de problemas diferenciados en los sistemas de clasificación sindrómicos se agruparían como TEE, teniendo cabida problemas como las adicciones... El TEE resulta ser una estrategia utilizada en el abuso de drogas y alcoholismo»* (Luciano, et al. 2001) Así, la terapia a emplear debe ser aquella que promueve la alternativa a la evitación, esto es *«aceptar estar dispuesto a notar las funciones verbales de los eventos privados, escoger una dirección valiosa, y actuar en esa dirección con aceptación»* (Luciano, et al. 2001).

Consideramos, por tanto de interés observar los efectos derivados de la aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso, entendida como un avance ligado a la terapia de conducta, en cuanto, en el caso que nos ocupa presenta determinados síntomas (eventos privados) que podríamos relacionar con la abstinencia de cocaína, tales como estado de ánimo disfórico, comportamiento agresivo y ansiedad.

Desde este nuevo punto de vista, terapeuta y paciente *«persiguen la aceptación abierta de los eventos privados, incluyendo como*

elemento fundamental el compromiso con los valores que uno desee... la aceptación consiste en no evitar, controlar o cambiar los elementos que forman parte de de la contingencia. Lo que se propone es que las personas permitan la ocurrencia de los sucesos que evocan las acciones, las reacciones emocionales y/o pensamientos y las consecuencias de todo esto; y que no intenten evitarlos, controlarlos o cambiarlos» (Ferro, 1998)

Por ello, nos planteamos como objetivo del presente trabajo presentar la eficacia de la aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso en un caso de dependencia de cocaína.

MÉTODO

Presentación del problema

El paciente es un joven, soltero de 20 años, que trabaja en un negocio familiar relacionado con la confección. Consume Cábnnabis desde hace 3 años, en cantidad de un cigarrillo a tres por día, elaborados por él y se inicia en el consumo de cocaína hace dos años aproximadamente, a través de unos amigos. Consume a razón de 0,5 gr. por día, empezando este consumo fundamentalmente los jueves y terminando el domingo, ligado ese consumo a contextos festivos. No obstante lo anterior, cada vez es más frecuente el consumo en otros días de la semana sin asociarse a contextos festivos. Aun así, el paciente manifiesta tener bastante control sobre el consumo. Asimismo, afirma beber la cantidad de 5 ó 6 unidades de alcohol en forma de «combinado» en un contexto de botellón que se realiza los fines de semana en la localidad.

Se manifiesta insatisfecho con sus relaciones sociales y comenta que le provocan malestar porque «no tienen» sentido y no hay vínculo afectivo, sino que todo está ligado al consumo y a compartir la experiencia de «búsqueda de drogas y diversión». Refiere preocupación por el estado anímico de los padres desde que se han enterado de su consumo, pero a pesar de todo manifiesta satisfacción con la atención recibida de los padres.

En contadas ocasiones, el paciente ha decidido dejar el consumo de cocaína, no así el de Cábnnabis, no obstante, afirma que aparece

un sentimiento de malestar subjetivo, con disforia, ansiedad y cierta agresividad cuando abandona el consumo de cocaína que le induce a seguir consumiendo para no tener esos síntomas.

Respecto a su ámbito familiar hay que señalar que el paciente es el primogénito de dos hermanos, varón y hembra. Su padre tiene un negocio de confección en el que trabaja el paciente y la madre. Su hermana se dedica a estudiar estando en intervención psicológica por comportamiento bulímico. Por lo demás no hay antecedentes familiares de abuso de sustancias.

Siguiendo con el protocolo establecido se le derivó al médico del equipo de la Unidad de Drogas, para una valoración fisiológica y realización de analítica, en la cual se observaron alteraciones en los valores de GOT/AST y GPT/ALT estando estos incrementados en un promedio del 25%. Así mismo, una primera detección de drogas en orina, resultó ser positiva a cocaína y cánnabis.

Datos de la evaluación psicológica

Para la evaluación utilizamos entrevista estandarizada de la Unidad de Drogas, donde obtenemos una información básica del paciente y del problema que lleva al paciente a la consulta. A través de los datos obtenidos en esta podemos realizar un análisis funcional del problema tomando como datos de interés los antecedentes, la respuesta en todas sus vertientes y las consecuencias de las respuestas.

