

Seguimiento del abordaje psicoterapéutico en una terapia de grupo con
pacientes dependientes a la cocaína: estudio de una modalidad de
intervención terapéutica

Master Universitario en Psicología General Sanitaria
Universidad Ramon Llull

Mar Torrella Gil

Trabajo Final de Master dirigido por:

Dr. Xavier Carbonell

Enero, 2019

Resumen

El presente trabajo describe el proceso psicoterapéutico de una terapia grupal de pacientes con dependencia de cocaína. Este grupo está compuesto por seis miembros de edades comprendidas entre los 33 y los 48 años en abstinencia de esta sustancia. El abordaje terapéutico se ha realizado principalmente desde una orientación Cognitivo Conductual y se ha llevado a cabo semanalmente en el CAS de Sants. Se ha escogido esta modalidad terapéutica por ser representativa de la alianza terapéutica y del interés suscitado por una mejora considerable de los pacientes durante su estancia en el grupo. El objetivo del este estudio es describir la intervención psicoterapéutica realizada durante siete sesiones, explicando las técnicas utilizadas y analizando la evolución del grupo.

Palabras clave: dependencia de cocaína, grupo de cocaína, intervención psicoterapéutica, orientación Cognitivo Conductual.

Abstract

This paper is aimed at describing the describing the psychotherapeutic process of group therapy of patients with cocaine dependence. This group consists of six members aged between 33 and 48 years who are currently in abstinence from this substance. The therapeutic approach has been carried out mainly from a cognitive behavioral orientation and has been carried out weekly in the CAS of Sants. This therapeutic modality has been chosen because it is representative of a great therapeutic alliance and of the interest aroused by a considerable improvement of the patients during their stay in the group. The objective of this study is to describe the psychotherapeutic intervention performed during seven sessions, explaining the techniques used.

Key words: cocaine dependence, cocaine group, psychotherapeutic intervention, cognitive behavioral orientation.

Tabla de contenido

1.	Contexto del caso.....	4
2.	Marco teórico.....	5
3.	Descripción de los miembros del grupo, genograma y mapa relacional.....	9
4.	Curso de la terapia e intervención.....	20
4.1.	Sesión 1: « Somos enfermos y siempre lo seremos ».....	21
4.2.	Sesión 2: « Recaída vs. caída ».....	24
4.3.	Sesión 3: « El estigma ».....	25
4.4.	Sesión 4: « Para ayudar a los demás, primero tengo que estar bien yo ».....	26
4.5.	Sesión 5: « Estado de alerta ».....	28
4.6.	Sesión 6: « Las asociaciones de la cocaína ».....	29
4.7.	Sesión 7: « La motivación como estrategia terapéutica ».....	31
5.	Reflexiones finales.....	33
6.	Referencias.....	35

1. Contexto del caso

En la ciudad de Barcelona hay un Centro de Atención y Seguimiento a las Drogodependencias (CAS) por cada uno de los diez distritos municipales en los que se divide la ciudad. Los pacientes derivados o que acuden por voluntad propia tienen que estar empadronados en el distrito del CAS correspondiente (en este caso Sants-Montjuic).

Se ha escogido analizar un grupo por dos motivos. El primero es el interés que suscita la dinámica grupal y para analizar la evolución e interacción con otros pacientes en situaciones de consumo similares se ha escogido analizar un grupo. El segundo motivo es que en el CAS de Sants las visitas individuales con los pacientes se programan cada dos, tres o cuatro semanas, en función de la demanda y de la gravedad de ésta. Por ello, como estudiante en prácticas es muy difícil coincidir con un paciente en sus sesiones de terapia individual.

El objetivo del grupo terapéutico de cocaína es colaborar con el paciente para conseguir la abstinencia total del consumo de cocaína. Además, dentro del grupo se busca que ellos expresen sus demandas, se sientan comprendidos al ver situaciones similares a las suyas tras el consumo de una sustancia, reafirmen su autoconcepto, mantengan la abstinencia, valoren las situaciones de riesgo, conseguir la motivación para el cambio, trabajen en la prevención de recaídas, reflexionen en el aprendizaje de posibles recaídas, y en pocas palabras, que pongan la parte vivencial que los profesionales no pueden aportar al no haber pasado por sus circunstancias.

Para acceder al grupo terapéutico de cocaína en el CAS de Sants, el paciente debe de mantener la abstinencia al menos durante un mes. Esta abstinencia está monitorizada mediante controles de orina semanales (1 o 2 veces/semana) realizados en la enfermería del propio CAS. Además, se valora la motivación para el cambio y el perfil del paciente. El psicólogo deberá determinar la adecuación del perfil del paciente en el grupo para que no suponga ningún tipo de involución o problemática, y que en vez de eso, contribuya positivamente en el grupo. También es interesante comentar que no todos los grupos terapéuticos tienen como objetivo la abstinencia absoluta, existen, dentro del mismo CAS, terapias de grupo que tienen como objetivo la reducción de

daños en el consumo de una determinada sustancia. Entre estos grupos se encuentran el grupo de cannabis y el de *chemsex*. Con respecto a los criterios de exclusión del grupo, un paciente sería expulsado del grupo después de varias recaídas o si muestra falta de respeto hacia el resto del grupo o falta de compromiso con éste.

El grupo estudiado está formado por seis pacientes que se reúnen cada miércoles a las 18:45 durante unos 60 minutos. Al terminar, los terapeutas toman las notas y registran la asistencia.

Derivación	Médico de cabecera, CAS Nou Barris (cambio domicilio), asuntos penales
Evaluación	-Síndrome de dependencia de la cocaína (F14.2) (CIE-10) -Entrevista de Cribado de Patología Dual (ECDD-5) y escala de severidad
Tratamiento psicológico	Entrevista Motivacional + TCC (Terapia Cognitivo Conductual)
Tratamiento farmacológico	Antabús (interdictor) (poner antidepresivos, ansiolíticos que faltan)
Programa	Cocaína y otros psicoestimulantes

Tabla 1. Datos relativos a la derivación, la evaluación y los tipos de tratamiento de los pacientes del programa de cocaína.

2. Marco teórico

La cocaína es un alcaloide que proviene de las hojas del arbusto *Erytroxylon Coca*. Esta sustancia ejerce en nuestro organismo como un potente estimulante del sistema nervioso central (Revista Española de Drogodependencias, 2015). La cocaína es, tras el cannabis, la droga ilegal de mayor consumo entre los adultos jóvenes. Cerca de 7,5 millones de jóvenes europeos de entre 15 y 34 años la han probado en alguna ocasión.

La prevalencia media de consumo alguna vez en la vida se sitúa en el 5,3%. España es uno de los cinco países que superan esta cifra. (Belloso, Díaz, López, Thais, 2015). Según la encuesta EDADES 2015, en España en 2015, más de 620.000 personas habían consumido cocaína en el último año. De estos consumidores se estima que al menos 72.962 personas son consumidores problemáticos/de riesgo de cocaína (personas de 15-

64 años que han consumido cocaína 30 o más días en el último año), lo que equivale al 0,23% de la población de 15 a 64 años y al 11,7% de los consumidores del último año (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2017). La cocaína conlleva graves consecuencias orgánicas, psiquiátricas y sociales. El DSM IV-TR recoge de forma extensa diferentes trastornos relacionados con ella, bien por el propio consumo (intoxicación, abuso o dependencia), o inducidos por él (abstinencia, delirium, psicosis, ansiedad y alteración del ánimo, del sueño o sexual) (Belloso, Díaz, López, Thais, 2015)

Con respecto a la población consumidora, el consumo de cocaína es más frecuente entre los hombres y se inicia a una edad media de 21 años (Observatorio Español de las Drogas y Adicciones, 2017). El policonsumo de drogas legales e ilegales es un patrón de consumo cada vez más frecuente con el que se busca potenciar o compensar los efectos de diferentes drogas, que aumenta los riesgos y los problemas asociados y dificulta su tratamiento (Bonet, Salvador, Torres, Aluco, Cano, Palma, 2015). En la mayoría de las personas el consumo de cocaína se lleva a cabo de acuerdo a un patrón compulsivo por lo que el usuario se administra la droga cada 10-30 minutos hasta agotar la cantidad disponible. Debido a este patrón compulsivo, la cantidad de droga consumida aumenta conforme se desarrolla la dependencia. El consumo de esta droga se ha extendido a diferentes colectivos y clases sociales. La población consumidora es cada vez más joven (Ambrosio, 2008). Su consumo se asocia al ocio nocturno y al consumo de otros tóxicos, especialmente el alcohol (Bonet, Salvador, Torres, Aluco, Cano, Palma, 2015).

La cocaína se puede consumir de diversas vías de administración. El consumo mayoritario es en polvo, administrada por vía intranasal (esnifada). La prevalencia del consumo de cocaína base o crack es muy baja y de inicio más tardío (Bonet, Salvador, Torres, Aluco, Cano, Palma, 2015). La cocaína como base libre tiene la propiedad de fundirse en cigarrillos pulverizada y mezclada con tabaco o marihuana, o inhalada en recipientes calentados. Estas formas de consumo posibilitan una entrada de la droga muy rápida en el cerebro y que alcance concentraciones elevadas en el tejido nervioso en muy poco tiempo. Por ello, la aparición de la base libre ha supuesto un aumento del riesgo de potencialidad adictiva y efectos tóxicos adversos de la cocaína (Ambrosio, 2008).

