

Tratamiento mediante ACT en un caso de conductas adictivas con sintomatología prefrontal

Bartolomé MARÍN ROMERO

*Instituto Provincial de Bienestar Social. Unidad de Drogas y Adicciones
Diputación Provincial de Córdoba (España)*

Resumen

Presentamos un caso en el que aplicamos Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) para reducir o eliminar el consumo de distintas sustancias adictivas. En primer lugar, hemos presentado algunos trabajos sobre la relación entre trastornos por consumo de sustancias y sintomatología prefrontal. Posteriormente, presentamos la historia del paciente junto con el análisis funcional de las conductas que preocupan al paciente y la evaluación del repertorio neuropsicológico que presenta el paciente tras varios años de consumo. Así mismo definimos y explicamos brevemente los componentes fundamentales de ACT llevados a cabo en la intervención. Los resultados muestran una desaparición del consumo de sustancias y una mejora en el funcionamiento neuropsicológico a los 3, 6 y 9 meses una vez finalizado el tratamiento. Por último, discutimos los resultados y ponemos de manifiesto la necesidad de evaluar los déficits neuropsicológicos en el contexto de la terapia para una adaptación de la misma a las habilidades del paciente.

Palabras clave: ACT, sintomatología prefrontal, conductas adictivas.

Abstract

We will present a case in which we use Acceptance and Commitment Therapy (ACT) to reduce or eliminate the usage of various addictive substances. First, we show some studies about the relationship between substance use disorders and frontal lobe disorders. Next, we explain the history of a patient along with a functional analysis of the patient's problematic behavior and an evaluation of the neuropsychological behavioral repertoire that the patient demonstrates after several years of substance use. In addition, we define and briefly explain the fundamental elements of ACT used in the intervention. The results show the disappearance of substance use and an improvement in neuropsychological functioning three, six and nine months after finishing treatment. Last, we discuss the results and demonstrate the necessity of evaluating neuropsychological deficits in the context of therapy to better adapt the therapy to the abilities of the patient.

Key words: ACT; Prefrontal Symptomatology; Addictive Behaviors.

Numerosos autores han introducido la necesidad de evaluación neuropsicológica en el tratamiento de conductas adictivas con el objetivo de permitir una adaptación de los programas de tratamiento psicológico a las habilidades cognitivas de los pacientes que requieren tratamiento (Pedrero-Pérez *et al.*, 2014). Es habitual que los programas de tratamiento psicológico para drogodependencias requieran un elevado “esfuerzo cognitivo” el cual, si no es tenido en cuenta, puede dificultar sobremedida el tratamiento psicológico, incidiendo de esta forma en las tasas de retención en tratamiento de los pacientes con problemas por consumo de sustancias (Pedrero-Pérez *et al.*, 2009).

El consumo de sustancias ha sido uno de los tópicos más estudiados en relación al impacto neuropsicológico que tiene en los consumidores (Verdejo-García, López-Torrecillas, Giménez y Pérez-García, 2004). Así, por ejemplo, estudios de los efectos del consumo de cocaína sobre la impulsividad se han llevado a cabo con el objetivo de determinar si una elevada puntuación en esta variable de esta es previa al inicio del trastorno o se agudiza con el tiempo de consumo de cocaína (Chapa, Pavía y Soler, 2006). Otros autores (De León *et al.*, 2009), argumentan que el déficit cognitivo encontrado en pacientes que solicitan ayuda para la deshabituación cocaínica es debido al hecho de haber

Dirección del autor: Unidad de Drogas y Adicciones. Instituto Provincial de Bienestar Social. Diputación Provincial de Córdoba. c/ Buen Pastor, 3. 14003 Córdoba. *Correo electrónico:* bartolome.marin@ibpscordoba.net

Recibido: junio de 2015. *Aceptado:* septiembre de 2015.

vivido en un ambiente pobre, cognitivamente hablando, más que al consumo de cocaína. La mayoría de los estudios (Lorea, Fernández-Montalvo, Tirapu-Ustarroz, Landa y López-Goñi, 2010) señalan daños neuropsicológicos que se reflejan en atención, memoria visual y verbal y funciones ejecutivas (memoria de trabajo, flexibilidad mental, fluidez verbal, inhibición y toma de decisiones), otros enfatizan el deterioro en inhibición conductual y lo que ello conlleva para el tratamiento (Verdejo-García, López-Torrecillas, Aguilar de Arcos y Pérez García, 2005). No solo desde el punto de vista del deterioro neuropsicológico es necesaria una adaptación de la evaluación e intervención, es necesario también incluir la evaluación de otros posibles trastornos psicopatológicos debido a su elevada presencia en los trastornos por consumo de sustancias (Bolotner et al., 2011) si bien otros trabajos relacionan la presencia de trastornos psicopatológicos en función del deterioro neuropsicológico (Carpenter y Hittner, 1997). Sea como fuere, la presencia de sintomatología psicopatológica en pacientes con trastornos por consumo de sustancias es más frecuente que en población no clínica, no habiendo diferencia en este aspecto entre hombres y mujeres (Fernández-Montalvo, Lorea, López-Goñi y Landa, 2008).

También han sido estudiados los efectos del cannabis en el funcionamiento neuropsicológico en pacientes consumidores. Así este perfil de paciente ha mostrado un rendimiento deteriorado en tareas de atención, procesamiento de la información y memoria y peor funcionamiento social (Verdejo-García *et al.*, 2005). Otros trabajos en consumidores de cannabis han mostrado problemas de memoria, pero no en conducta impulsiva cuando se han comparado con una muestra de no consumidores (González *et al.*, 2012). Para el tratamiento del consumo de cannabis no se dispone de terapia farmacológica y los resultados obtenidos mediante terapia cognitiva han sido poco alentadores, debido sobre todo al impacto del deterioro cognitivo en la terapia (Sofuoglu, Sugarman y Carroll, 2010). Al igual que en el caso de la cocaína, el uso del cannabis también está relacionado en otros trastornos psicopatológicos (Torrens, 2008). Así, algunos trabajos han relacionado la psicosis y el uso de cannabis argumentando la implicación de la dopamina en sus efectos (Degenhardt y Hall, 2006). Otros (Dekker, Linszen y De Haan, 2009) argumentan a favor del uso del cannabis como instrumento para la regulación de la afectividad en pacientes con trastorno psicótico y la ayuda a la socialización que supone el consumo del mismo. En otros casos, el consumo de cannabis ha sido relacionado con el trastorno bipolar, algunos trastornos de personalidad específicos (dependiente, antisocial e histriónicos) además de con otros trastornos por consumo de sustancias (Levrain, Le Foll, McKenzie, George y Rehm, 2013).

