

I
M
M
E
R
S
I
V
E

A
D
D
I
C
T
I
O
N

R
E
H
A
B
I
L
I
T
A
T
I
O
N



**IMMERSIVE
HEALTHCARE
TECHNOLOGIES**

Documento Confidencial C1

No difundir - Estrictamente limitado a uso interno

©C2CARE 2024

ÍNDICE

1. Introducción	4
a. Advertencia	4
b. Integración de las TCC	4
2. Formato	4
3. Reglas higiénico-dietéticas	6
a. Reanudación del deporte de resistencia	6
b. Eliminar otros estimulantes	7
c. Exposición a la luz solar	7
d. Tener relaciones sexuales frecuentes	7
4. Psicoeducación	8
a. El Tabaco	8
b. El Alcohol	9
c. La Cocaína	10
d. El Cannabis	11
e. Otras Drogas	12
f. Modelo Neurobiológico de la Dependencia	12
g. Modelo de Condicionamiento	15
h. Modelo cognitivo de la recaída	17
5. Relajación Vagual	18
a. Preparación	18
b. El Método	19
6. ACARA	19
a. A para Aceptar la emoción de Craving	19
b. C para Contemplar sus emociones	20
c. A para Actuar con la ansiedad	20
d. R para Repetir las 3 etapas una vez más	21
e. A para Anticipar lo mejor	21
7. Terapia Cognitiva: La reestructuración cognitiva	21
a. Primera Etapa: Autoobservación	21
b. Segunda Etapa: La búsqueda de pruebas	23
c. Tercera Etapa: Generar una interpretación equilibrada	24
8. Estrategias Conductuales y Cognitivas	26
a. Estrategias para hacer frente a las tentaciones	26
b. Estrategias adaptativas conductuales	27
9. Auto-instrucciones positivas	27
10. Afirmación de uno mismo	29
a. Saber decir que no / Saber rechazar	29
b. Las diferentes técnicas a utilizar	29

11. Imaginación Mental	31
12. Exposición a la realidad virtual: los grandes principios	32
a. Advertencia	32
b. Progresivo	33
c. Prolongado	33
d. Repetido	34
e. Las etapas de una sesión	34
f. Cyber Sickness Syndrome	36
13. The Transition to Reality: Generalization	36
14. Conclusion	37

1. Introducción

a. Advertencia

Los entornos virtuales de C2Care no deben utilizarse de inmediato con un paciente en abstinencia o que sufra de otra adicción, ya que podrían sensibilizarlo y provocar una recaída. Deben emplearse una vez que el paciente esté preparado y capacitado en la terapia (TCC: terapia cognitivo-conductual, psicoanálisis, relajación, manejo de emociones, etc.). Su objetivo terapéutico es exponer al paciente a entornos virtuales con situaciones de riesgo de consumo, para que pueda utilizar las herramientas terapéuticas en su vida diaria, ayudándolo a gestionar su deseo de consumo (craving).

b. Integración de las TCC

Este manual para profesionales tiene como objetivo ayudarle a integrar la terapia de exposición con realidad virtual (TERV) en su práctica de terapia cognitivo-conductual (TCC). Los principios generales, un método completo y las diferentes etapas de la terapia se detallan en los capítulos siguientes.

2. Formato

1 sesión semanal de aproximadamente 40 a 50 minutos en el hospital o en consulta.

8 a 12 sesiones en total, es decir, 2 a 4 meses de tratamiento.

Un seguimiento más espaciado con una entrevista cada 3 meses durante el primer año después de finalizar la terapia es recomendable para asegurar que los beneficios obtenidos se mantengan y responder a cualquier pregunta que surja durante la exposición en la vida real.

Con respecto a su uso en psicoanálisis, el número de sesiones queda a discreción del terapeuta, quien deberá decidir entre la posibilidad de un traslado antes de la exposición o la revelación de pulsiones reprimidas, traumas olvidados o temores desplazados durante la exposición en realidad virtual.

Primum non nocere: El objetivo del tratamiento es la emancipación del paciente, no hacerlo dependiente del terapeuta. El paciente es un adulto que debe aprender a valerse por sí mismo. Su papel no es encerrarlo en una terapia de

años, sino darle las alas que busca para elevarse y florecer, disfrutando del pleno potencial de su personalidad y capacidades. Las primeras 4-5 sesiones están dedicadas al aprendizaje de la relajación, la terapia cognitiva y el manejo del craving (que se detallarán en este manual), mientras que las 4-10 sesiones restantes serán de TERV con el entorno virtual de C2Care.