Con respecto a la sintomatología, Ambrosio (2008) afirma los síntomas relacionados que indican la existencia de dependencia en los consumidores de cocaína son: anhedonia, anergia, disforia, depresión, insomnio, irritabilidad, ansiedad e hiperfagia. Se trata de un ciclo en el que se vuelve al consumo, debido, en parte, a la influencia de los estímulos ambientales asociados al consumo previo de la droga.

Dentro del marco referencial de las adicciones, el modelo biopsicosocial surge como una necesidad de cambio ante las perspectivas imperantes en un determinado momento histórico en el cual la atención clínica se centraba solo en el aspecto médico sin tener en cuenta un cúmulo de elementos presentes en el territorio de lo humano. Fue Engel en 1977, quien planteó la necesidad de considerar los factores psicológicos y sociales dentro de la medicina, tanto en los procesos diagnósticos como de tratamiento y desarrolló el Modelo de Atención Transteórico (Biopsicosocial) (Huerta, Gaona, Hernández, Ortiz y Rivas, 2016).

En el abordaje psicoterapéutico de las adicciones, los datos actuales muestran que la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) es de las intervenciones que han reunido mayor número de evidencias empíricas. Existen diversos estudios que demuestran que la TCC es eficaz en el tratamiento para conseguir y mantener la abstinencia en pacientes dependientes de cocaína. En dependencia de cocaína se ha estudiado la Entrevista Motivacional (EM) mostrando eficacia en la reducción del consumo en pacientes poco motivados inicialmente. La evidencia sugiere que la combinación de dos tipos de tratamiento psicológico, EM y TCC, potencia los efectos de la intervención, ya que mejora la retención (Sánchez, Días-Morán, Grau-López et al., 2011). Una parte importante de la investigación sobre tratamiento de adicciones, estudia la eficacia de determinadas técnicas de intervención, en donde el enfoque cognitivo-conductual se combina con programas multimodales de atención (Casari, Albanesi, Maristany, Ison, 2016). Desde la perspectiva cognitivo conductual, el énfasis está puesto en el aprendizaje y desarrollo de las habilidades orientadas a facilitar y enriquecer la capacidad de autocontrol. Las técnicas específicas incluyen la exploración de consecuencias positivas y negativas del uso continuado, el auto-monitoreo para reconocer la compulsión por las drogas en una etapa temprana, y la elaboración de estrategias para afrontar y evitar las situaciones de alto riesgo y el deseo de usar drogas

(González, 2017). En resumen, la terapia cognitivo-conductual ha mostrado su efectividad tanto cuando se administra en formato individual como cuando se aplica en un contexto grupal (Horcajadas, Barreiro, Berdullas, Iraurgi, Llorente, López, et.al, 2010).

Un aspecto a tener en cuenta en el ámbito de las drogodependencias es el Modelo Transteórico del cambio, propuesto por James Prochaska y Carlo DiClemente, que intenta delimitar y describir los elementos esenciales subyacentes al proceso de cambio intencional de cualquier conducta adictiva, ya sea con o sin ayuda profesional (González, 2017). James Prochaska y Carlo DiClemente (1984) proponen en este modelo Transteórico del cambio, un conjunto de estadios o fases por las que transita una persona en el proceso de cambio del síntoma o problema.

Centrándonos ahora en la terapia de grupo, Huerta, Gaona, Hernández, Ortiz y Rivas, (2016) la definen como una o más intervenciones estructuradas para tratar problemas de salud y de otra índole causados por el abuso de drogas y aumentar u optimizar el desempeño personal y social. Si bien el contenido específico de los grupos varía enormemente, las tendencias y los procesos son muy similares. Esto es, independientemente de la naturaleza del grupo y la orientación teórica del terapeuta, algunas tendencias generalizadas se muestran en la mayoría de los grupos que permanecen durante un período de tiempo. De manera general, la intervención grupal sigue siendo una trayectoria más o menos predecible en su evolución y desarrollo (Huerta et.al, 2016). El abordaje de la adicción a drogas desde la terapia cognitivo-conductual grupal tiene como objetivo mejorar las capacidades cognitivas y de comportamiento del paciente para poder cambiar el consumo de alcohol, tabaco y/u otras drogas y lograr mantener la abstinencia (Huerta et al, 2016).

Según Huerta et al. (2016) el abordaje del consumo de sustancias en la terapia grupal cognitivo conductual tiene algunas de estas ventajas: proporciona apoyo positivo al consumo de sustancias psicoactivas, el grupo reduce la sensación de aislamiento de cada uno, ayudan a la conciencia de que no son los únicos que tienen este problema, el grupo les permite ver los logros de los demás y por eso, aumentar su esperanza y el grupo ayuda al cambio del concepto de sí mismos e incrementar la percepción de autoeficacia.

Existe abordaje psicoterapéutico de grupo para el tratamiento de distintos tipos de sustancias (alcohol, cannabis, nicotina, cocaína, por ejemplo) y adicciones comportamentales. En este trabajo nos centraremos en el abordaje psicoterapéutico y el funcionamiento del grupo terapéutico de personas con dependencia a la cocaína.

3. Descripción de los miembros del grupo, genograma y mapa relacional

Antes de describir a cada uno de los asistentes al grupo, cabe destacar que el tratamiento grupal forma parte del tratamiento que reciben en el CAS. Desde el CAS de Sants se trabaja multidisciplinariamente, de manera que los pacientes tienen un seguimiento psicológico, psiquiátrico, social y médico, atendiendo a sus necesidades.

Antes de explicar cada uno de los casos detalladamente, es importante destacar los factores comunes que se han encontrado en los seis pacientes. De esta manera, podemos hacernos una idea general de cómo el consumo de cocaína ha afectado en el ámbito familiar, modificando los patrones de relación. Aquí se muestran dos genogramas con sus respectivos mapas relacionales antes de empezar a consumir y durante y post-consumo. Existen diferencias en cada paciente, pero es una aproximación de los factores en común observados en cada caso.

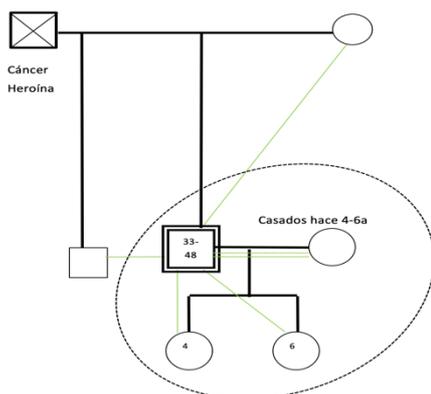


Figura 1. Antes del consumo

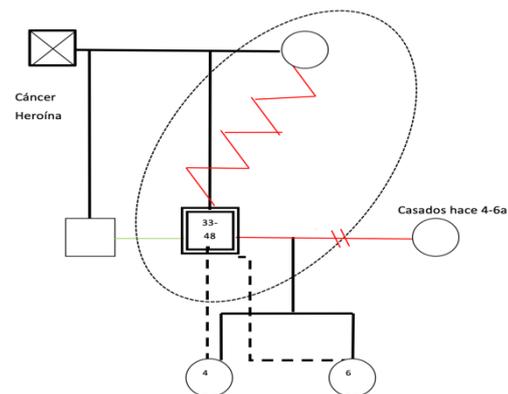


Figura 2. Durante y post-consumo

Paciente 1 (C)

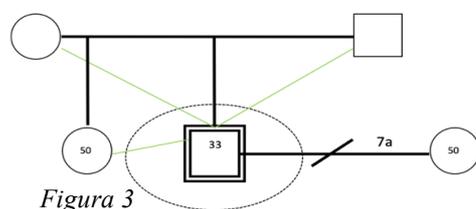


Figura 3

Varón de 33 años originario de Barcelona. Acudió al CAS de Sants en mayo

de 2018 para realizar control y seguimiento de su dependencia de alcohol (OH) y cocaína (CC). También presentaba consumos de marihuana. Acudió derivado desde su médico de cabecera. El paciente refirió que tuvo una infancia normal, sin problemas y con buenos vínculos con su familia y con sus amistades. Además expresó que tenía buena capacidad para establecer relaciones sociales. No existen antecedentes psiquiátricos familiares. El paciente empezó a consumir cannabis y OH a una edad temprana, a los 14 años, y CC a los 18 años. A partir de los 23 años empezó a consumir todo tipo de sustancias, convirtiéndose en algo problemático.

El paciente es auxiliar de psiquiatría en un hospital. Está contento con su trabajo y ahora tiene la baja laboral. Su expareja trabaja como enfermera en el mismo hospital, aunque no en el mismo servicio. Comparten amistades y está empezando a notar el rechazo de alguna de ellas debido a la separación. Eso es algo que lleva mal y le duele.