El uso de alcohol también ha sido estudiado en cuanto a sintomatología neuropsicológica se refiere. Algunos autores (por ejemplo, Bates, Bowden y Barry, 2002) señalan

que entre el 50% y el 80% de las personas con trastornos por consumo de alcohol presentan daño neurocognitivo que puede oscilar entre leve y severo con lo que ello puede conllevar para una adecuada eficacia del tratamiento aplicado; en línea con esta idea, Brown (2003) señala la importancia de realizar una adecuada evaluación neuropsicológica y psicopatológica de cara a la influencia que en dicho tratamiento puede tener la distinta sintomatología así como para una adaptación del mismo al perfil del paciente. El trabajo de Grant, (1987) señala daños en habilidades de abstracción, estrategias complejas de tipo perceptual-motor y aprendizaje en consumidores de alcohol. Así mismo, se han señalado déficit en autocontrol, algo muy frecuente en personas con trastornos por consumo de alcohol que podría estar relacionado con deterioro a nivel del lóbulo frontal (Lyvers, 2000). Por otro lado, es cierto que los estudios sobre trastornos de personalidad y consumo de alcohol no han dado una conclusión definitiva y ofrecen un perfil muy variado (Fernández-Montalvo y Landa, 2003). Algunos de ellos establecen una relación entre consumo de alcohol y trastorno límite de personalidad con lo que ello supone de peor pronóstico para el tratamiento (Gianoli, Jane, O'Brien y Ralevski, 2012). Otros autores (Smith y Randall, 2012) han señalado la elevada frecuencia de trastornos de ansiedad concurrentes a los trastornos por consumo de alcohol y han puesto de manifiesto la necesidad de ofrecer tratamientos integrados y que tengan en cuenta los dos aspectos, sintomatología clínica y consumo de alcohol.

No menos fructíferos han sido los trabajos que han relacionado la evitación experiencial con los trastornos por consumo de sustancias. Entendemos por evitación experiencial una clase de respuesta que no resulta de interés por su topografía sino por los factores que la mantienen, es decir, se trata de una respuesta dirigida a eliminar o atenuar el sufrimiento derivado de determinados eventos internos, ya sean estos en forma de pensamientos, imágenes, sensaciones, recuerdos etc., (Luciano y Hayes, 2001). En este sentido, el consumo de sustancias, representaría una conducta dirigida a alterar la función o frecuencia de eventos internos que provocan malestar, convirtiendo el consumo abusivo de alcohol en un trastorno de evitación experiencial (Luciano Soriano, Gómez Martín, Hernández López y Cabello Luque, 2001). Se han presentado trabajos para abordar los trastornos por consumo de sustancias, asumiéndolos como un trastorno de evitación experiencial mostrando resultados eficaces y convirtiéndose la aceptación en una estrategia válida para abordar el consumo problemático de sustancias adictivas (Gaudiano, 2011; Luciano Soriano *et al.*, 2001).

En el presente trabajo presentamos un estudio de caso en el que se expone una intervención psicoterapéutica siguiendo los principios de la Terapia de Aceptación y Compromiso junto a estrategias básicas de la rehabilitación

neuropsicológica, entendida esta como una combinación de estrategias cognitivas y conductuales que permita un manejo más funcional de los problemas cognitivos y emocionales a la vez que se favorece la integración social. Esto conllevará el entrenamiento, en sesión y fuera de sesión, de herramientas que le permitan, de alguna manera, incrementar su repertorio comportamental en relación al déficit descubierto en las pruebas neuropsicológicas.

Sujeto

El paciente es un varón de 21 años de edad que acude a nuestra Unidad de Drogas y Adicciones por iniciativa propia afirmando que desea abandonar el consumo de diversas sustancias que le están provocando distintos problemas, siendo el más significativo de ellos la apatía y la pérdida de memoria. Soltero y sin hijos. Mantenía una relación con una chica de su edad que le abandonó hace un año aproximadamente por el consumo de sustancias. Procede de una familia de nivel socioeconómico medio. Reside en la vivienda familiar con sus padres y otro hermano menor. Refiere estar satisfecho con la convivencia familiar, aunque él no ha contado nada acerca del problema que le trae a consulta. Resulta de interés destacar que el paciente estuvo en tratamiento psiquiátrico hasta los 12 años porque fue diagnosticado de trastorno de hiperactividad y le administraron medicación, que según el paciente le dejaba obnubilado y somnoliento, por lo que ahora renuncia a cualquier tipo de intervención con profesionales médicos y no desea ser visto por el equipo médico de esta unidad. Refiere que eso le produjo mucho malestar en el colegio porque se sentía aislado y “distinto”.

El paciente se inició en el consumo de sustancias a los 13 años cuando comienza a ingerir alcohol los fines de semana, en cantidades que el paciente afirma que podían ser de 10/12 UBE cada día del fin de semana. Esto no le llegó a ocasionar grandes problemas ya que los padres del paciente siempre habían sido muy permisivos y el contexto social donde esto ocurría no proporcionaba ningún tipo de contingencia correctora. El paciente terminó abandonando los estudios a los 15 años sin culminar la educación obligatoria por lo que carecía de formación básica en el momento de acudir a consulta por primera vez y su experiencia laboral era prácticamente inexistente. En ese momento entra en contacto con el cannabis y la cocaína, iniciando consumos esporádicos durante los fines de semana.

En el momento de acudir por primera vez a tratamiento, el paciente refiere consumir cannabis a diario, en cantidad de 10-12 cigarrillos, alcohol en cantidad de 25-28 UBE/semana y cocaína prácticamente a diario en cantidades que podían oscilar entre 0,5 y 1 gr. por día. Debido al costo económico que le suponía ese consumo el paciente había tenido que dedicarse al tráfico de pequeñas cantidades de cannabis y cocaína, lo cual le había buscado algún problema con la justicia en forma de sanciones administrativas.