Las primeras 4-5 sesiones de relajación, terapia cognitiva y manejo del craving pueden realizarse en grupo con 2 a 5 pacientes. El efecto de compartir en grupo, la sensación de no estar aislado y los diferentes puntos de vista son muy constructivos para la terapia. Algunos pacientes incluso se ayudan mutuamente y comparten sus datos de contacto.

Esto varía en función del paciente y su patología. Generalmente, las consultas de seguimiento son útiles para el contacto, la supervisión y la prevención de recaídas cada 3 a 6 meses durante el primer año. Es necesario asegurarse de que el trastorno adictivo no tenga un origen orgánico. Busque antecedentes de patologías neurológicas (retraso mental, hidrocefalia, hematoma subdural crónico debido a un traumatismo craneal, epilepsia, accidente isquémico, encefalitis, etc.) que puedan causar hipofrontalidad o una estimulación excesiva del sistema de recompensa (núcleo accumbens); realice un examen clínico buscando signos neurológicos si es necesario. La presencia de signos confirmados debe llevar a solicitar un análisis biológico y una tomografía o una resonancia magnética. A veces, en los servicios de psiquiatría, examinamos pacientes que han pasado por muchas formas de terapia durante años sin éxito, y al final la patología subyacente es somática, y un simple tratamiento médico puede resolver el problema en pocas semanas. Es inútil realizar psicoterapia en un paciente con un trastorno mental de origen orgánico, en cuyo caso el tratamiento será médico-quirúrgico. Durante la primera entrevista, después de establecer el motivo de consulta, el análisis funcional para terapeutas de TCC, un estudio de las relaciones parentales para el psicoanálisis, la verificación del diagnóstico, el objetivo del paciente y su motivación, es importante proporcionar información sobre el psicoanálisis, las TCC, las modalidades de la terapia, el número de sesiones, su duración, el seguimiento y las etapas.

Aquí están las etapas del método de este manual (tomadas de las TCC y de la experiencia del autor):

- Reglas higiénico-dietéticas

- Psicoeducación
- Relajación
- ACARA (técnica de manejo de emociones y craving)
- Terapia cognitiva (reestructuración cognitiva)
- Estrategias conductuales y cognitivas
- Autoinstrucciones positivas
- Afirmación personal
- Imaginación mental
- Terapia de exposición con realidad virtual con el software de C2Care
- Seguimiento

Es importante señalar que el paciente no está obligado a usar todos estos métodos, solo aquellos que le resulten útiles o agradables. De hecho, algunas de estas técnicas pueden no ser siempre eficaces dependiendo de los gustos, preferencias y personalidad del paciente. Es normal que no utilice todas las herramientas después de finalizar la terapia.

3. Reglas higiénico-dietéticas

Se refieren a consejos simples sobre hábitos de vida. Aquí están los consejos para dar a sus pacientes.

a. Reanudación del deporte de resistencia

Se recomienda encarecidamente la práctica de un deporte de resistencia o "cardio": correr, ciclismo, natación, caminatas rápidas, etc. La práctica de deportes de resistencia modifica la secreción de ciertas neurohormonas en el cerebro, lo que tiene un efecto beneficioso sobre el estado de ánimo, los comportamientos agradables y la reducción de la ansiedad y los comportamientos hostiles. En particular, la serotonina aumenta con la actividad física. Se recomienda practicar deporte al menos 2 o 3 veces por semana. La regularidad es preferible a la intensidad: mejor 20 minutos de bicicleta todos los días que 2 horas solo los domingos.

b. Eliminar otros estimulantes

El exceso de café y alcohol tiende a agravar la ansiedad debido a sus efectos estimulantes. El paciente debe tomar café descafeinado y consumir alcohol moderadamente (idealmente 1 o 2 copas de vino tinto al día y solo algunos excesos ocasionales).

c. Exposición a la luz solar

Al igual que el deporte, la exposición a la luz solar modifica los niveles de neurohormonas en el cerebro de manera beneficiosa, especialmente la serotonina, que mejora el estado de ánimo y reduce la ansiedad. Se recomienda exponerse al sol caminando al aire libre en bosques o parques, yendo a la playa o cerca de ríos (con protección solar y de manera razonable).