En septiembre de 2017 su pareja descubrió sus consumos y decidieron separarse principalmente por ese motivo (aunque también habían otros). Su expareja no encajó muy bien el consumo ya que, su madre fallecida, era drogodependiente. Actualmente la relación entre ellos es relativamente buena, siguen separados aunque no divorciados. Ella apoya su tratamiento lo cual supone una motivación para el paciente. Conforme avanzó el tratamiento en el CAS, habló de una posible idealización hacia la figura de su expareja y que meramente buscaba recuperarla para encontrar su perdón, se sentía culpable por el consumo. Estuvo conociendo a una chica, a la que le confesó su consumo problemático anterior, pero se dio cuenta de que la relación ya no daba más de sí y prefirió centrarse en sí mismo.

Vive solo, en el mismo edificio que sus padres con los que tiene buena relación, aunque es más afín a su madre. Ambos apoyan el tratamiento. El paciente estaba muy motivado para empezar el tratamiento y se le propuso la incorporación al grupo psicoterapéutico de cocaína, todos los miércoles a las 18:45 de la tarde. Al principio refirió estar muy nervioso porque siempre había sido quien «llevaba la bata blanca». También comentó que quería trabajar más aspectos, como la gestión emocional.

Durante su segunda visita con el médico se le realizó un diagnóstico diferencial para TDAH siguiendo los criterios del DSM-IV. Cumple los criterios para TDAH

combinado. Empezó a tomar concerta (18mg) con supervisión semanal por enfermería. Actualmente se encuentra en abstinencia de CC, cannabis y OH.

Paciente 2 (A)

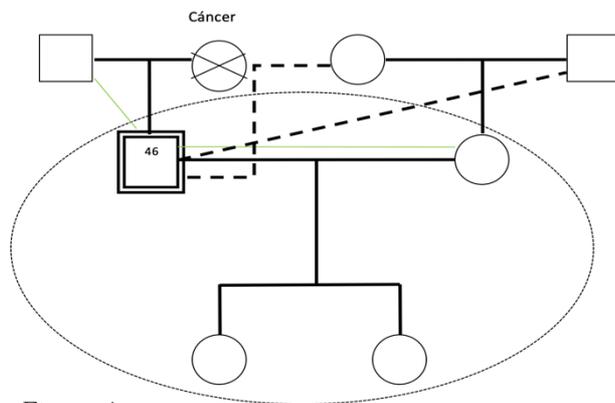


Figura 4

Varón de 46 años.

Es originario de Barcelona. Vinculado al CAS (Nou Barris) desde 2011 y derivado al CAS de Sants en 2017. Acudió al CAS Nou Barris por sus problemas con el consumo de OH. Seis años después,

cuando acudió al CAS de Sants, su demanda también incluyó el consumo de CC. Actualmente lleva dos años abstinentes y acude al grupo psicoterapéutico de CC. Estuvo seis años con tratamiento en el CAS de Nou Barris pero no aprovechó el tratamiento de manera adecuada por falta de conciencia del problema. Comentó que engañaba a los demás y falsificaba las analíticas.

Con respecto al consumo de OH y CC, el paciente identificó un consumo progresivo, empezando cuando era joven y convirtiéndose en un problema (abuso), aproximadamente cinco años atrás. Su consumo de cocaína se volvió diario a partir de febrero del año 2016 hasta provocar un ingreso hospitalario. Mantiene abstinencia desde el 2016 cuando entró en tratamiento psicológico (terapia individual y grupal) y farmacológico en el CAS de Sants. Antes acudía a analíticas de orina semanalmente para el control de la abstinencia y tomaba un interdictor alcohólico (Antabus). Hace un año, el psiquiatra tramitó su alta médica y abandonó el antabús.

Su madre falleció de cáncer y fue un evento que le marcó mucho. Tiene dos hijas gemelas de 6 años y estuvo separado con su mujer por los problemas derivados del consumo. Han vuelto juntos recientemente ya que él se encuentra recuperado. Durante la época de la separación, el paciente residía con su padre. En algún momento refirió que su consumo de OH y CC podría estar relacionado con la muerte de su madre.

en un piso cerca del trabajo. No tiene hijos. Actualmente trabaja en un taller de coches, es encargado de planta. Está contento y motivado por su trabajo.

Con respecto al consumo, el paciente tenía un consumo abusivo de CC que poco a poco se volvió más habitual, combinándolo con un abuso de OH. Durante algunos consumos tuvo gran ansiedad, así como latidos fuertes del corazón, temblores e incapacidad para respirar de manera normal. Durante su estancia en TG de CC, consiguió que este consumo fuera puntual. Empezó TG de CC en 2013, a la vez que mantenía un seguimiento individual. Refirió que dejó de acudir porque tuvo una recaída durante unos meses y que se autoengañaba, «me daba vergüenza enfrentarme al grupo con mis recaídas y mis mentiras». Un año después, en 2014, se definió como recuperado y abandonó el tratamiento. Un año después, volvió a intentar retomar el tratamiento porque reconoció que tenía un problema con el consumo de CC y OH. Volvió refiriendo que estaba «más concienciado y motivado», además de reconocer que tiempo atrás se autoengañó a él y a todos. A pesar de este cambio, volvió a abandonar el tratamiento por una reinstauración del patrón de consumo. Su paso por el CAS ha estado caracterizado por muchas recaídas, atenciones de crisis por consumo totalmente descontrolado y por dos abandonos del tratamiento en el CAS. Desde la última vez que retomó el tratamiento en el CAS, mantuvo casi un año de abstinencia de CC y de OH. Sufrió una recaída en julio de este año, pero no ha reinstaurado el patrón de consumo.

Su padre falleció antes de que el paciente naciera por una sobredosis de heroína a los 44 años. Éste llevaba teniendo problemas de consumo de heroína desde hacía muchos años. Sus padres estaban separados y tres meses después del fallecimiento de su padre, conoció a la familia de éste. Este evento afectó emocionalmente al paciente. Actualmente, su madre acude a la Terapia Grupal Psicoeducativa Familiar en el CAS de Sants desde 2013. Hubieron muchos problemas en la relación filio-parental debidos a la poca sinceridad y al ocultismo del consumo por parte del paciente. Durante su época de consumo de CC, creó deudas económicas con los camellos, este fue un factor que agravó la relación con su madre. El paciente tiene un hermano menor de 26 años que empezó tratamiento en el CAS de Hospitalet por dependencia al cannabis. El paciente estaba preocupado por la relación de su hermano con las drogas. Refirió literalmente: «Me recuerda un poco a mí y me da miedo». Actualmente, el paciente está muy preocupado por el consumo desmesurado que su hermano tiene de CC, pero éste se

niega a recibir cualquier tipo de tratamiento. Alejandro intenta ayudarlo pero su hermano no está nada receptivo a escucharlo y mantienen una relación con conflictos frecuentes.

Tiene una novia con la cual convive en un ático cerca del trabajo de éste y con su sueldo puede abastecer el importe del alquiler. Aunque hubo bastantes problemas de desconfianza con su pareja, el paciente comenta que ahora están bien y que ella apoya el tratamiento.

Paciente 4 (M)

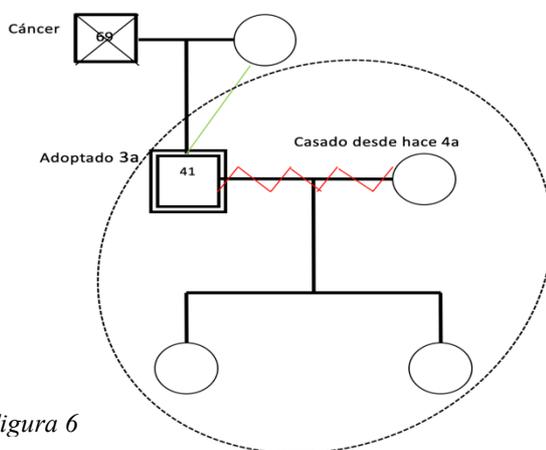


Figura 6

Varón de 41 años de un pueblo del Vallés occidental. Adoptado con 3 años. El padre adoptivo murió con 69 años de cáncer de páncreas. Está casado desde hace cuatro años y tiene dos hijas de 3 y 9 años. Tiene

estudios hasta la EGB completados. Comenzó la actividad laboral en un negocio familiar (actividades subacuáticas) desde los 16 años hasta los 39. Estuvo también dedicado al mundo del DJ de manera semi-profesional durante 17 años. Actualmente no lo practica. Se encuentra vinculado al CAS de Sants desde enero de este año 2018 por un consumo de CC. Acudió voluntariamente solicitando atención médica para abandonar el consumo de CC. Aquí empezó un tratamiento individual y grupal. Compagina su tratamiento en el CAS de Sants con ACENCAS (Asociación adictos al juego) donde, aunque no tiene problema de ludopatía, le permiten estar, haciendo seguimiento individual, grupal y familiar (acuden su madre y su mujer).

Relativo al consumo de CC, el primer contacto fue a los 18 años cuando se murió su padre adoptivo. Desde entonces empezó un consumo esporádico continuado. A los treinta años pidió ayuda e ingresó en el centro de día Alba durante un año y cuatro meses. Tuvo un período de abstinencia de siete años hasta el 2014, en el que recayó

debido al estrés laboral, problemas con su pareja y una lesión del menisco. Desde ese momento inició consumos esporádicos continuados y fue aumentando progresivamente. Tenía episodios psicóticos autolimitados con el consumo de CC. Consume tabaco desde los 16 años y actualmente consume un paquete al día. Consume puntualmente cannabis desde hace más de veinte años. El consumo de OH se caracteriza por ser esporádico y solo en contextos gastronómicos y sociales no asociado a la CC.