Formulación clínica del caso

En la primera toma de contacto explicamos al paciente que las dos primeras sesiones estarían dedicadas fundamentalmente, a la obtención de información sobre los hábitos de consumo de sustancias y los objetivos que pretende el paciente con la intervención. Le pedimos que contestara a diversos cuestionarios utilizados que podrían aportar información relevante sobre los problemas del paciente y después profundizaríamos sobre aspectos que no tuviera claros en los cuestionarios utilizados y sobre algunos aspectos que pudieran aportar claves para una intervención adaptada al caso y que nos dieran información funcional del problema.

En relación a estas últimas, el paciente llevaba 8 años en los que el consumo de distintas sustancias estaba ligado, sobre todo, a contextos recreativos, tales como salir con los amigos, acudir a discotecas y pubs, facilitar las relaciones con personas del sexo opuesto. Estas situaciones provocaban el *craving* o ansias de consumo, especialmente de cocaína y alcohol, de forma que por sí mismas actuaban como desencadenantes del comportamiento de consumo. Por otro lado, el uso de sustancias servía de escape ante situaciones percibidas por el paciente como aburridas o aversivas, ello terminaba provocando una sensación de bienestar y el paciente afirmaba que al consumir “*desparecían todos mis complejos*”; “*me siento importante*”; “*muchos de los que hay aquí me tienen envidia*”.

La conducta problema empezó a aumentar dando lugar a que estas situaciones fuera cada vez más frecuentes desembocando en conductas ilícitas para afrontar el gasto que le suponía el consumo de distintas sustancias. El paciente no discriminaba ninguna situación en la que no estuviera bajo los efectos de alguna sustancia, es decir, que no “*estuviera colocado*” ya que empezaba con el consumo de cannabis por la mañana, argumentando sensación de alivio y relajación, afirmando que era como una forma de “*enfrentarse al día*”.

Todo ello había provocado que el paciente se estuviera alejando de algunos aspectos que él consideraba importantes, tales como la pérdida de amistades no consumidoras o de la pérdida de relaciones con otras personas que a pesar de haber consumido en el pasado habían optado por abandonar el consumo. Eso le hacía mantener pensamientos recurrentes, especialmente en los lugares que acudía a divertirse y había mucha gente, referentes a los comentarios que los demás estarían haciendo sobre él y sus consumos, lo cual en ocasiones derivaba en cambios bruscos de humor que terminaban en episodios verbales violentos hacia quien le acompañara en ese momento. Por otro lado, le preocupaba la pérdida de memoria que se había observado y refería ser incapaz de mantener la atención en una película o la imposibilidad de mantener conversaciones porque sentía que tenía lapsus que le hacían muy difícil seguir las, incluso no había sido capaz de matricularse para estudiar refiriendo miedo a lo que supondría ir a clases y retener información nueva.

Refería estar sin ilusión por nada en la vida y afirmaba que “*le costaba mucho trabajo implicarse en cualquier actividad*”, en ocasiones sentía como “*si fuera la vida quien le lleva a él*”. Así mismo le preocupaba lo que sufrirían sus padres y familiares si supieran su problemática, ya que en su casa no recuerda que haya habido nadie que presentara consumos graves de sustancias al igual que eran frecuentes los comentarios despectivos de los padres sobre personas que presentaban trastornos por consumo de sustancias.

Instrumentos utilizados para la valoración clínica del caso

Los instrumentos utilizados para la valoración clínica del caso fueron las siguientes:

Cuestionario de Aceptación y Acción II (*Acceptance and Action Questionnaire*, AAQ-II, Bond, Hayes, Baer, et al., 2011; versión española de Ruiz, Langer, Luciano, Cangas y Beltrán, 2013). Se trata de una medida general autoaplicada de inflexibilidad psicológica que consiste en un cuestionario de 7 ítems que describen la relación del individuo con sus propios eventos privados (pensamientos, sentimientos, emociones, etc.). Se presenta en una escala Likert (1; “nunca es verdad”; 2, “muy raramente es verdad”; 3, “raramente es verdad”; 4, “a veces es verdad”; 5, “frecuentemente es verdad”; 6, “casi siempre es verdad”; 7, “siempre es verdad”). Puntuaciones bajas son indicativas de baja inflexibilidad psicológica y a la inversa. La versión utilizada en este estudio presenta una elevada consistencia interna (α de Cronbach= 0.88).

Inventario de síntomas prefrontales (ISP) (Ruiz-Sánchez de León; Pedrero-Pérez; Lozoya-Delgado; Llanero-Luque, Rojo-Mota y Puerta-García, 2012). Es un instrumento autoaplicado para la detección de sintomatología prefrontal que interfiere con la vida cotidiana del paciente en tareas habituales. Tiene 46 ítems presentados en una escala Likert (0, “nunca o casi nunca”; 1, “pocas veces”; 2, “a veces sí y a veces no”; 3, “muchas veces”; 4, “siempre o casi siempre”). Mediante este instrumento se obtiene una evaluación en cinco escalas, a saber, *escala de problemas motivacionales*, referida al interés por iniciar distintas conductas, *escala de funciones ejecutivas*, evalúa la capacidad para elaborar planes determinados para la consecución de metas, *escala de procesos atencionales* o dificultades para mantener la atención, *escala de problemas de conducta social*, que se refiere a las dificultades para inhibir respuestas sociales inapropiadas y, por último, *escala de control emocional*, que muestra información sobre los problemas para mantener un adecuado control emocional en aspectos relacionados con agresividad o labilidad. Los datos normativos nos permiten comparar las puntuaciones medias obtenidas tanto con población no clínica como con población que presenta

trastornos relacionados con el consumo de sustancias. Se trata un instrumento útil con un buen ajuste tanto a los modelos teóricos como a los modelos anatómicos actuales (Ruiz-Sánchez de León et al., 2012).