Asimismo, obtenemos información de interés sobre otras áreas, tales como aspectos sociales y laborales, de formación etc.

En las primeras sesiones utilizamos varios cuestionarios:

STAI (Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo)(Spielberger, C.D; Gorsuch, R.L; y Lushene, R.E. 2002), el MCMI-II (Inventario Clínico Multiaxial de Millon - II) (Millon, T, 1999) y el SCL-90-R (Cuestionario de 90 Síntomas) (Derogatis, L; 2002)

Los datos que obtuvimos del STAI mostraban puntuaciones altas tanto en A/R como en A/E. Los datos obtenidos del MCMI-II no indujeron a un examen más profundo en el área de trastornos de personalidad por no ser significativas y sí se obtuvieron puntuaciones elevadas en las dimensiones obsesiva, depresiva, ansiedad y hostilidad del SCL-90-R. La utilización de estos test viene determinada por el protocolo de intervención existente en la Unidad y por la utilización de algunos ítems a modo de respuesta del sujeto.

Además de los anteriores utilizamos el Formulario de Credibilidad en Razones II Luciano, Gutierrez, Páez y Valdivia en Wilson, K et. al (2002). Obteniendo gran importancia de las razones para hacer o no hacer.

Por otro lado y para guiar la intervención utilizamos el Cuestionario de Valores (Wilson et. Al 2002), viendo que el paciente daba mucha importancia a las relaciones de familia aunque no mostraba consistencia en su comportamiento, en las relaciones de pareja/intimas no eran importantes para el paciente y mostraba consistencia con ese valor, pero también aparecían como muy importantes los amigos pero no mostraba consistencia con ese valor al igual que el área formativa o el cuidado física. Esto nos permitiría guiar la intervención.

Objetivos

El paciente era la primera vez que acudía a consulta presionado por sus padres. No obstante, no manifestaba mucha resistencia a la ayuda para abandonar el consumo de cocaína, si en cambio, manifestaba su rechazo al abandono del consumo de Cábnnabis.

Precisamente, el deseo del paciente de estar «integrado en una familia feliz» le hacía plantearse el abandono del uso de cocaína para conseguir ese objetivo. No obstante, el paciente manifestaba cierto temor a los eventos negativos que surgirían como consecuencia del abandono de la cocaína.

Así los objetivos planteados según se derivaron de las sesiones de evaluación fueron los siguientes:

1º) Abandonar el consumo de cocaína en un primer momento y posteriormente el de Cábnnabis.

2º) Exposición a las experiencias derivadas del abandono del uso de cocaína

3º) Mejora de las relaciones familiares.

4º) Implicación en las relaciones sociales que el paciente elija.

Procedimiento

Como hemos señalado más arriba la intervención, posterior a la sesión de acogida, constó de 12 sesiones, las siete primeras con una

frecuencia semanal y las siguientes, con una frecuencia quincenal, con una duración aproximada de una hora más dos sesiones de seguimiento, una a los tres meses y otra a los seis meses. Con los padres manteníamos contacto en la primera sesión para obtener datos de la evolución de la conducta problema y posteriormente contacto telefónico para corroborar los datos obtenidos del paciente en consulta y para hacerlos partícipes de las tareas encomendadas al paciente.

Las sesiones de intervención, estaban estructuradas para facilitar el trabajo dado el contexto y la necesidad de aprovechar el tiempo al máximo, así se empezaba con la recogida de información de lo acaecido durante la semana, posteriormente introducíamos las técnicas de act, después proponíamos tareas para casa.

En un primer momento, se planteó la elección de valores por parte del paciente y se confrontaron los valores consumo de cocaína/relación familiar, manifestando el propio paciente la incompatibilidad de ambos valores, no obstante, se enfatizaba la independencia del paciente para la elección del «camino a seguir» para no seguir potenciando el «pliance» o *«conducta de seguimiento de reglas debida a una historia de consecuencias mediadas socialmente por una correspondencia formal entre el estímulo verbal antecedente y la conducta relevante»* (Luciano y Hayes, 2001).