d. Tener relaciones sexuales frecuentes

En los homínidos, como el ser humano, el comportamiento reproductivo, que es menos necesario debido a la sobrepoblación, ha evolucionado hacia un comportamiento erótico, ya que proporciona un placer intenso que puede ser compartido. Las relaciones sexuales son clave para la complicidad corporal, así como para el acercamiento emocional y físico entre los dos miembros de una pareja. Producen sentimientos positivos y reflejan la calidad de la relación entre ambos. Además, el orgasmo que se obtiene tras una relación sexual es responsable de la producción de endorfinas y oxitocina, que, además de proporcionar placer, ayudan a aliviar los conflictos y tensiones sexuales, reduciendo las preocupaciones y, por lo tanto, disminuyendo la ansiedad o la dependencia. Los efectos beneficiosos del orgasmo no solo tienen consecuencias a corto plazo, sino que en realidad pueden durar al menos una semana después de la relación. Por lo tanto, se recomienda practicar relaciones sexuales de manera regular (al menos 2 o 3 veces por semana).

4. Psicoeducación

La psicoeducación se basa en tres modelos provenientes de las ciencias biológicas, neurológicas, cognitivas y conductuales. Es necesario enseñar estos tres modelos a los pacientes utilizando esquemas y explicaciones claras, ilustrados con casos concretos basados en su anamnesis o en relatos de otros pacientes.

a. El Tabaco

La adicción al tabaco se caracteriza por la incapacidad de controlar el comportamiento de consumo de tabaco a pesar de las consecuencias negativas (físicas, financieras, familiares y sociales). El tabaquismo crónico es responsable de muchas patologías a largo plazo, cuya evolución suele ser desfavorable o incapacitante (cáncer de pulmón, enfermedad cardiovascular, enfermedad respiratoria crónica, etc.).

De hecho, se han identificado 4000 componentes en el humo del tabaco, algunos de los cuales son tóxicos y 60 son reconocidos como carcinógenos. Entre ellos se incluyen:

- CO (monóxido de carbono), un gas tóxico que también se encuentra en los gases de escape de los automóviles.
- Alquitrán, que es cancerígeno y cubre los pulmones con una sustancia viscosa.
- Acetona, una sustancia presente en el quitaesmalte.
- Ácido cianhídrico, utilizado en cámaras de gas.
- Metales pesados (plomo y cadmio), que son tóxicos para el cerebro (saturnismo).

Además, el tabaco contiene nicotina, un compuesto que actúa sobre el funcionamiento cerebral y perturba el sistema de placer y recompensa.

En lo que respecta a los datos epidemiológicos a gran escala, el problema del tabaquismo afecta al mundo entero, y en particular a Europa, con una prevalencia de tabaquismo diario del 28% entre los adultos mayores de 15 años. De hecho, Europa tiene la mayor prevalencia de tabaquismo diario en el mundo entre las mujeres (20%).

En Francia, según los últimos datos del Instituto Nacional de Prevención y Educación para la Salud (INPES), esta cifra es similar a los datos europeos, con una prevalencia del 28.7% de fumadores diarios entre los mayores de 15 años, lo que representa a 13.5 millones de personas. Este instituto también observó un aumento en esta cifra entre 2005 y 2010 (26.9% y 28.7% respectivamente), afectando principalmente a las mujeres.

b. El Alcohol

La adicción al alcohol, o trastorno por consumo de alcohol, se manifiesta a través de un consumo excesivo e incontrolado de alcohol a pesar de las consecuencias negativas sobre la salud física, mental, social y profesional. El alcoholismo es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo, con una amplia gama de consecuencias que van desde enfermedades hepáticas y trastornos cardiovasculares hasta impactos en la salud mental como la depresión y la ansiedad.

El abuso de alcohol también puede llevar a una dependencia física, caracterizada por síntomas de abstinencia cuando se reduce o se interrumpe el consumo. Estos síntomas pueden incluir temblores, ansiedad, náuseas, alucinaciones y, en casos graves, convulsiones y delirium tremens.

La dependencia al alcohol no solo afecta al individuo, sino que también tiene un impacto significativo en las familias y las comunidades, aumentando el riesgo de violencia doméstica, accidentes de tráfico y problemas laborales. Los factores de riesgo incluyen la genética, las influencias sociales y ambientales, los problemas de salud mental y los patrones de consumo de alcohol.