Inventario de síntomas SCL-90-R (Derogatis, L, 2002). Es un instrumento de detección y evaluación de síntomas psicopatológicos, muy utilizado en investigación, que mide el grado de malestar psicológico actual (distress) que experimenta el paciente. Se trata de un cuestionario autoaplicado compuesto por 90 ítems, cada uno de los cuales describe una alteración psicopatológica o psicosomática concreta con distintos niveles de gravedad, de manera que el sujeto debe señalar en qué medida le perturban o molestan cada uno de esos problemas. La intensidad del sufrimiento causado se gradúa en una escala Likert que va desde el 0 al 4 (0= “nada en absoluto”; 1= “un poco”; 2 = “moderadamente”; 3 = “bastante” y 4 = “mucho o extremadamente”). El SCL-90-R proporciona información sobre 9 dimensiones clínicas, *somatización* o percepción de síntomas que podrían estar relacionados con disfunciones de tipo corporal (alteraciones neurovegetativas y manifestaciones psicosomáticas); *obsesión compulsión* o escala de conductas, experiencias y vivencias características de los trastornos obsesivo compulsivos, *sensitividad interpersonal*, en este caso se detectan posibles sentimientos de inadaptación, baja autoestima, timidez, vergüenza e inhibición de relaciones interpersonales, *depresión* que sirve para recoger una muestra básica de manifestaciones clínicas relacionadas con los trastornos depresivos, *ansiedad*, mediante esta se detecta la sintomatología general de cuadros ansiosos, *hostilidad*, cuya principal manifestación son sentimientos y acciones asociados a estados de ira, enfado y agresividad, *ansiedad fóbica*, entendida como una respuesta de miedo desproporcionada respecto al estímulo que la provoca, *ideación paranoide* que evalúa los comportamientos que puedan suponer desórdenes del pensamiento y, por último, *psicoticismo*, que es una dimensión que incluye determinados síntomas relacionados con experiencias de tipo psicótico. El instrumento también presenta una serie de índices globales, *Índice de Severidad Global*, (GSI) informa del malestar percibido por el sujeto en relación a la sintomatología que presenta, *Total de Síntomas Positivos*, (PST) como índice que muestra la posibilidad de exagerar o infravalorar la sintomatología presente y, por último, *Índice de Malestar Positivo o PSDI*, que evalúa un posible patrón de respuesta de simulación. Los coeficientes de consistencia interna de las nueve dimensiones primarias y del GSI oscilan entre 0,69 y 0,97, siendo además un instrumento muy útil como prueba de cribado (Caparrós-Caparrós, Villar-Hoz, Juan-Ferrer y Viñas-Poch, 2007; Carrasco-Ortiz, Sánchez-Moral, Ciccotelli, y Del Barrio, 2003), resultando ser una prueba fiable y específica para la evaluación psicopatológica (Robles-Sánchez, Andreu-Rodríguez, y Peña-Fernández, 2002)

Evaluación Cognitiva de Montreal (MoCA) (Nasredine, Phillips, Bédirian, Charbonneau, Whitehead, Collin, 2005). Se trata de una prueba de cribado que utiliza elementos de otros tests neuropsicológicos. Está diseñada para evaluar las disfunciones cognitivas leves que permite examinar las siguientes habilidades: *atención, concentración, funciones ejecutivas, memoria, lenguaje, capacidades visoconstruccionales, cálculo y orientación*. El tiempo de administración es de unos 10 minutos, la puntuación total es de 30 (hay que añadir un punto para sujetos que hayan tenido menos de 12 años de escolarización). La puntuación de corte es de 26, mostrando una sensibilidad de entre un 100 y un 90% en el diagnóstico de algunos síndromes de demencia y deterioro cognitivo leve (Rojo-Mota, Pedrero-Pérez, Ruiz-Sánchez de León, Llanero-Luque y Puerta García, 2013).

VinciDrog. Prueba rápida para la detección múltiple e individual de sustancias de abuso en orina humana.

Aplicación del tratamiento

Se trabajó mediante Terapia de Aceptación y Compromiso. El objetivo fundamental del tratamiento era conseguir que el paciente llevara la vida que quisiera llevar, aceptando que hay cosas que se pueden cambiar y es responsabilidad suya hacerlo y otras que no es posible cambiar. La intervención duró 5 meses, llevándose a cabo 2 sesiones de evaluación, 17 de tratamiento que eran semanales, salvo un periodo por vacaciones del terapeuta (Semana Santa, en abril) y se retomaron al terminar estas. Posteriormente, una vez finalizada la intervención se llevaron 3 sesiones de seguimiento, al mes, a los dos meses y al tercer mes de la finalización; en todas las sesiones se le controlaba el consumo mediante tiras de detección múltiple de drogas, salvo alcohol, en orina y en las sesiones de seguimiento se le pidió que viniera acompañado de algún familiar para confirmar los logros. A continuación, se presenta el procedimiento llevado a cabo de acuerdo a los objetivos terapéuticos y siguiendo los componentes principales de ACT.

Trabajando la desesperanza creativa

Este no se considera un componente de ACT si bien es un proceso imprescindible para incrementar la motivación hacia el cambio de conducta. Se trata de hacerle ver al paciente el costo, en términos de seguimiento de valores, que está teniendo la conducta a modificar, motivada por la evitación de determinados eventos (Luciano, Páez-Blarrina y Valdivia-Salas, 2010). Se provocó esta desesperanza mediante la conversación entre paciente y terapeuta sobre los esfuerzos llevados a cabo por aquel para intentar modificar y controlar su conducta sobre el consumo de sustancias adictivas. Se realizó un listado de esos eventos que el paciente intentaba modificar, y que, según él, le llevaban a consumir

cocaína, se esclarecía cómo el paciente conseguía aliviar su malestar a corto plazo, pero a largo plazo no solo no había solucionado su malestar, sino que cada vez este era mayor. En ese sentido se introdujo también la pérdida de memoria que el paciente mencionaba con gran interés para su recuperación como un aspecto importante a trabajar. De esta manera se intentó que el paciente entrara en contacto con la propia experiencia sobre la funcionalidad de las estrategias llevadas a cabo y que no han hecho sino acrecentar el problema con el objetivo de debilitar la categoría de controlar el malestar (Hayes, Strosahl y Wilson, 2014).