Asumimos, con Luciano y Hayes, que el trastorno de conductas adictivas, normalmente es equivalente a un Trastorno de Evitación Experiencial, en tanto la persona «no está dispuesta a establecer contacto con sus experiencias privadas»; en el caso que nos ocupa, el paciente refiere disforia, ansiedad y sentimientos negativos ligado a la ausencia de cocaína, convirtiéndose el comportamiento de consumo en adaptativo pero solo a corto plazo, dando lugar a problemas en la vida de la persona a largo plazo. Por otro lado, los pensamientos relacionados con las relaciones de amistad, *«el uso de cocaína me facilita la integración» «gracias a la cocaína soy un tío divertido y marchoso»* etc. favorecen el contexto de las razones a favor del consumo de cocaína. En este caso, asumimos como las estrategias más efectivas para intervenir la exposición al fenómeno temido, por permitir la habituación y reforzamiento positivo y extinguir la clase de respuesta de evitación, en este caso el consumo de cocaína.

Estrategias de la Terapia de Aceptación y Compromiso

Metáforas: Se convierten en un instrumento muy útil por la facilidad de su recuerdo, incluso porque permite participar al propio paciente en la creación de las mismas. Nos permiten disminuir la eficacia de los «pliance» (seguimiento de reglas mediadas por otros).

Ejercicios Experienciales: Con estos ejercicios pretendemos que el paciente contacte con pensamientos, sentimientos, recuerdos, sensaciones, etc. normalmente evitados.

Estas estrategias se iban introduciendo en terapia en función de las metas a perseguir estando estas plenamente ligadas a los objetivos y valores planteados por el paciente en las sesiones de evaluación.

Paradojas: Se plantean como contradicciones entre lo que decimos y la conducta no controlable verbalmente, por ejemplo cuando decimos a un chico joven «no obedezcas» o en consulta decimos «no te pongas nervioso».

Sesión 1

En esta sesión se realizaba la evaluación, consistente un reconocimiento básico a nivel fisiológico por parte del médico del Centro, control toxicológico de sustancias y una primera toma de contacto con el padre y los familiares, así mismo suponía la pasación de algunos cuestionarios. La entrevista con los familiares pretende obtener información acerca de la conducta del paciente en el hogar. Pedimos a los padres información sobre el inicio de la conducta problema, etapa evolutiva en la que se encontraba. En esta sesión a los padres también se les daba información básica de las características de la conducta de consumo de cocaína, manejo de problemas. Ofrecimos información de las intervenciones posibles enfatizando aspectos médicos y psicológicos. Informamos a los padres y al paciente que nuestra misión no es la de indicar al paciente lo que tiene que hacer y proponerle que evite las situaciones temidas sino todo lo contrario y que supondría un trabajo conjunto de todos, especialmente paciente y terapeuta pero siendo los padres claros respecto a los valores de consumo de cocaína por parte del hijo, esto es actuar según su criterio cuando el hijo consumiera. Alcanzamos

el acuerdo de estar en tratamiento durante siete sesiones, a lo largo de las cuales analizaría su evolución que no siempre tiene que ser «agradable» sino valorarla en función del seguimiento de sus valores.

Descartamos, tanto desde el punto de vista médico como desde el punto de vista psicológico la aplicación de medicación, por resultar una prolongación del problema del cliente, esto es, perpetuar el TEE, es decir, por suponer una evitación de la sintomatología derivada del abandono del uso de cocaína.

Sesión 2

En esta sesión explicamos al paciente el modelo de trabajo que íbamos a llevar a cabo y terminamos de pasar los instrumentos de evaluación psicológica. Planteamos que sería muy difícil eliminar los deseos de consumo de cocaína y los estados anímicos a ellos asociados de disforia, malestar subjetivo. El paciente manifestaba que usaba muy a menudo la cocaína para sus relaciones sociales, para «sentirse importante» y que no sabría o podría afrontar las situaciones de los fines de semana sin «colocarse». Así mismo el paciente enfatizaba que controlaba el uso de cocaína, aunque cuando aparecía malestar le resultaba más difícil. Le proponíamos la *metáfora de los dos escaladores* con el objeto de que el paciente eliminara la concepción tradicional de psicoterapeuta y hacerle ver que íbamos a trabajar de manera conjunta y era necesaria la implicación activa de ambos. Le enfatizamos que en algunas sesiones no lo íbamos a pasar bien y que pasaríamos momentos dolorosos, para lo cual utilizamos la *metáfora del dentista*.