Explicó que su familia adoptiva nunca le puso límites y le permitieron todo. Identifica esto último como un grave problema que conllevó muchas consecuencias. También comentó que a pesar de que se lo dieran todo, en la adolescencia se sintió muy solo. El paciente afirmó que le quisieron mucho pero que él tiene algo que le lleva a la autodestrucción. Tras la muerte de su padre comenzó a sentirse solo y su consumo de cocaína aumentó progresivamente. La relación actual con su madre es buena. Está casado desde hace 4 años y tiene dos hijas. Su consumo ha provocado crisis de pareja sin llegar a la ruptura definitiva: «Mi relación la voy trabajando, hay mucho amor y también ha habido mucho desamor y por todo eso, mi mujer continúa conmigo.. si no se hubiera acabado ya».

Actualmente trabaja de comercial. No le gusta su trabajo y está en búsqueda activa, aunque dice que no lo necesitaría porque su familia tiene mucho dinero. Tiene en mente montarse su propio negocio como autónomo de venta de jamones y productos gourmet a domicilio. Entre medias, empezó un curso de cata de vinos y lo dejó porque era consciente de que podía ser una situación de riesgo para mantener su abstinencia.

Durante su tratamiento en el CAS de Sants, el paciente identificó como situación de riesgo el estar solo. Dijo que cuando está solo, se acuerda de ese sentimiento de soledad y le entran ganas de consumir. Actualmente se encuentra en abstinencia de casi un año, siendo muy consciente de que no tiene que bajar la guardia porque según él: «Esta es una enfermedad que llevaré siempre». Trabaja mucho en el autocontrol y en la prevención de recaídas.

PTI (Programa Terapéutico Individual): TG(Terapia Grupal) de CC, motivación para la consolidación de la abstinencia, prevención de recaídas, situaciones de riesgo,

solución de problemas, trabajos los límites propios y los de los demás, gestión emocional.

Paciente 5 (R)

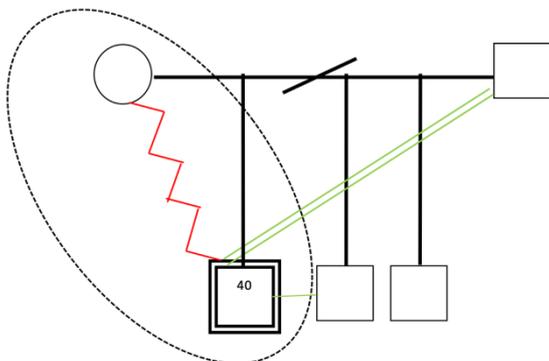


Figura 7

Varón de 40 años vinculado al CAS desde junio de 2015. Vino al CAS, derivado del CAP Les Corts para tratar sus problemas por el consumo de cocaína. A su tratamiento por el consumo de CC también se une problemas por el consumo de OH. El paciente refería

que llevaba activo en el consumo de CC y OH durante más de 15 años. No tiene hijos y vive con su madre. La relación que mantiene con ella es conflictiva ya que a ella le guarda mucho rencor por todo lo que pasó. Actualmente acaba de conocer a una chica y refiere encontrarse muy contento con ella. Comenta que haberle contado todo su pasado es un factor muy positivo para empezar.

El paciente es el hijo pequeño de dos hermanos de la relación de sus padres. Sus padres se separaron cuando él tenía 7 años. Según refería el paciente, su madre, aunque está con él durante el proceso, termina enfadándose con él y que esto «no me gusta». Por otro lado, su padre lo hace de manera distinta, «él me dice que consuma unas rayitas, que no pasa nada, y a veces hasta me da dinero para que compre». Con respecto a las relaciones sentimentales, ninguna ha sido por largo período de tiempo, «porque me canso de ellas, o alguna se ha cansado de mis consumos», aunque esto último no lo identificaba como un problema. Además, el paciente es acompañado por una amiga desde el principio del tratamiento. El paciente dio consentimiento para que ella pudiera ser informada de su caso y ha venido a visitas con la psicóloga para hablar del paciente. Tanto el padre como la madre también han colaborado en el tratamiento acudiendo a sesiones con la psicóloga y la trabajadora social.

El paciente trabajaba como empresario y director de una escuela de interpretación. Debido a sus consumos de CC, tuvo muchos problemas económicos con

la escuela. Aún así, a pesar de haber tenido graves problemas, minimizaba las pérdidas económicas en la escuela. Tuvo que gestionar con abogados los juicios tanto de los profesores como de algunos alumnos del centro de interpretación, ya que pagaron el curso y luego la escuela cerró. Sus deudas bancarias superan los 150.000 € al banco. Actualmente todas las deudas están pagadas. En una visita familiar, una amiga de él comentó que el paciente tenía grandes gastos en casinos y que debería de ingresar en una Comunidad Terapéutica (CT), ya que el tratamiento ambulatorio solamente no era suficiente. Acabaron peleándose y el paciente desautorizó a su amiga a pedir información sobre él y autorizó a sus padres. Además, su madre comentó durante una visita que el paciente lo vendía todo para conseguir dinero para consumir «hasta el mando de la televisión para consumir». Finalmente, en octubre de 2015 el paciente ingresó en la Comunidad Terapéutica «La Coma» y en febrero del 2016 solicitó el alta voluntaria. En mayo de 2016, se incorporó por primera vez a la terapia grupal de CC. Le costó mucho aceptar el uso del Antabús (interdictor del alcohol) pero después de unas recaídas el resto de compañeros del grupo le animaron a tomar el Antabús como elemento protector para no beber OH y, así, evitar consumo de CC.

Con respecto al consumo, durante las primeras visitas, el paciente seguía en consumo activo de CC y refería que no tenía ningún problema con el OH. Refería literalmente: «He pasado por muchos especialistas para dejar de consumir y me he dado cuenta de que no soy un adicto, puedo dejar de consumir cuando quiera». Mostraba un diálogo plagado de justificaciones por no haber dejado de consumir pero recalando que él pensaba que no tenía ningún problema. Durante estos intentos de mantener abstinencia, solo lo consiguió en una ocasión durante siete meses. En su discurso comentaba que no evitaba las situaciones de riesgo. Por ello, se empezó a trabajar con él el cambio de hábitos: no acudir a lugares de venta, introducir actividades que den estructura y satisfacción dentro de su tiempo libre, entre otras. Paralelamente al tratamiento en el CAS de Sants, el paciente también acudía a la Clínica Platón y desde el CAS se planteó una coordinación con ellos. A los cuatro días, el paciente pidió el alta voluntaria porque sentía claustrofobia y ansiedad.

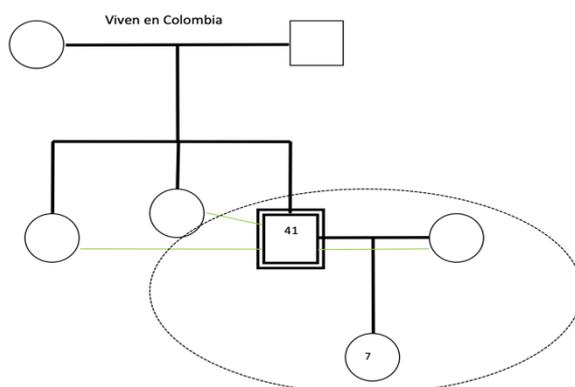
En Terapia Grupal, se comentaron actitudes a mejorar tales como la poca seriedad a la hora de explicar su proceso, el uso de la broma constante, la impulsividad al querer hablar, el llegar tarde constantemente y el acaparar la atención del resto. El

paciente planteaba que «él es así» pero que igual podría hacer algún cambio «si a alguien le molesta». Siempre minimizando la magnitud del asunto. Durante el proceso terapéutico, el paciente fue poco a poco consiguiendo la abstinencia de cocaína. Se verificaba la abstinencia mediante controles de orina dos veces por semana, resultando todos negativos.

Después de diez meses de abstinencia, el paciente tuvo una recaída al quedar con un amigo. Ese día ingirió más alcohol de la cuenta, por lo que luego «se hizo 4 rayas». Fue a raíz de esta recaída cuando entendió la importancia del consumo de alcohol y decidió no dejar el antabús para así, mantenerse totalmente abstinentes de alcohol. Se mantiene en abstinencia desde mayo de 2017. Aunque ha estado tomando Antabús desde el 2017, ahora ha dejado de consumirlo. Se está tramitando su alta terapéutica para diciembre de este mismo año. Se planteará con él la decisión de seguir tomando el antabús.

PTI (Programa Terapéutico Individual): Conciencia del problema, motivación para el cambio, control de situaciones de riesgo.

Paciente 6 (RR)



Varón de 41 años natural de Cali, Colombia. Acude al CAS en 2015 por iniciativa propia para evaluación y tratamiento de su trastorno por dependencia a cocaína.

Figura 8

Vino a España cuando tenía 23 años y aquí conoció a su mujer, natural también de Colombia. Tienen una hija de 7 años. Él es el mayor de dos hermanas con las cuales mantiene buena relación. Actualmente trabaja como taxista en una empresa de un amigo y está contento con su trabajo.