En términos epidemiológicos, la Organización Mundial de la Salud (OMS) informa que millones de personas en todo el mundo padecen trastornos relacionados con el alcohol. La prevalencia varía según la región, pero el alcoholismo sigue siendo una preocupación importante de salud pública en muchos países, incluidos aquellos desarrollados, donde el acceso al alcohol es fácil y está socialmente aceptado.

c. La Cocaína

La adicción a la cocaína, al igual que la del tabaco, es una dependencia severa que afecta profundamente la vida de los individuos en varios aspectos: salud, relaciones sociales, finanzas y trabajo. La cocaína es un estimulante del sistema nervioso central que aumenta los niveles de dopamina en los circuitos de recompensa del cerebro, lo que provoca altos niveles de euforia. Sin embargo, esta subida es seguida por una caída abrupta, lo que impulsa a un consumo repetido para evitar el malestar de la bajada, favoreciendo así la adicción.

En términos de salud, la cocaína puede causar daños inmediatos y a largo plazo. A corto plazo, su consumo puede provocar ataques cardíacos, accidentes cerebrovasculares y convulsiones en algunas personas, incluso desde la primera toma. A largo plazo, el uso crónico de cocaína puede causar enfermedades cardiovasculares, problemas respiratorios, trastornos neurológicos y psiquiátricos, como ansiedad, paranoia y esquizofrenia. Además, la cocaína está asociada con comportamientos de riesgo que aumentan la exposición al VIH y otras enfermedades transmisibles.

La cocaína contiene varias sustancias tóxicas y productos de corte que pueden ser perjudiciales. Aunque menos estudiados que los componentes del humo del tabaco, los adulterantes y contaminantes presentes en la cocaína de la calle, como el levamisol (un antiparasitario que puede causar graves trastornos sanguíneos) y otras sustancias, pueden causar daños adicionales.

Los datos epidemiológicos muestran que la prevalencia del uso de cocaína varía significativamente de una región a otra, con un consumo más elevado en ciertas partes de América y Europa. El Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) informa que la cocaína es la droga estimulante ilícita más consumida en Europa, con millones de usuarios cada año.

En Francia, según el Observatorio Francés de las Drogas y las Toxicomanías (OFDT), la cocaína es la segunda droga ilícita más consumida después del cannabis. Las encuestas indican un aumento en el uso de cocaína, con impactos significativos en la salud pública y los servicios de emergencia.

d. El Cannabis

La adicción al cannabis, también conocida como trastorno por consumo de cannabis, se caracteriza por la incapacidad de dejar o controlar el consumo a pesar de las consecuencias negativas para la salud, la vida social o las responsabilidades profesionales y educativas. Aunque a menudo se percibe como menos peligroso que otras sustancias, el uso regular de cannabis puede causar problemas de salud significativos y tiene un potencial de dependencia.

En términos de salud, el uso crónico de cannabis está asociado con riesgos de trastornos mentales, como la esquizofrenia, especialmente en personas con predisposición genética. También puede agravar los síntomas de trastornos preexistentes como la depresión y la ansiedad. Físicamente, el cannabis puede afectar el sistema respiratorio, de manera similar al humo del tabaco, aumentando el riesgo de bronquitis y otras infecciones respiratorias. Además, estudios sugieren una relación entre el consumo regular de cannabis y el deterioro de la memoria, la atención y la función cognitiva, especialmente cuando el uso comienza en la adolescencia.

El THC (tetrahidrocannabinol), el principal compuesto psicoactivo del cannabis, actúa en el cerebro uniéndose a los receptores cannabinoides, influyendo en el sistema de recompensa y pudiendo llevar a una dependencia psicológica. Los efectos inmediatos incluyen la alteración de la percepción, el estado de ánimo y la conciencia, mientras que el consumo a largo plazo puede reducir la motivación y llevar a un estado de apatía, conocido como síndrome amotivacional.