Hicimos en la consulta un gráfico sobre la manera de actuar del paciente, consistente en la descripción de un episodio de consumo habitual en los fines de semana teniendo en cuenta las situaciones que el paciente reconoce como problema (sensación de malestar, disforia, sensación de distanciamiento en las relaciones sociales) y el consumo de cocaína para evitar ese malestar, provocando en el paciente la sensación de ser una solución a corto plazo pero no a largo plazo, el paciente describía que a partir del consumo todo cambiaba rápidamente, pasando a estar bien, muy cercano a sus amistades, sintiéndose el centro de la atención, etc. Vimos la posibilidad

de valorar otras facetas de su vida recurriendo a las respuestas dadas al cuestionario de valores. Planteamos la metáfora del entierro utilizando a los familiares, en ella el paciente se veía a sí mismo como «un desconocido para su familia» «que todo lo hacía por egoísmo» El paciente se mostró conforme a cambiar su comportamiento con respecto a la familia, aunque reconocía que debería, para ello, empezar a dejar el consumo de cocaína. Propusimos al paciente un registro de las sensaciones vividas a lo largo de la semana, sobre todo en los contextos de consumo para la siguiente sesión.

Sesión 3

Se realizó control toxicológico de consumo de sustancias siendo el resultado negativo a consumo de cocaína. El paciente manifestó que había evitado asistir a lugares relacionados con el consumo y relacionarse con amistades consumidoras, lo que le sirvió para justificar no haber realizado registro alguno. Valoramos positivamente su actitud por lo que suponía de compromiso con el valor de no consumir, planteando preguntas acerca de «si esa era la solución a sus problemas de consumo» haciéndole ver que estaba evitando el «miedo de no ser capaz de estar abstinente». Explicamos de manera muy básica los mecanismos de extinción y utilizamos la «metáfora de alimentar al tigre» aplicada a los deseos de consumo. Explicamos al paciente cuáles eran los beneficios y el costo del consumo de cocaína para eliminar los sentimientos asociados a la abstinencia. El paciente asumía los efectos «positivos» iniciales manifestando que posteriormente se sentía mal, fracasado y alejado de su familia. No obstante, el paciente solicitaba «algo» para no sentirse mal, de forma que pudiera estar en los lugares a los que acudían sus amigos. Al afirmarle el terapeuta que así «estaba evitando sentimientos y sensaciones» el problema seguía de fondo.

Como tarea propusimos al paciente exponerse a situaciones relacionadas con el consumo de cocaína, ante lo cual, los familiares expusieron sus dudas sobre la idoneidad de la tarea. Explicamos a los padres, mediante conversación telefónica, la necesidad de ir asumiendo ciertos riesgos como la exposición para ir adquiriendo control sobre la conducta de consumo.

Sesión 4

Realizamos control toxicológico dando resultado negativo a consumo de cocaína. El paciente había salido normalmente con sus amigos y había estado expuesto a ofrecimientos y a comentarios despectivos de sus amigos, sintiendo grandes deseos de consumo y pensando si era útil seguir abstinente a cocaína. Reconoció el paciente ser incapaz de «hacer frente al monstruo» y abandonó la situación. Explicamos la metáfora de la ola «expresando el deseo de consumo de cocaína como una ola que se acerca y va aumentando su tamaño pero al final se rompe» (Wilson, K; y Luciano, M.C. 2001).

Hicimos el ejercicio del contacto visual, para poner en contacto en sesión al paciente con sentimientos de malestar, pensamientos y sensaciones desagradables y no hacer nada.

Sesiones 5 y 6

El paciente mostró en estas sesiones preocupaciones por las relaciones de amistad, manifestando su obsesión por temor a perderlas. En estas sesiones trabajamos «el coste de elegir una dirección» sin tener claros los resultados en otras. Así poníamos de manifiesto que no sabíamos que pasaría con sus amistades independientemente de lo que ocurriera con su conducta de consumo de cocaína. No obstante, nos situábamos en la «dirección elegida» de conducta de abstinencia respecto a cocaína y observaríamos lo que ocurría a modo de experimento. Trabajamos la metáfora del viaje, consistente en exponer que en este viaje tendremos momentos difíciles y habrá momentos en los que su experiencia le dirá que hay que volverse y abandonar, mientras en otros momentos todo irá sobre ruedas, pero lo importante es llegar a su meta.