Con respecto al consumo, el paciente refería que su consumo de cocaína empezó a los 15 años y era muy esporádico. Cuando se vino a vivir a España su consumo fue aumentando progresivamente a todos los fines de semana con amigos. Después empezó a consumir a solas también. 15 días antes de llegar al CAS de manera voluntaria, el paciente fue sorprendido por la policía por la posesión de drogas, tuvo un juicio por este motivo. El paciente explicó que el consumo de cocaína había tenido muchas repercusiones negativas en su vida: ultimatum por parte de su pareja, pérdida de trabajo, deudas económicas y problemas penales (juicio y multa de 3000 euros).

Desde el momento en el que acudió al CAS, el paciente se mostraba muy motivado y concienciado con el tratamiento, y consiguió muchos meses de abstinencia. Se trabajó con él la prevención de recaídas, alejarse de los círculos de amistades pasados que se relacionaban con el consumo de cocaína, las situaciones de riesgo (trabajaba en un restaurante), importancia de la abstinencia completa tanto de cocaína como de alcohol, fomentar las habilidades sociales para ampliar sus círculos, gestión emocional. Su proceso terapéutico fue muy favorable, consiguiendo muy buenos resultados a medida que avanzaba el tiempo. Además, se pactó con él, analíticas de orina dos veces por semana para controlar el mantenimiento de la abstinencia. Todas las analíticas dieron negativo. No tomaba tratamiento farmacológico.

En octubre de 2015 se le propuso incorporarse al grupo psicoterapéutico de cocaína. Al principio decía que le costaría abrirse ya que él tiene un carácter introvertido, pero que pensaba que era muy positivo para el mantenimiento de la abstinencia. Durante su proceso terapéutico, tuvo una recaída un año después de mantenerse abstenerse. El paciente refirió que era por los nervios que tenía antes del juicio (por posesión de drogas 1 año anterior). Se le animó a contarle en el grupo y aunque le costó, percibió de forma muy positiva el feedback del grupo. En diciembre de 2017, debido a su buena evolución y a su abstinencia de dos años, se procesó el alta terapéutica valorada por todos los profesionales. Se pactó que seguiría acudiendo los miércoles por la tarde al grupo psicoterapéutico de cocaína semanal, que seguirá haciendo controles de orina semanales y visitas esporádicas con la trabajadora social. Ha estado en el grupo de cocaína hasta hace dos semanas (octubre 2018), que ha recibido el alta también en el grupo y ha dejado el grupo después de más de dos años. Se valoró con el delegado judicial, después del alta en terapia grupal, cambio de frecuencia de los controles de orina cada quince

días y visitas con la trabajadora social cada tres meses. Se valorará a finales del 2018 si es posible pedir el alta del CAS a la Audiencia. En Octubre de 2018, realizó su último control de analíticas de orina.

4. Curso de la terapia e intervención

Para describir el funcionamiento del grupo y de qué manera se interviene en el grupo se relatarán siete sesiones. Se tomaron notas durante y al finalizar las sesiones. Al finalizar cada sesión, se anotan en una libreta todas las temáticas que se han tratado, las frases literales de los componentes del grupo y de qué manera se ha intervenido. Después se transcriben y se amplía la información que faltaba. En algunas de las sesiones se añade “pre-grupo” y “post-grupo”. En el pre-grupo son los cinco o diez minutos antes de empezar, cuando los pacientes llegan antes y conversan entre ellos y con nosotros. El post-grupo hace referencia a la conversación entre mi tutor y yo, donde se sacan las conclusiones de la sesión y se comentan los aspectos más relevantes.

Referente a la intervención, las técnicas conductuales son las que han mostrado empíricamente mayor eficacia en el tratamiento de los trastornos adictivos, todas estas técnicas muestran mejores resultados cuando no son utilizadas de manera aislada, sino dentro de programas multimodales o multicomponentes más amplios y donde la farmacoterapia es necesaria en muchos casos. Cabe recordar que las adicciones tienen un componente biológico relevante (Horcajadas et al., 2010).

La intervención psicoterapéutica llevada a cabo en el grupo terapéutico de cocaína ha seguido el programa cognitivo-conductual para el tratamiento de la cocaína de Carroll (1998) y el modelo de prevención de recaídas de Marlatt y Gordon (1985). También se han utilizado intervenciones basadas en la terapia cognitiva de Beck et. al. (1999) y el programa de reforzamiento comunitario más incentivos para el tratamiento de la adicción a la cocaína de Budney y Higgins (1998).

A partir de la demanda explícita de cada paciente, se elaboró un plan terapéutico inicial con una serie de objetivos comunes. Estos objetivos son: Mantenimiento de la abstinencia, conciencia del problema, prevención de recaídas o gestión de la caída, entrenamiento en habilidades sociales, fomento de estrategias de afrontamiento, análisis

de las consecuencias negativas del consumo, ruptura de asociaciones con la cocaína y detección y evitación de las situaciones de riesgo. Para la elaboración del plan terapéutico

inicial se tuvieron en cuenta una serie de factores esquematizados en la siguiente tabla:

Demanda explícita	Abandonar el consumo de CC Mejora de la autoestima y la capacidad de autocontrol Establecimiento de límites Reintegración en la sociedad Adquisición de habilidades sociales
Modelo transteórico del cambio (estadio de cambio)	Contemplativo (Conciencia del problema) Acción (Comienzo en el grupo psicoterapéutico de CC)
Sintomatología	Cuadros de ansiedad provocados por rupturas familiares/pareja y por estrés laboral, impaciencia, rasgos depresivos, sentimientos de rechazo
Otros consumos	OH, Tabaco, Cannabis, Anfetaminas, LSD
Otros trastornos	TDAH

Tabla 2. Demanda explícita, estadio de cambio, sintomatología, otros consumos y otros trastornos de los seis pacientes de estudio.

4.1. Sesión 1: «Somos enfermos y siempre lo seremos»

10 de Octubre de 2018

Acuden: A, C, R, M, RR. No acuden: AL. A. viene pero llega tarde, se excusa porque tenía que recoger a sus hijas del colegio.

Pre-grupo: Cinco minutos antes de que empiece la sesión, están M. y RR fuera esperando. RR informa de que tiene que decir algo importante hoy. Se le ve muy contento. Hoy es su último día, le han dado el alta, pero el resto de pacientes aún no lo saben.

Al empezar, se les pregunta a todos cómo ha ido la semana. Todos afirman que bastante bien y RR es el primero que anuncia que tiene algo que decirles a todos. Empieza diciendo que después de casi dos años en tratamiento tanto individual como grupal, le han dado el alta y se despide de todos. RR habla de que es una etapa para él y que se siente preparado para afrontar su vida “solo” y seguir aplicando todo lo que ha aprendido estos años en el grupo. Se siente muy agradecido tanto por los profesionales que le han ayudado como por todos sus compañeros dentro del grupo. Cuenta que sin la ayuda que ha recibido desde el grupo no hubiera podido lograr su estado actual y que ha sido lo que más le ha marcado. Todos se muestran muy emocionados. M interviene en un momento diciendo que le da mucha pena pero que se alegra muchísimo por él y que todos se sienten muy orgullosos por su éxito.

Tipo de intervención: *Programa cognitivo-conductual para el tratamiento de la cocaína: Incrementar la motivación para el tratamiento (afirmaciones de automotivación).*

A raíz de la despedida de RR, en el grupo se habla de los efectos positivos de la terapia grupal de cocaína y de que no creían que fuera a ser tan efectiva. Cada uno habla de su experiencia antes y después de acudir a la terapia grupal. Una de las cosas que más se destacan es la toma de conciencia del problema y de su vulnerabilidad como drogodependientes. M refiere literalmente: “Somos enfermos y lo vamos a ser de por vida, es algo con lo que tenemos que vivir”. Todos están de acuerdo.

Tipo de intervención: *Programa cognitivo-conductual para el tratamiento de la cocaína: Afrontamiento del craving (comprender la experiencia del craving como una experiencia normal, describir el craving, identificar y evitar los estímulos desencadenantes).*

En la mitad de la sesión, M le pregunta a C por la boda de su mejor amigo a la que acudió la semana pasada. La semana anterior, C había referido que estaba un poco intranquilo porque identificaba esa boda como una situación de riesgo respecto al consumo. C explica al grupo que la boda fue muy bien y que se siente muy orgulloso por como gestionó la situación. Refiere que no tuvo *craving* aunque sí que en algún momento se le pasó por la cabeza lo divertida que podría ser la fiesta con un consumo

de alcohol y cocaína. A raíz de esto, se incita al grupo a diferenciar entre *craving* y tentación, creada esta última por señales subliminales relacionadas con la cocaína. Se explica en el grupo la existencia de señales subliminales, relacionadas con la cocaína, y de cómo éstas, pueden reactivar el deseo de consumir. Entre todos identifican las señales subliminales que han podido causar tentaciones de consumo. Algunas de éstas son: los billetes, la esquina de la casa del camello o pasar por delante del bar donde solían consumir. En un momento, C comenta que le preocupa un poco el haber tenido estas tentaciones. Se habla en el grupo de normalizar estas tentaciones. A refiere textualmente: «Somos personas vulnerables a todo lo relacionado con la cocaína, lo importante es identificarlo y saberlo gestionar. Es normal que tengamos tentaciones cuando estamos en contextos de fiesta en los que hay cocaína».