Aclaración de valores

De acuerdo a este modelo de intervención no podemos olvidar la importancia de los valores, estando todas las intervenciones centradas en que el paciente tenga una vida valiosa. Se trata de definir qué quiere hacer el paciente con su vida de manera que esta tenga un sentido o propósito. Esto es algo en lo que el paciente no conseguía aclararse ya que, como él mismo afirmaba, toda su vida había estado centrada en el consumo de sustancias y sus relaciones sociales giraban en torno a ese consumo. Una queja frecuente del paciente en los inicios de la intervención era que sentía como si la vida lo llevara, afirmando carecer de una guía u objetivo claro que le dirigiera. En este sentido utilizamos el *ejercicio del funeral* (Wilson y Luciano, 2002), mediante la introducción de este ejercicio sugeríamos al paciente que imaginara que asiste a su funeral y en este tiene la posibilidad de escuchar a la gente que asiste hablar de él, le animábamos a que expresara “qué decían los asistentes” “que afirmaciones hacían”, etc. el paciente entristeció, respondía que la gente solo podría decir que solo era un “perdedor”, “drogadicto” y términos similares; posteriormente, indagamos con preguntas sobre su actividad o qué le gustaría hacer si no tuviera el problema de consumo de las sustancias adictivas. Una vez el paciente fue aclarándose en este contexto se introdujo una serie de objetivos y metas bajo distintas áreas vitales que el paciente reseñó como importantes.

Aceptación

Es, quizá, la estrategia más útil contra la evitación experiencial. La aceptación conlleva el acogimiento de los eventos internos, ya sean estos pensamientos negativos sobre sí mismo, ansia por consumir sustancias, malestar interno etc. sin intentar cambiar su frecuencia o forma. En este sentido se enseñó a ver el deseo del consumo del paciente como pensamientos y sensaciones, pero sin defensa. Para ello se instruyó al paciente a que se imaginara su mente como una entidad separada de sí mismo, para ello, paciente y terapeuta se situaban juntos mientras el terapeuta simulaba ser una “mente” constantemente hablándole al paciente sobre aquellas cosas o adjetivos que molestaban al paciente, este

ejercicio ocasionó gran confusión, previamente se le sugirió que permitiera y perdonara a todos esos pensamientos sobre sí mismo que aparecían y que el paciente vivía aversivamente, al igual se hacía con las sensaciones de deseo de consumo incluyendo los tres pasos de la aceptación: (a) observar o escáner el cuerpo de la cabeza a los pies, teniendo en cuenta qué siente el paciente y en qué parte del cuerpo, localizando sensaciones molestas y observándolas y no haciendo nada por cambiarlas, (b) respirar lenta y profundamente y (c) permitir que la sensación esté donde está y observar los cambios si los hubiere pero sin que el propósito sea alterarla (Harris, 2007).

El Yo contexto

Se trató de potenciar en el paciente el sentido del “yo” como perspectiva. Este paso se ayudó mediante ejercicios tales como “mirar detrás de tus ojos” (Hayes et al. 2014). Se intentó que el paciente tuviera la habilidad de observar todos los eventos internos como algo ajeno a él, para lo cual se usó el ejercicio del tablero de ajedrez (Wilson y Luciano, 2002). En este ejercicio se le pidió al paciente que imaginara un tablero y las respectivas figuras de ajedrez equiparando las figuras a aquellos eventos internos que manifiesta el paciente, ya sean de tipo agradable o desagradable, siendo el paciente el tablero que da soporte a esas figuras pero que no está limitado en ningún movimiento.

Defusión o desactivación de las funciones verbales

Se trató de enseñar al paciente a utilizar los pensamientos cuando estos estén al servicio de lo que es importante para él. En definitiva, se procuró desactivar la literalidad de las palabras y alterar las funciones de los pensamientos aversivos que lo alejaran de aspectos valiosos mediante la disminución de su credibilidad. Para ello introdujimos ejercicios tales como el etiquetado de pensamientos, consistente en adjetivar las clases de pensamientos y darles la bienvenida, por ejemplo “*buenos días pensamientos absurdos*” o “*bienvenidas preocupaciones innecesarias*” o ponerle voz o la mente como la radio siempre encendida, estableciendo la equivalencia de la mente con una radio que siempre está encendida y que proporciona noticias buenas, malas, indiferentes a lo largo del día, y que solo prestamos atención cuando algo nos interesa (Harris, 2007).

Estar presente

En este caso se trabaja con el paciente la habilidad de estar abierto a los eventos psicológicos y ambientales tal y como ocurren sin juzgar, se le enseña a describir sin evaluar con el objetivo de incrementar la conciencia del aquí y el ahora facilitando el contacto con las contingencias directas que emanan de la propia conducta en lugar de fomentar el

seguimiento de reglas provenientes de los demás (Törneke, Luciano y Salas, 2008). Pretendemos proporcionar al paciente claves que le traigan la atención al aquí y al ahora incitándole a entrar en contacto con lo que sucede alrededor. Para ello, practicábamos en sesión ejercicios de centramiento en estímulos y eventos internos y posteriormente entregamos al paciente una serie de ejercicios grabados para practicar en su domicilio. Con el mismo objetivo, pero con una finalidad asimismo más neuropsicológica, debido al déficit atencional que presentaba, incluimos también ejercicios de *focalización*, tales como centrarse en un sonido de la habitación, p. ejemplo, el tictac de un reloj y concentrarse en el mismo, *observación de detalles*, observar detalles de distintas láminas y describirlas uno a otro, o *visualización*, escuchando diferentes sonidos y oliendo distintos olores y decir qué le sugieren etc. (Muñoz, 2009).

Compromiso con la acción

A través de distintas estrategias más clásicas de la terapia de conducta, se persigue el establecimiento de patrones de acción válidos, pautas de comportamiento guiadas por los valores del paciente, se trata de potenciar la conducta guiada en cada momento por los valores y de forma consistente con estos. Para ello se utilizó frecuentemente la metáfora del autobús, en la cual se sitúa al paciente como si fuera el conductor de un autobús, en el cual los pasajeros son los eventos temidos, es decir los pensamientos, sensaciones etc. que impiden al paciente llevar la vida que le gustaría llevar, y el paciente es el conductor, siendo por tanto él, el que guía su vida, a pesar de los pasajeros (Wilson y Luciano, 2002). Así mismo, retomando el ejercicio del tablero de ajedrez se simulaba su movimiento, en cualquier dirección, junto a las fichas, el tablero elige su movimiento, conllevando las fichas porque forman parte de la totalidad del juego de ajedrez. Se enfatizaba la necesidad de práctica de todo lo trabajado en sesión, insistiéndole en registrar las dudas que surgieran fuera del contexto de la clínica. Así mismo, se ponían de manifiesto las posibles barreras o se animaba a pequeños pasos con el objetivo de no disminuir la motivación y asegurando una adecuada ejecución.