El paciente mostraba su preocupación porque los deseos de consumo no desaparecían, retomábamos si eso era lo importante, o era más importante trabajar de acuerdo a sus valores, para lo cual recurrimos a la metáfora de «andar con chinas en el zapato». A partir de ahí, planteamos el tema de las relaciones familiares y mostró el paciente la posibilidad de pasar más tiempo con su familia e implicarse en las actividades que esta hacía los fines de semana, como era irse al campo, viajes, etc.

Volvimos a plantear el tema del registro de sensaciones como un instrumento útil para la terapia, que nos permitiría ver situaciones de evitación, no obstante el paciente seguía mostrando reticencia.

Sesiones 7 y 8

A partir de aquí planteamos al paciente la continuación o abandono de la terapia tal y como acordamos en el principio. El paciente afirmaba querer continuar, ya que aunque no habían mejorado sus deseos y sus temores y sentimientos de malestar, veía que estaba empezando a cambiar de vida, en lo que a su familia se refería. Que además estaba empezando a plantearse la posibilidad de iniciar estudios aunque tenía muchas dudas de si sería capaz de finalizarlos o supondría otra vez un fracaso en algo que comienza y no acaba.

En estas sesiones trabajamos la conducta de consumo de Cábnnabis y la «presunta» función de evitación que podía estar haciendo. Si asumíamos que servía como elemento de unión entre sus amigos al no darse casi nunca el consumo en aislado y que podía ser una conducta sustituta del consumo de cocaína. El paciente manifestaba que le «ayudaba a sentirse bien» y que además «lo utilizaba con los amigos» con lo que se sentía más integrado. Pusimos sobre la mesa que estaba evitando sus sentimientos y que su consumo podía estar manteniéndose por las mismas razones que el consumo de cocaína. Le ponemos en situación con la metáfora del punto en el horizonte, relacionado con el consumo de drogas y su familia, cada paso tiene una dirección, y en esa dirección si cambiamos nos podemos poner de parte de la evitación.

Trabajamos la metáfora del conductor de autobús y los pasajeros, poniendo de ejemplo un autobús con pasajeros y siendo el conductor el propio paciente, mientras que los pasajeros serían los sentimientos de aislamiento y los pensamientos y sentimientos asociados al consumo de Cábnnabis. Se trata de hacerle ver que su vida puede estar al servicio de los pasajeros y que él puede dirigirla a lo que es importante para su vida. El paciente manifestaba que era posible que utilizara el Cábnnabis como sustituto de la cocaína para sentirse bien con las amistades y «sentirse el centro de atención», con lo que pusimos de manifiesto que el uso del Cábnnabis estaba al servicio de la evitación.

Sesión 9

En esta sesión hubo reconocimiento médico y control toxicológico, siendo positivo a Cánnabis, aunque el paciente reconocía no haberlo utilizado, no obstante, mantuvimos la posibilidad de ser cierta la afirmación del paciente al ser el Cánnabis un elemento más lento de eliminar del organismo, y siendo posible detectarlo en orina incluso después de 10 de haberlo consumido. El paciente manifestó estar más contento consigo mismo y la satisfacción por la consecución de objetivos. Una vez pasados los cuestionarios de nuevo el paciente manifestaba que todavía se «sentía angustiado» «algo ansioso» pero que prácticamente le pasaba pocas veces y que cuando tenía pensamientos relacionados con el consumo no mostraba preocupación por «tener muy claro su compromiso», aunque le gustaría que desaparecieran ya que le daba todavía miedo la posibilidad de volver a usar la cocaína para sentirse bien.

Utilizamos la metáfora de las gafas, (similar a la del sombrero pero aprovechamos el uso de ellas por parte del paciente) Planteamos que el paciente había elegido su nuevo estilo de vida, e iba a seguir implicándose con sus amistades o las cambiaría, pero no usaría las drogas como forma de sentirse mejor porque así lo había elegido.