Tipo de intervención: *Programa cognitivo-conductual para el tratamiento de la cocaína: Utilizar estrategias para la prevención de recaídas, anticipación de situaciones futuras de riesgo, entrenamiento en asertividad y habilidades para rechazar el consumo (analizar estrategias para interrumpir los contactos con las personas que suministran cocaína, control del lenguaje corporal y señales no verbales, anticipación de consecuencias negativas).*

A través de la situación explicada por C, se lleva a cabo una intervención relativa a la identificación de situaciones de riesgo y a la gestión de éstas. Para ello, también se habla de cómo entender el poder de las señales subliminales y de cómo evitarlas. Una vez identificadas las señales subliminales y las situaciones de riesgo, se habla de cómo evitarlas para reducir el *craving* y las tentaciones. Por ejemplo, C comenta como creó un sustitutivo del alcohol durante la boda. Utilizó un vaso de cubata lleno de agua, con dos hielos y un limón, simulando un gin-tonic. El grupo valora como muy positiva la estrategia de C y lo refuerzan positivamente.

Durante casi toda la hora se abordan estos temas relacionados con la situación de C. Los últimos cinco minutos, C agradece al resto del grupo porque se va mucho más empoderado.

4.2. Sesión 2: «Recaída vs. caída»

17 de octubre de 2018

Acuden: C, A, M, AL. No acude: R.

Pre-grupo: Viene AA quince minutos antes de empezar. Quiere hablar con nosotros antes de empezar el grupo. Se le ve muy preocupado y casi con lágrimas en los ojos. Nos cuenta que este fin de semana ha tenido una recaída. Tuvo una discusión con su novia, se fue de casa y acabó en el bar donde siempre consumía. Se encontró al camello y éste le ofreció una raya. Accedió. Al final acabó consumiendo tres rayas. Refiere sentirse fatal, muy culpable y decepcionado consigo mismo. Se siente avergonzado pero quiere contarlo en el grupo.

Como cada miércoles, se empieza la sesión preguntando a cada uno cómo ha ido la semana. El grupo se ha dado cuenta de que AL no está bien y A le pregunta. AA informa de que le da mucha vergüenza pero que tiene que contar algo: «La semana pasada volví a consumir (tres rayas de cocaína). Desde ese día me siento fatal y no he vuelto a consumir. Necesitaba compartirlo con todos vosotros».

Tipo de intervención: *Prevención de recaídas: Identificación de situaciones de alto riesgo para la recaída, recordar caídas o recaídas del pasado, evitación de situaciones de riesgo, entrenamiento en solución de problemas, estrategias cognitivas (reestructuración cognitiva y autoinstrucciones). Programa cognitivo-conductual para el tratamiento de la cocaína: Desarrollo de un plan de afrontamiento personal general (persona de ayuda/protección, recuerdo de consecuencias negativas del consumo).*

Desde el grupo empatizan con él, le muestran confianza y le invitan a que cuente lo que pasó, siempre que él quiera contarlo. AL les explica lo mismo que nos ha explicado a nosotros quince minutos antes del grupo. M le pregunta si era la primera vez que recaía y AL responde que no. A partir de aquí, se empieza a indagar en qué diferencias hay en esta recaída y en las anteriores. AL refiere que esta vez ha sido muy diferente. «Las otras veces cuando volvía a consumir, al día siguiente no tenía esta sentimiento de culpabilidad. Al contrario, sentía que no era tan grave lo que había

hecho. Al final, siempre volvía a consumir habitualmente. Esta vez es distinto. Desde la semana pasada que consumí, no se me ha pasado por la cabeza el volver a hacerlo».

Después de que AL nos explique la diferencia con respecto a las otras veces que había vuelto a consumir después de un período de abstinencia, intervenimos introduciendo la diferencia entre los conceptos recaída y desliz/caída. (buscar referencias de literatura, caída vs recaída). Se explica en el grupo que aunque la recaída está dentro del proceso, no todas las recaídas son iguales. Se explica que la diferencia entre recaída y desliz denota en la reinstauración o no del patrón de consumo. En un desliz/caída, no hay una reinstauración de este patrón de consumo y por ello, no se puede entender del mismo modo que una recaída.

Para hacer una buena intervención relativa a la prevención de recaídas, analizamos la situación detonante del consumo, en este caso, la discusión con su pareja. AL refiere que no supo gestionar los impulsos y que maximizó el conflicto. Se le pregunta si esta vez lo ha hablado con su pareja y con su madre, ya que las otras veces que había recaído no lo había hecho. AL comenta que sí, que cuando llegó a casa se lo dijo a su pareja y al día siguiente a su madre. En el grupo se valora mucho la valentía de AL. Además, se comenta que el hecho de que su pareja y su madre lo sepa, es una táctica que ayuda en la prevención de recaídas. M le dice que si la gente que le quiere lo sabe, hay una mayor vigilancia por su parte y que esto ayuda a no consumir otra vez.

Post-grupo: Más refuerzo del grupo hacia AL por su valentía y la gestión emocional.

4.3. Sesión 3: «El estigma»

24 de octubre de 2018

Vienen: C, A, M. No vienen: AL, R. No hay pre-grupo porque todos llegan a la hora exacta o un poco tarde.

Como cada miércoles, empezamos preguntando qué tal ha ido la semana. Todos refieren que bastante bien. M comenta si el resto del grupo ha visto la noticia de que en Canadá han legalizado la marihuana, pudiéndose utilizar igual que el alcohol. Se empieza un

debate. C habla de que, en su opinión, el factor de que una sustancia esté prohibida incita al abuso y a la dependencia de ésta. Habla de la situación en Holanda con el cannabis y de la poca proporción de holandeses que consumen. Entre todos, se hipotiza sobre la legalización de la cocaína y se plantea si se consumiría más o menos cocaína que ahora. No sacamos una conclusión clara sobre qué pasaría, pero todos, excepto M, afirman que no sería tan remoto pensar que se podría consumir menos cocaína al desaparecer el factor prohibido y el tabú de las drogas. M se muestra muy reacio a aceptar esa opinión y expresa literalmente: «Yo flipo en como podéis pensar eso, justamente vosotros que sabéis lo que es ser adicto a la cocaína. A mí me parece una locura que se legalizase el consumo. Yo no podría, me volvería loco. Sería una tentación muy grande».

Tipo de intervención: *Terapia cognitiva*: educar a los pacientes en el modelo cognitivo (comprensión de la relación causal entre cogniciones, afecto, conducta, craving y consumo de drogas). *Psicoeducación del uso, abuso y dependencia a una sustancia*.

Con todo esto, hablamos de una necesidad de reeducación de la sociedad y de la importancia de conocer las consecuencias negativas del uso, abuso y de la dependencia. Además, referente al tabú de las drogas, hablamos del estigma creado en nuestra sociedad sobre las personas con un problema de drogodependencia. Les preguntamos si han tenido experiencias en las que se sintieran rechazados por haber tenido, tiempo atrás, un problema de dependencia con las drogas. A comenta una situación así con su suegro. Refiere que éste es mayor, conservador y de mentalidad muy cerrada. Dice que a su mujer le ha dicho que una persona drogadicta no cambia y que siempre lo va a seguir siendo, refiriéndose al mismo. Además A habla de cómo la sociedad los ve como personas sin fuerza de voluntad, poco trabajadoras y agresivas, entre otra serie de cosas.

Post-grupo: Hablamos de la reacción de M sobre la hipótesis de legalizar la cocaína. M es mucho más rígido. En cambio, A y C han podido analizar más la situación y pensar qué cosas cambiarían en un mundo en el que la cocaína fuera legal.

4.4. Sesión 4: «Para ayudar a los demás, primero tengo que estar bien yo»

24 de Octubre de 2018

Vienen: M, AL, A, C. No viene: R.

Pre-grupo: Están M y C hablando cinco minutos antes de empezar el grupo. M se muestra muy contento y C pregunta qué ha pasado. M dice que ahora cuando suban les cuenta a todos. A y AL llegan más tarde, cuando ya hemos empezado.

Como A y AL llegan tarde, M quiere esperar a que estén todos para contar el motivo de su alegría. Cuando llegan, se cambian los planes ya que AL aparece con cara muy cansada y una expresión triste. Enseguida, lo primero que hacen todos es preguntar a AL qué le pasa y por qué no vino la semana pasada. AL nos cuenta que no pudo venir porque ha tenido que estar trabajando horas extras para pagarle el alquiler a su hermano. Todos reaccionan dudosos del porqué de pagarle a su hermano y AL lo cuenta. Su hermano tiene un problema con el consumo de cocaína y lleva desaparecido una semana, sin cogerle el teléfono. Él ha hablado con la pareja de su hermano, la cual parece no ser consumidora, y están todos muy preocupados. AL refiere que siente que le tiene que ayudar. Él también pasó por esa situación y se ve reflejado. Aún así, es consciente de que hay unos límites y que le pagará el alquiler este mes, pero sólo este.

Tipo de intervención: *Programa cognitivo conductual para el tratamiento de la cocaína*: Incrementar la motivación para el tratamiento (afrontar resistencias, señalar la incongruencia), aumento de la motivación y el compromiso para dejar de consumir (aclarar y jerarquizar objetivos).