Todos estos componentes de ACT, se realizaron siguiendo los objetivos del NEAR (Medaia y Freilich, 2008) esto es: (a) potenciando la independencia del paciente, (b) facilitando una predisposición positiva hacia el aprendizaje y (c) trabajando las funciones neuropsicológicas que pudieran dificultar los objetivos propuestos, para lo que se utilizaron algunas estrategias de entrenamiento cognitivo y sobre todo se tuvo en cuenta la utilización de estrategias que disminuyeran la probabilidad de error, tales como *establecimiento de pasos para acciones complejas*, consistente en el desglose de las acciones que componían distintas metas, *organización de los objetivos* en función del contexto, “*elaboración de planes*” etc. En este sentido introdujimos algunos ejercicios

destinados a restaurar funciones que permitieran una reactivación de los circuitos cerebrales implicados. Practicamos con el paciente en sesión tareas de memoria, utilizando distintas estrategias de almacenamiento (repetición) y de recuperación (uso de pistas). Paralelamente, enseñamos al paciente al uso de estrategias de ayuda externas (colaboración de familiares o apuntes breves) así como de solución de problemas (comprensión del problema, elaboración de un plan, ejecución del plan y evaluación del plan).

Resultados y discusión

La tabla 1 refleja los cambios habidos en los consumos de sustancias. El cambio más pronunciado es el de consumo de cocaína, que salvo en una ocasión que hubo dos episodios de consumo en torno a la 5ª sesión, lo que, técnicamente, es un *desliz* dentro del proceso terapéutico, prácticamente desapareció desde el primer día. En cambio, el consumo de alcohol siguió, pero en tasas de consumo aceptables desde un punto de vista clínico. El abandono del consumo de cannabis fue más difícil, si bien se comenzó con una reducción del consumo hasta que se abandonó en la sesión número 5.

En la figura 1, vemos así mismo una disminución en la presencia de problemas prefrontales, medidos con el Inventario de Síntomas Prefrontales, especialmente en las áreas relacionadas con el control ejecutivo, en los problemas atencionales y en los problemas de conducta social, siendo los datos post-tratamiento obtenidos prácticamente iguales a los obtenidos por la muestra de población no clínica en el estudio de diseño y creación del instrumento, por lo que podríamos concluir que hubo una mejoría en los déficits neuropsicológicos asociados, en la literatura científica, al consumo de sustancias (Verdejo *et al.*, 2005).

En la figura 2 se muestra la evolución en la prueba de cribado neuropsicológico, MoCA, en todas las funciones evaluadas. Se puede observar una mejoría que lleva a que el paciente obtenga una puntuación total equivalente a la de la población sin deterioro neuropsicológico. Ambos resultados, tanto los de la MoCA como los del Inventario de Síntomas Prefrontales, sólo se pasaron tanto al inicio del tratamiento como en la primera sesión de seguimiento para evitar los efectos de la práctica que podría suponer la respuesta repetida en más de dos ensayos a los mismos cuestionarios.

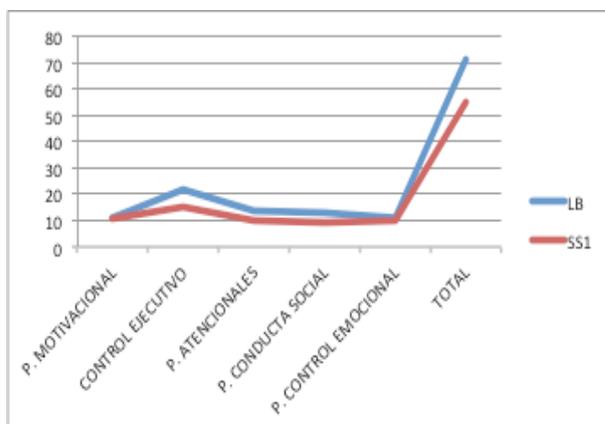


Figura 1. Evolución en la sintomatología prefrontal a lo largo de la intervención medida por el ISP.

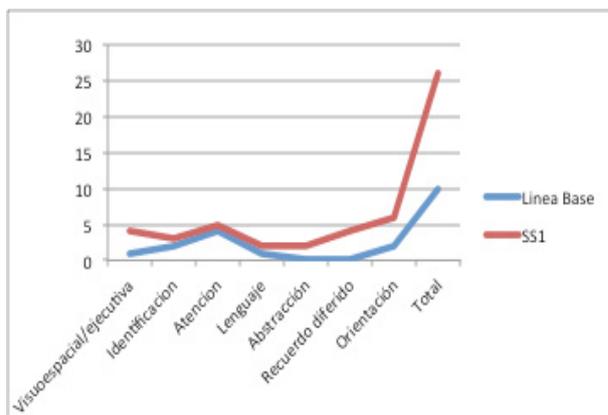


Figura 2. Evolución déficit neurocognitivo a lo largo de la intervención.

La evolución del paciente ha sido muy positiva, tanto en relación al consumo de sustancias como en la mejora del deterioro neuropsicológico que venía padeciendo y que se puso de manifiesto en las pruebas de evaluación neuropsicológica utilizadas y que podría haber sido una barrera para una intervención que promovía un adecuado incremento del repertorio conductual ajeno al consumo de sustancias. Resulta de interés la mejora neuropsicológica del paciente sin necesidad de recurrir a actividades lejanas a los intereses del paciente usando otras relacionadas con elementos funcionales, que en este caso y, como no puede

Tabla 1. Tasa de consumo de las distintas sustancias a lo largo de la intervención. LB: línea base, S1-S7: sesiones de tratamiento, SS1-SS3: sesiones de seguimiento.