Sesiones 10 y 11

En estas sesiones se plantearon los logros obtenidos a través de la intervención y la apertura del paciente a nuevas metas relacionadas con la formación y el trabajo, manifestando el paciente ciertos miedos pero convencido de que no interferirían con su consecución. El paciente se mostraba con ganas de iniciar estudios relacionados con su trabajo y simultanear ambos. Estos miedos hacían referencia a «posible fracaso y nueva frustración para sus padres» (a pesar de que estos lo animaban a hacerlo). No obstante, el paciente estaba dando pasos a la consecución de esos objetivos. Retomamos la metáfora del autobús y los pasajeros, incidiendo en que el autobús pararía y subirían nuevos pasajeros, pero el conductor era el propio paciente. Referente al trabajo, mostraba disposición a ser más asertivo y no ocultar sus opiniones, a pesar de que aún se sentía «inferior» a sus compañeros.

Mostró tener una buena relación tanto con sus padres como con su hermana menor. Y muy buena relación con sus amigos, no habiendo problemas a la hora de decir no a determinadas peticiones relacionadas con el consumo de sustancias.

Sesión 12

En esta sesión hicimos una revisión de lo que habíamos trabajado en los meses anteriores. Informamos de la probabilidad de recaída, y para ello utilizamos la metáfora del viaje (Wilson, K. et al 2002). Una utilización de nuevo de sustancias estaría «dando lugar a una evitación» y alejando al paciente de sus valores. El trabajo de elección de valores permitía a la persona saber donde tenía que dirigir sus pasos. Los valores son los que van a permitir al paciente guiar sus acciones. Los pensamientos sobre sus amistades, miedo al fracaso, volverán a hacer acto de aparición y querrán instaurar la agenda anterior, no obstante, si el paciente persigue valores estos serán mejor guía. (Wilson, K et. al 2002)

El paciente se sentía seguro y que ya prácticamente no tenía miedo de recaer en el consumo de sustancias. No obstante, afirmaba que si recaía sabía lo que tenía que hacer.

Reconocimos positivamente su actitud a lo largo de la terapia y el mantenimiento del compromiso adquirido. En esta sesión entregamos de nuevo los cuestionarios utilizados a excepción del MCMI-II con el objeto de que nos lo hiciera llegar.

Sesiones 13 y 14

El paciente seguía abstinentes, no había consumido ninguna sustancia. Consumía esporádicamente alcohol. Se había matriculado en un curso de informática y la relación con los familiares era muy buena. Todos estos datos fueron corroborados mediante conversación telefónica con los padres. Manifestaba que a veces aparecían deseos de consumo pero que no había habido ningún problema al respecto. En este caso, el paciente se mostraba comprensivo con el fenómeno de aparición de deseos, pero afrontaba la exposición a situaciones temidas relacionadas con el consumo de manera abierta, sabiendo que era el costo que tenía que pagar para seguir adelante.

RESULTADOS

En el STAI y en SCL-90-R se observaron descensos en las puntuaciones, siendo estos más visibles en lo que a la vivencia de ansiedad por parte del paciente se refiere. Pero desde nuestro punto de vista, y de acuerdo con los objetivos que nos planteamos en la intervención, quizá los resultados más importantes se encuentren en la desaparición del consumo de sustancias y en la mayor implicación del paciente en actividades a realizar conjuntamente con la familia por un lado y en el aumento de la importancia de los valores del paciente como guía de su «andar por la vida».

Las puntuaciones en referentes a credibilidad de razones habían disminuido y las puntuaciones en el cuestionario referido a valores mostraba una disminución de la discrepancia en las áreas de interés para el usuario, esto es Familia, amigos, trabajo y puntuación.