Desde el grupo se interviene creando conciencia del problema y asunción de límites. El resto del grupo muestra su comprensión hacia la preocupación de AL. Entre todos le recuerdan que él también está haciendo un esfuerzo muy grande y está en un proceso de recuperación, si él no está bien, no va a ser capaz de ayudar a nadie. Hablamos también de la situación de su madre y le comentamos la posibilidad de que su madre lo cuente en el grupo de atención familiar al cual acude en el CAS. AL refiere estar muy preocupado por la situación de su madre, refiere literalmente: «Ya ha vivido esto una vez». Dice que su madre intenta auto-engañarse y no quiere ver que su hijo tiene problemas con la cocaína. También le preguntamos sobre el tipo de relación que mantiene con la novia de su hermano ya que a través de ella podrían ayudarle. AL cierra la conversación diciendo que es consciente de que solo le va a pagar un mes de alquiler

a su hermano y que él también necesita cuidarse de sí mismo. Aparentemente, AL parece ser consciente de que sería absurdo pagarle a su hermano más meses de alquiler, ya que no le estaría ayudando.

M nos cuenta durante los últimos cinco minutos que va a empezar un negocio, de manera autónoma, de productos gourmet a domicilio. Esta muy contento porque ya tiene socio con el que poder empezar. Nos dice que el próximo miércoles nos explicará más porque ya no queda más tiempo. El grupo se encuentra contento por este suceso y muestran mucho interés por saber más la semana siguiente.

Post-grupo: Hablamos de la situación de AL y de que nos preocupa las horas extras que está trabajando y que no venga al grupo por ese motivo. Hablamos del riesgo de que todo esto interfiera en su proceso de mantenimiento de la abstinencia.

4.5. Sesión 5: «Estado de alerta»

31 de Octubre de 2018

Viene: M, C, A. No viene: AL, R.

Antes de empezar el grupo informamos a todos los componentes de que AL nos ha llamado explicando que no va a poder venir. Refiere que tiene que trabajar horas extras porque hay mucho trabajo de cara a la navidad. Nos explica por teléfono que durante sus épocas de consumo su jefe se portó muy bien con él y que fue muy comprensivo. Cuando dejó de consumir y lo veía mejor le ofreció volver a trabajar. Por todo ello, AL se siente en deuda con su jefe y no le puede fallar. El grupo reacciona con preocupación debido a todo lo que comentó en la sesión anterior acerca del problema del consumo de su hermano y de que él estaba trabajando de más para pagarle el alquiler. Informamos al grupo también de que en la llamada nos ha dicho que no tiene nada que ver con su hermano (ya no le va a pagar más) y que éste sigue consumiendo mucho.

M vuelve a sacar la temática del estigma de las drogas y resalta la hipervigilancia que ellos, como antiguos consumidores de cocaína, deben de tener. Se habla de la vulnerabilidad de la persona drogodependiente. M interviene de forma

brusca diciendo: «Somos adictos y lo seremos de por vida. Por eso, tenemos que estar siempre muy alerta ante todas las situaciones que nos puedan provocar tentación. No nos podemos relajar ni un poco». Esta frase la lanza en respuesta a A el cual afirma que él se encuentra en una etapa en la que ya no tiene que estar tan alerta como antes, aunque no significa que se descuide. Ante esto, hacemos una intervención con M hablándole de que cada uno tiene un proceso de recuperación distinto ya que hay diferentes características de personalidad base y contextos que influyen en la forma de gestionarlo. Se razona con M que su opinión es respetable pero que no tiene que imponerla como solución y como única estrategia ya que a cada uno de ellos le funcionarían cosas distintas.

Tipo de intervención: *Terapia cognitiva*: Intervención ante la crisis: en la medida en que los pacientes afronten las crisis con éxito sin tomar drogas, aumentará su autoconfianza y habilidades futuras de afrontamiento.

A raíz de esto, se interviene hablando de las situaciones de riesgo y el modo en el que ellos las identifican como peligrosas. Reflexionamos sobre la necesidad de sentir el «estado de alerta». Este estado de alerta está producido por una dosis de miedo adecuada. Una dosis de miedo correcta tiene la función de protección y de precaución. Referente a esta protección, intervenimos preguntando qué tipo de cosas podrían protegerlos en situaciones de riesgo. C explica como situación de riesgo cuando fue a un concierto en el que se servía mucho alcohol. Nos comenta que el hecho de ir con su primo, el cual es conocedor de la problemática del consumo, le daba muchísima seguridad y eliminaba cualquier tipo de tentación de consumir alcohol. Hablamos de la necesidad y de la importancia del establecimiento de planes de afrontamiento personales con recursos o personas a los que puedan recurrir en situaciones de riesgo. Se le pregunta a C cómo se sintió al haber superado una situación de riesgo con éxito. C comenta que se sintió con mucho más autocontrol y con un sentimiento de empoderamiento. Hablamos de que superar situaciones como esta aumenta la confianza en ellos mismos y amplía el abanico de recursos de afrontamiento para situaciones futuras.

4.6. Sesión 6: «Las asociaciones de la cocaína»

7 de noviembre de 2018

Vienen: C, A, M, R. No viene: AL

Pre-grupo: M viene un poco antes para hacerse analíticas. Se encuentra con C que también ha venido un poco antes. Hablan de qué tal la semana.

Como cada miércoles, se empieza preguntando qué tal ha ido la semana. Todos refieren estar bien. A llega diez minutos tarde, se excusa diciendo que acaba de venir de un entierro y de que ha vivido una experiencia que quiere compartir. Comenta que durante el entierro se ha ido al baño y que en el baño de al lado ha empezado a escuchar como que alguien “se sonaba continuamente”. Lo primero que ha pensado es que alguien estaba consumiendo, pero refiere literalmente: “Igual es que por mi pasado, lo asocio a la cocaína enseguida”. Como seguía teniendo la duda, al salir de su baño, no ha podido evitar mirar por debajo de la puerta. Refiere que esto lo ha hecho para confirmar si realmente era él quien lo asociaba a la droga o es que después de tantos años identifica muy rápido las señales asociadas a ésta. Al mirar por debajo de la puerta, ha reconocido la posición de los pies y los sonidos al esnifar.

A raíz de aquí, hemos empezado a hablar de las asociaciones con la cocaína y de la facilidad que tienen ellos identificando las señales asociadas a ésta. C habla de que incluso, a veces, realiza asociaciones olfativas con la cocaína. Refiere que no es que “per se” la cocaína tenga un olor determinado, pero hay olores de lugares u objetos que le recuerdan a la cocaína.

Tipo de intervención: *Programa cognitivo conductual para el tratamiento de la cocaína: Aumento de la motivación y el compromiso para dejar de consumir (aclarar y jerarquizar objetivos), entrenamiento en asertividad y habilidades para rechazar el consumo (aprendizaje y práctica de habilidades de rechazo de cocaína, anticipación de consecuencias negativas).*

Intervenimos hablando de las asociaciones que se pueden crear en torno a la cocaína. Clarificamos que todos los humanos establecemos asociaciones con los sentidos, y que es normal que ellos además, también lo hagan con la sustancia.

Por otro lado, intervenimos preguntándole a A que ha sentido al saber que alguien a su lado estaba consumiendo. Él habla de un rechazo muy grande hacia la droga. Refiere que ha sentido pena por esa persona que estaba ahí, “ha sido como un reflejo”. Por otro lado, se ha sentido reconfortado al verse en el otro lado de la moneda. El sentimiento que más destaca es la aversión a la droga y el asco. Los demás también hablan de cómo se podrían sentir en una situación similar. M comenta que en una situación así, no sentiría un rechazo como tal. M refiere literalmente “me encanta la cocaína, pero con todo lo que he sufrido por el consumo, sería inútil volver a consumir”.

Hablamos de las diferentes sensaciones que les crearían enfrentarse a situaciones así. M y C son conscientes de todas las consecuencias negativas del consumo. Y A destaca, que ya no es sólo por las consecuencias negativas de consumir, él realmente ha desarrollado una aversión y asco “No me hace falta pensar que es mala, simplemente es que me da asco”. A M le cuesta entender esto porque según él “Siempre te va a gustar la coca, lo que pasa es que sabes que no te conviene y que no quieres volver a la vida de antes”.

Se interviene hablando del proceso de crear una aversión hacia una sustancia. Ponemos el ejemplo con la comida. Cuando pruebas algún tipo de comida y te sienta muy mal, creas una aversión a este alimento y cuando te lo vuelven a poner delante, las sensaciones que te producen son muy negativas. Explicamos que esto es lo que ahora le pasa a A con la cocaína. Comentamos que la aversión también es una asociación. A asocia la cocaína a momentos muy malos.

Destacar por último que M me pregunta: Mar, ¿Vas a estar con nosotros mucho más tiempo no? Les informo a todos que solamente me queda un mes y medio en el CAS. Todos reaccionan con pena y me dicen que les da rabia porque han establecido muy buen vínculo conmigo y me tienen mucho aprecio. Refieren que no quieren que me vaya.

4.7. Sesión 7: «La motivación como estrategia terapéutica»

14 de noviembre de 2018

Vienen: R, M, C, A. No vienen: AL.