	LB	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	SS1	SS2	SS3
Cigarrillos de cannabis/día	12	12	5	1	2	0	0	0	0	0	0
Unidades de alcohol/ semana	28	10	5	4	4	3	3	4	3	4	3
Grs. de cocaína/día	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0

ser de otra manera, trabajando desde un punto de vista contextual, se han sustituido por actividades elegidas por el paciente con carga de valor para él mismo y relacionadas con sus intereses. Así, el retorno al instituto de secundaria por parte del paciente como decisión personal para obtener la titulación que consideraba necesaria también ha podido jugar un importante papel. En este sentido cobra importancia la influencia del consumo de sustancias en el deterioro conductual que presentan los pacientes con trastornos por consumo de sustancias, así como la necesidad de incluir un manejo adecuado de los eventos internos asociados al consumo de sustancias junto con un repertorio de actividad significativa para el paciente, contextualizada y rica en valor. Por su parte, también la necesidad de tener en cuenta el estado cognitivo medido a través de la evaluación de sintomatología prefrontal ha permitido tener en cuenta esos déficits de cara a la adaptación del material clínico trabajado en sesión a las habilidades del paciente, de forma que permitiera una adecuada comprensión de los elementos clínicos y terapéuticos expuestos en sesión.

No hemos considerado de interés, más que por lo establecido en el protocolo de intervención de la unidad, la sintomatología registrada en el cribado psicopatológico; ni era relevante para el paciente ni lo era desde un punto de vista clínico; desde el punto de vista del paciente posiblemente por el escaso repertorio evitativo ante eventos internos que según otros modelos podrían ser caracterizados como aversivos, según se desprendió de la utilización del AAQ-II, lo que hace que dicha sintomatología no tenga gran repercusión en la vida del paciente, por otro lado, desde un punto de vista contextual, utilizar esa sintomatología podría servir de argumento para establecer un relación conducta-conducta, a modo de relación causal ficticia, con el consumo de drogas y seguir alimentando ciertas ideas sobre patología dual como presencia de dos trastornos simultáneos que se retroalimentan. Se ha optado en este caso por una intervención que desactiva determinados eventos internos en su relación con el consumo de sustancias, paralelo a una intervención en la que los valores del paciente están presentes como muestra y guía de acción.

El presente trabajo es un enfoque que compagina la repercusión de los déficits cognitivos y una intervención cuyo objetivo es romper la relación funcional de los eventos internos con la conducta a modificar, dando lugar a una visión más completa de los trastornos por consumo de sustancias. Frente a otros enfoques, más protocolizados, más centrados en la atenuación o eliminación del síntoma la duración del tratamiento posiblemente debería ser mayor, en el presente trabajo, debido a la abstinencia prematura una vez iniciado el tratamiento, uno de los objetivos era la mejora en determinados repertorios de corte neuropsicológico al igual que la confirmación de que es el paciente el que “*lleva las riendas de su vida*”. Las informaciones obtenidas a través de familiares en las sesiones de seguimiento confirmaron

que se había ido en la buena línea ya que el abandono del consumo de sustancias se había logrado a la par que se había incrementado el repertorio comportamental del paciente en función de las metas elegidas por este, tales como implicación en la vida familiar, mejora en rendimiento escolar, actividades comunitarias etc.

Referencias

- Bates, M.E., Bowden, S.C. y Barry, D. (2002). Neurocognitive impairment associated with alcohol use disorders: Implications for treatment. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 10 (3), 193-212.
- Bolotner, N.S., Horcajadas, F.A., Astudillo, P.V., Vich, F.B., Perez, B.M., Villamor, I.B. y Calvo, F.P. (2011). Estudio piloto sobre la prevalencia de patología dual en pacientes en tratamiento en la Comunidad de Madrid. *Adicciones*, 23 (3), 249-255.
- Bond, F.W., Hayes, S.C., Baer, R.A., Carpenter, K.M., Orcutt, H.K., Waltz, T. y Zettle, R.D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42, 676-688.
- Brown, A. K. (2004). Neuropsychological functioning, personality profiles, and coping among alcoholics with the comorbidity for other substances. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 65 (2-B), 1056.
- Caparrós-Caparrós, B., Villar-Hoz E., Juan-Ferrer, J. y Viñas-Poch F. (2007). Symptom Check-List-90-R: fiabilidad, datos normativos y estructura factorial en estudiantes universitarios. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3, 781-794.
- Carpenter, K.M., y Hittner, J.B. (1997). Cognitive impairment among the dually-diagnosed: Substance use history and depressive symptom correlates. *Addiction*, 92 (6), 747-59.
- Carrasco, M.A., Sánchez, F., Ciccotelli, H. y Del Barrio, V. (2003). Listado de síntomas SCL-90-R: Análisis de su comportamiento en una muestra clínica. *Acción Psicológica*, 2 (2), 149-161.
- Chapa, R.F., Pavía, N.P. y Soler, B.B. (2006). Impulsividad en dependientes de cocaína que abandonan el consumo. *Adicciones*, 18 (2), 111-118.
- Degenhardt, L. y Hall, W. (2006). Is cannabis use a contributory cause of psychosis? *Canadian Journal of Psychiatry*, 51 (9), 556-565.
- Dekker, N., Linszen, D.H. y De Haan, L. (2009). Reasons for cannabis use and effects of cannabis use as reported by patients with psychotic disorders. *Psychopathology*, 42 (6), 350-360.
- Derogatis, L.R. (2002). *SCL-90-R. Cuestionario de 90 síntomas. Manual*. Madrid: TEA Ediciones.