Tabla 1. Resultado de Controles toxicológicos realizados

SESIONES	1*	3*	5*	7*	9*	14*
Cocaina	+	-	-	-	-	-
Cannabis	+	+	+	+	-	-

Tabla 2. Datos obtenidos a través del STAI

	Preintervención	Postintervención
Ansiedad/Rasgo	65	60
Ansiedad/Estado	70	40

Tabla 3. Resultados Cuestionario de Valores (Wilson et. Al 2002)

Discrepancias Importancia-Consistencia

	Preintervención	Post intervención
Familia	4	1
Pareja	0	1
Amigos	2	0
Trabajo	5	2

Tabla 4. Resultados Formulario Credibilidad en Razones. Formato Cerrado (Luciano, Gutierrez, Paez y Valdivia, 2002)

	Preintervención	Postintervencion
Credibilidad Razones	100	19

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos muestran la eficacia de la Terapia de Aceptación y Compromiso en los trastornos adictivos. Como señala Wilson y Luciano (2002), pp. 103 «*ACT se ajusta especialmente a personas que llevan años luchando con sus eventos privados y no han obtenido resultado alguno*». En el caso que hemos presentado, hemos combinado Técnicas clásicas de exposición pero añadiendo lo que entendemos que deben ser los valores en terapia como una guía para «caminar por la intervención». Así los resultados obtenidos en los distintos cuestionarios muestran la incidencia de ACT sobre todo en los pilares teóricos que sustentan dicho modelo de intervención. Uno de los principales elementos de los programas conductuales para el control de la conducta adictiva es precisamente, el desarrollo de conductas alternativas y el significado de la aceptación (Secades; R. y Pérez, M. 1998) Por otro lado, según señalan diversos autores, (Páez, et. al 2006) es importante tener en cuenta los valores por lo que puede suponer un cambio en el énfasis en la terapia desde los síntomas hacia la consecución de un estilo de vida plena y más saludable.

Se convierte en un nuevo enfoque por tanto, que sin ser contradictorio con otros modelos de intervención actualmente en los CAD, (Pedreo, P y Puerta, C. 2001) permite un abordaje del fenómeno de las drogodependencias no exclusivamente centrado en la sintomatología del síndrome de abstinencia de la sustancia sino que permite ir más allá y proponer un nuevo estilo de vida en el paciente asumiendo los valores de este como elemento central. Esto no debe conllevar un rechazo total del modelo médico, actualmente preferente en gran número de los servicios de atención a drogodependientes sino que deben complementarse, pero sí debería plantearse quizá como elemento transitorio dentro del proceso terapéutico del paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association (APA) (1995) *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales* (1ª Ed.) (DSM IV). Barcelona: Masson.

- Consejería para la Igualdad y Bienestar Social (2005): *Los Andaluces ante las Drogas, IX*. Sevilla: Junta de Andalucía.
- Derogatis, L.R. (2002). Cuestionario de Síntomas (SCL-90-R). Madrid: TEA.
- Ferro, R. (1998) La aceptación y la Terapia de Conducta. *Análisis y Modificación de Conducta* 24 (94), 217-236.
- Graña, J.L. (1994). *Conductas Adictivas. Teoría, Evaluación y Tratamiento*. Madrid. Debate.
- Huerta, F; Gómez, S; Molina, A.M.; Luciano, M.C (1998) Ansiedad Generalizada. Un estudio de caso. *Análisis y Modificación de conducta* ,24(97), 751-766.
- Luciano, C. y Hayes, S. (2001) Trastorno de Evitación Experiencial. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 1(1) 109-157.
- Millon, T (1999) Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II (MCMI-II). Madrid: TEA.
- Páez, M; Gutierrez, O; Valdivia, S; Luciano, M.C. (2006) Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y la importancia de los valores personales en el contexto de la terapia psicológica. *Internacional Journal of Psychology and Psychological Therapy* 6(1) 1-20.
- Pedreo, E.J.; Puerta, C. (2001) Atención a usuarios de cocaína desde un centro de atención a drogodependencias. *Trastornos Adictivos* 3(1) 11-20.
- Secades, R; Pérez, M. (1998) Análisis Conductual de los Procesos de Cambio en Alcohólicos Anónimos. *Análisis y Modificación de Conducta* 24(98), 884-904.
- Spielberger, C.D; Gorsuch, R. L. y Luxhene, R.E. (2002) Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo (STAI). Madrid: TEA.
- Washton, A. (1995). *Adicción a la cocaína*. Barcelona. Ed Paidós.
- Wilson, K; y Luciano, M.C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso. Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid. Pirámide.