Llegan todos a la hora y no hay tiempo para que hagan pre-grupo. Todos refieren que la semana ha ido bien. C interviene diciendo que hoy está “más de bajón”. Nos cuenta que lleva preparándose la maratón de San Sebastián y que esta semana se ha lesionado. Le duele bastante la rodilla y esto le ha impedido entrenar con la intensidad a la que está acostumbrado. Lo único que tiene muy claro es que va a ir a la maratón y la va a acabar de cualquier manera posible. M interviene con un tono irónico diciéndole: «Igual si fueras al médico...». C refiere que ya sabe que ir al médico sería lo más correcto pero que de momento no va a ir.

Tipo de intervención: *Terapia cognitiva*: manejo de los problemas vitales generales, establecimiento de metas realistas y específicas.

Intervenimos diciéndole a M que cada uno toma sus propias decisiones y que hay que entender también la motivación que a C le supone el deporte. A raíz de aquí se habla de la importancia de tener una motivación en la vida y unas metas. Todos los humanos nos movemos por motivaciones. En ellos, que son personas más vulnerables que el resto por su antigua situación de consumo, las motivaciones tienen un peso muy importante. Por eso, para C, el no poder correr la maratón como le gustaría supone una interferencia en su proceso de recuperación. Hablamos de la importancia de conocerse a uno mismo y de saber cuáles son nuestros límites.

A raíz de aquí, preguntamos a cada uno qué tipo de motivaciones tienen y de qué manera les están sirviendo en el mantenimiento de la abstinencia. R interviene hablando de su pasión por escribir guiones de obras de teatro. R se anima y cuenta al grupo una idea de obra de teatro que tuvo la semana pasada y que le gustaría llevar a cabo. La temática está asociada a las drogas y al muro que no te deja ver el mundo real cuando estás dependiente de una sustancia. Intervenimos hablando de cómo reformular una situación negativa para transformarla en una positiva.

Por otro lado, A habla de que se encuentra muy bien y motivado. Lleva ya dos años de abstinencia y se siente muy seguro de sí mismo. M interviene hablando del exceso de confianza y del riesgo que ésta supone. “Cuando nos sentimos muy seguros hay que tener cuidado y estar siempre hipervigilante”. Se hace una intervención a modo de

psicoeducación sobre la confianza. Invitamos a que M reflexione sobre su concepto de exceso de confianza y la relación con su recaída después de siete años de abstinencia. M acaba diciendo que puede ser que le de miedo sentirse con mucha confianza porque en el pasado llegó a sentirse así y recayó. Se interviene hablando del aprendizaje que hizo sobre la fantasía de control y de que su confianza de ahora está justificada con hechos reales.

5. Reflexiones finales

En este Trabajo Final de Master hemos tenido la oportunidad de describir siete sesiones de grupo de una terapia grupal de cocaína que continua indefinidamente debido a que se trata de una modalidad de grupo abierto y no tiene un número limitado de sesiones.

Se han observado distintos avances durante el curso de la terapia. En primer lugar, desde el programa cognitivo-conductual para el tratamiento de la cocaína de Carroll (1998) se trabajaron las estrategias dirigidas al manejo de la abstinencia, a la prevención de recaídas, al establecimiento de estrategias de afrontamiento, al aumento de la motivación y el compromiso y el entrenamiento en asertividad y habilidades para rechazar el consumo de cocaína. Estos cambios fueron verbalizados por los pacientes, u observables en el cambio de sus conductas. Éstos refirieron una disminución del deseo intenso de consumir (*craving*) así como la identificación de todas aquellas situaciones que suponen un riesgo en la recaída. Con esta finalidad, se trabajó con ellos el consumo de otras drogas (especialmente el alcohol). Por ejemplo, muchos de ellos destacaron que el interdicator (Antabús) actuaba de manera protectora, evitando que el consumo de alcohol conllevara un posterior consumo de cocaína.

Desde el modelo de prevención de recaídas (Marlatt y Gordon, 1985; de Marlatt y Donovan, 2005), se trabajaron habilidades cognitivo-conductuales de afrontamiento ante situaciones de riesgo. Todos los pacientes demostraron una mejoría en la identificación de las situaciones de riesgo, su escape, su evitación o su afrontamiento. Cristian en una ocasión comentó la manera en la que ideó un sustitutivo a un gin-tonic en la boda de su mejor amigo o de que manera evitó el contacto con los círculos donde

él sabía que se estaba consumiendo cocaína. Por otro lado, se implementaron estrategias comportamentales como la actividad física u otros comportamientos alternativos más adecuados. Entre estos comportamientos destacamos el deporte (ya sea en el gimnasio como al aire libre) y el establecimiento de planes familiares diferentes durante los fines de semana. De esta manera las relaciones sociales comportaron una mejora notablemente positiva.

Referente a los aspectos sociales, también se observaron progresos gracias a un trabajo de entrenamiento en habilidades sociales. Tal y como ha descrito Becoña (2010), este trabajo se centró específicamente en el desarrollo de habilidades de escucha y conversación, en el rechazo de peticiones de consumo y en la expresión de sentimientos, aceptación y realización de críticas o aprender a reforzar la conducta de los demás. El aprendizaje y la interiorización de estas técnicas permitió que los pacientes abandonaran las compañías tóxicas y desarrollaran una percepción distinta sobre las relaciones de amistad, fomentando el inicio de relaciones sanas y funcionales.

Desde el CAS de Sants se trabaja de manera multidisciplinar a través de una red de profesionales de distintos ámbitos de la salud. Gracias a la intervención cognitivo-conductual dentro de la psicoterapia grupal, al seguimiento psicológico (entrevista motivacional y TCC), médico (seguimiento farmacológico) y social (asesoramiento laboral) al buen vínculo terapéutico, los resultados observados en los pacientes han sido notablemente positivos.

Reflexión personal

En conclusión, en primer lugar, haciendo referencia a la intervención cognitivo-conductual, he aprendido de qué manera se puede intervenir con pacientes con un problema de dependencia a la cocaína. Aún así y por mi corta experiencia, me queda mucho conocimiento por adquirir y muchas habilidades de intervención por aprender. También es importante destacar que el modo de intervenir del profesional varía mucho en función de la demanda, de las necesidades del paciente y de las habilidades/capacidades de las que disponga cada uno además del estilo terapéutico del profesional y del vínculo terapéutico establecido con el paciente. En segundo lugar, como terapeuta novel, era más impaciente y deseaba que la evolución fuera más rápida.

Poco a poco y con todo lo observado, aprendí que, en el ámbito de las drogodependencias las mejoras psicológicas son lentas y requieren la paciencia y constancia del terapeuta. En tercer lugar, comentar que el mundo de las adicciones está cada día más presente en la sociedad afectando a gran porcentaje de la población y todavía falta crear mucha conciencia acerca de este problema. Desde el ámbito de la drogadicción, se se siguen investigando nuevas técnicas de intervención que supongan un avance en la evolución positiva de los pacientes con algún tipo de dependencia.

6. Referencias

- Beck, A., Wright, F., Newman, C. y Liese, B. (1999). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Barcelona: Paidós.
- Belloso, J.J., Díaz, M., y López, T. (2015). Psicoterapia de grupo en una unidad de hospitalización psiquiátrica breve. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35 (128), 759-774.
- Budney, A.J. y Higgins, S.T. (1998). *A community reinforcement plus vouchers approach: Treating cocaine addiction*. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Carroll, K.M., (2001). *Un enfoque cognitivo-conductual: el tratamiento de la adicción a la cocaína*. Madrid: CITRAN.
- De Huerta, F.I., Gaona, L., Hernández, M., Ortiz, V. y Rivas, J.M. (2016). Guía de Intervención Clínica para Terapia Individual. Recuperado de: <http://www.intranet.cij.gob.mx/Archivos/Pdf/MaterialDidacticoTratamiento/GuiaDeIntervencionClinicaParaTerapiaIndividual.pdf>
- Becoña, E. y Cortés, M. (Ed.). (2010). *Manual de Adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Barcelona: Socidrogalcohol.
- González, A. (2017). *El proceso de aprendizaje y la participación*. Intervención en adicciones. Lea esto primero (Semana 3). Santiago: UNIACC.
- Bonet, J., Salvador, A., Torres, C., Aluco, E., Cano, M. y Palma, C. (2015). Consumo de cocaína y estado de las funciones ejecutivas. *Revista Española de Drogodependencias*, 40(2), 13-23.

- Casari, L., Albanesi, S., Maristany, M. y Ison, M. (2016). Estilo personal del terapeuta en psicoterapeutas de adicciones. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 25, 17-26.
- Sánchez, L., Díaz-Morán, S., Grau-López, L., Moreno, A., Eiroa-Orosa, F.J., Roncero, C., Gonzalvo, B., Colom, J. y Casas, M. (2011). Tratamiento ambulatorio grupal para dependientes de cocaína combinando terapia cognitivo conductual y entrevista motivacional. *Psicothema*, 3 (1), 107-113.
- Marlatt, G.A. y Gordon, J.R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in treatment of addictive behaviours*. Nueva York: Guildford Press.
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (2017). EDADES 1995-2015. Recuperado de:
http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/EDADES_2017_Informe.pdf