- Fernández-Montalvo, J. y Landa, N. (2003). Comorbilidad del alcoholismo con los trastornos de personalidad. *Clínica y Salud, 14* (1), 27-41.
- Fernández-Montalvo, J., Lorea, I., López-Goñi, J.J. y Landa, N. (2008). Comorbilidad psicopatológica en la adicción a la cocaína: resultados con el SCL-90-R. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual: Revista Internacional Clínica y de la Salud, 16* (2), 275-288.
- Gaudiano, B.A. (2011). Evaluating acceptance and commitment therapy: An analysis of a recent critique. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy, 7* (1), 54-65.
- Gianoli, M.O., Jane, J.S., O'Brien, E. y Ralevski, E. (2012). Treatment for comorbid borderline personality disorder and alcohol use disorders: A review of the evidence and future recommendations. *Experimental and Clinical Psychopharmacology, 20* (4), 333-344.
- Gonzalez, R., Schuster, R.M., Mermelstein, R.J., Vassileva, J., Martin, E.M. y Diviak, K.R. (2012). Performance of young adult cannabis users on neurocognitive measures of impulsive behavior and their relationship to symptoms of cannabis use disorders. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, 34* (9), 962-976.
- Grant, I. (1987). Alcohol and the brain: Neuropsychological correlates. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55* (3), 310-324.
- Harris, R. (2007). *Las trampas de la felicidad. Deja de luchar, empieza a vivir*. Mexico: Grupo Editorial Patria.
- Hayes, S.C., Strosahl, K., y Wilson, K.G., (2014). *Terapia de aceptación y compromiso. Proceso y práctica del cambio consciente. (Mindfulness)*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Lev-Ran, S., LeFoll, B., McKenzie, K., George, T.P. y Rehm, J. (2013). Cannabis use and cannabis use disorders among individuals with mental illness. *Comprehensive Psychiatry, 54* (6), 589.
- Lorea, I., Fernández-Montalvo, J., Tirapu-Ustárriz, J., Landa, N. y López-Goñi, J. J. (2010). Neuropsychological performance in cocaine addiction: A critical review. *Revista de Neurología, 51* (7), 412-426.
- Luciano Soriano, M.C., Gómez Martín, S., Hernández López, M. y Cabello Luque, F. (2001). Alcoholismo, evitación experiencial y terapia de aceptación y compromiso (ACT). *Análisis y Modificación de Conducta, 27* (113), 333-371.
- Luciano, C. y Hayes, S. C. (2001). Trastorno de evitación experiencial. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 1* (1), 109-157.
- Luciano, C., Páez-Blarrina, M. y Valdivia-Salas, S. (2010). La terapia de aceptación y compromiso (ACT) en el consumo de sustancias como estrategia de evitación experiencial. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 10* (1), 141-165.
- Lyvers, M. (2000). "Loss of control" in alcoholism and drug addiction: A neuroscientific interpretation. *Experimental and Clinical Psychopharmacology, 8* (2), 225-249.
- Medaia, A., y Frielich, B. (2008). The Neuropsychological Educational Approach to Cognitive Remediation (NEAR) model: Practice principles and outcome studies. *American Journal Psychiatry Rehabilitation, 11*, 123-143.
- Muñoz, E. (Coord.). (2009) *Estimulación cognitiva y rehabilitación neuropsicológica*. Barcelona: Ediciones UOC.
- Nasreddine, Z.S., Phillips, N.A., Bedirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V. y Collin, I. (2005) The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal American Geriatric Society, 53*, 695-699.
- Pedrero-Pérez, E. J., Ruiz-Sánchez de León, J.M., Llanero-Luque, M., Rojo-Mota, G., Olivar-Arroyo, A. y Puerta-García, C. (2009). Frontal symptoms in substance abusers under treatment using the spanish version of the frontal system behaviour scale. *Revista de Neurología, 48* (12), 624-631.
- Pedrero-Pérez, E.J., Rojo-Mota, G., Ruiz-Sánchez de León, J.M., Fernández-Méndez, L.M., Morales-Alonso, S. y Prieto-Hidalgo, A. (2014). Cognitive reserve in substance addicts in treatment: Relation to cognitive performance and activities of daily living. *Revista de Neurología, 59* (11), 481-489.
- Robles Sánchez, J., Andreu Rodríguez, J., y Peña Fernández, M. (2002). SCL-90-R: Aplicación y análisis de sus propiedades psicométricas en una muestra de sujetos clínicos españoles. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense, 2* (1), 5-19.
- Rojo-Mota, G., Pedrero-Pérez, J., Ruiz-Sánchez de León, Llanero-Luque, M. y Puerta-García, C. (2013). Cribado neurocognitivo en adictos a sustancias: la evaluación cognitiva de Montreal. *Revista de Neurología, 56* (3), 129-136.
- Ruiz, F.J., Langer, A.I., Luciano, C., Cangas, A.J. y Beltrán, I. (2013). Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility: The Spanish version of the Acceptance and Action Questionnaire-II. *Psicothema, 25* (1), 123-129.
- Ruiz-Sánchez, J.M., Pedrero-Pérez, E., Lozoya-Delgado, P., Llanero-Luque, M., Rojo-Mota, G. y Puerta-García (2012). Inventario de síntomas prefrontales para la evaluación clínica de las adicciones en la vida diaria: proceso de creación y propiedades psicométricas. *Revista de Neurología, 54* (11), 649-663.
- Ruiz-Sánchez, J.M., Pedrero-Pérez, E., Llanero-Luque, M., Rojo-Mota, G. Olivar, A., Bouso, J.C. y Puerta, C. (2009). Perfil neuropsicológico en la adicción a la cocaína. Consideraciones sobre el ambiente social próximo de los adictos y el valor predictivo del estado cognitivo en el éxito terapéutico. *Adicciones: Revista de Sociodrogalcohol, 21* (2), 119-132.

- Smith, J.P. y Randall, C.L. (2012). Anxiety and alcohol use disorders: Comorbidity and treatment considerations. *Alcohol Research*, 34 (4), 414-431.
- Sofuoglu, M., Sugarman, D.E. y Carroll, K.M. (2010). Cognitive function as an emerging treatment target for marijuana addiction. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 18 (2), 109-119.
- Törneke, N., Luciano, C. y Salas, S.V. (2008). Rule-governed behavior and psychological problems. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 8 (2), 141-156.
- Torrens, M. (2008). *Dual diagnosis: Actual situation and future prospects*. *Adicciones*, 20 (4), 315-319.
- Verdejo-García, A.J., López-Torrecillas, F., Aguilar de Arcos, F. y Pérez-García, M. (2005). Differential effects of MDMA, cocaine, and cannabis use severity on distinctive components of the executive functions in polysubstance users: A multiple regression analysis. *Addictive Behaviors*, 30 (1), 89-101.
- Verdejo-García, A.J., Perales, J.C. y Pérez-García, M. (2007). Cognitive impulsivity in cocaine and heroin polysubstance abusers. *Addictive Behaviors*, 32 (5), 950-966.
- Verdejo-García, A., López-Torrecillas, F., Giménez, C.O. y Pérez-García, M. (2004). Clinical implications and methodological challenges in the study of the neuropsychological correlates of cannabis, stimulant, and opioid abuse. *Neuropsychology Review*, 14 (1), 1-41.
- Wilson, K. y Luciano, M.C., (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.