En cuanto a la epidemiología, el cannabis es la sustancia ilícita más consumida en el mundo. Según el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT), el cannabis tiene una presencia predominante en los hábitos de consumo de drogas en Europa, con millones de usuarios anuales, especialmente entre los jóvenes adultos. En Francia, el consumo de cannabis también es el más extendido entre las drogas ilícitas, con una prevalencia particularmente alta entre adolescentes y jóvenes adultos. El Observatorio Francés de Drogas y Toxicomanías (OFDT) informa que el consumo de cannabis entre los jóvenes es una gran preocupación de salud pública, con implicaciones para la salud mental y el bienestar general.

e. Otras Drogas

La adicción a las drogas, ya sean opioides, anfetaminas, éxtasis u otras sustancias psicoactivas, presenta un gran desafío para la salud pública. Estas sustancias afectan el cerebro y el comportamiento, provocando una dependencia física y/o psicológica profunda, que es difícil de superar sin ayuda.

Opioides (heroína, morfina, fentanilo): Estas drogas son particularmente adictivas y están asociadas a un alto riesgo de sobredosis mortal. Producen una intensa euforia, seguida de una rápida tolerancia, lo que requiere dosis cada vez más altas para obtener el mismo efecto. Las consecuencias para la salud incluyen infecciones, problemas respiratorios y trastornos mentales.

Anfetaminas (metanfetamina, éxtasis): Estos estimulantes aumentan la energía y el estado de alerta, pero pueden llevar a problemas cardiovasculares graves, trastornos psicóticos y una dependencia severa. El éxtasis, o MDMA, se utiliza a menudo en contextos festivos y puede causar deshidratación, agotamiento y trastornos emocionales.

Alucinógenos (LSD, hongos alucinógenos): Aunque el potencial de dependencia física es menor, estas sustancias alteran la percepción y pueden inducir experiencias psicodélicas intensas. Los riesgos incluyen ataques de pánico, recuerdos involuntarios (flashbacks) y desorientación psicológica.

La prevalencia del uso de estas sustancias varía según las regiones y los grupos demográficos, pero representa una preocupación mundial. Los esfuerzos de tratamiento incluyen la terapia conductual, el apoyo psicosocial, y en ocasiones el uso de medicamentos para aliviar los síntomas de abstinencia y facilitar la recuperación.

f. Modelo Neurobiológico de la Dependencia

El sistema de recompensa/reforzamiento, también llamado sistema hedónico, es un sistema funcional fundamental en los mamíferos, ubicado en el cerebro. Este sistema de recompensas es indispensable para la supervivencia, ya que proporciona la motivación necesaria para realizar acciones o comportamientos adecuados que permiten preservar al individuo y a la especie (búsqueda de alimentos, reproducción, evitación de peligros, etc.).

Más específicamente, el sistema de reforzamiento está constituido por tres componentes:

1. **Afectiva**, que corresponde al placer provocado por una recompensa o al desagrado provocado por los castigos; (Neurotransmisor: opioides, incluidas las endorfinas).
2. **Motivacional**, que corresponde a la motivación para obtener una recompensa o evitar el castigo; (Neurotransmisor: dopamina).
3. **Cognitiva**, que corresponde al aprendizaje generalmente realizado mediante el condicionamiento (predicción, asociaciones, representaciones relacionadas con el placer).

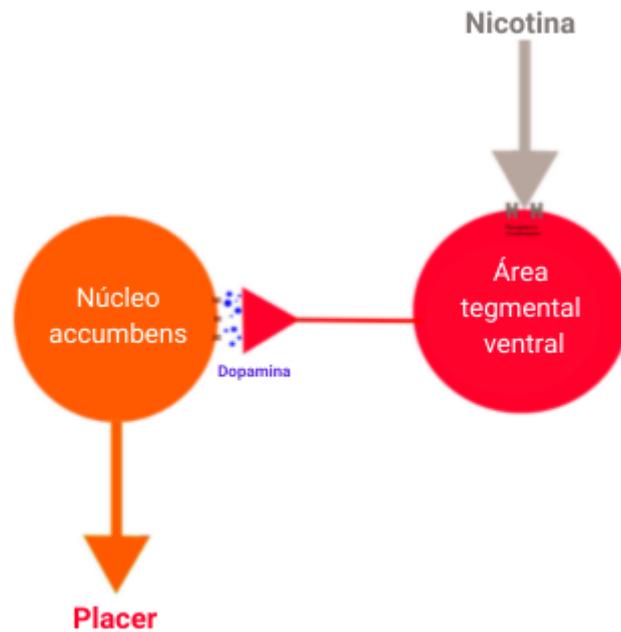
El sistema de recompensa y placer está compuesto por el sistema mesolímbico. Este sistema mesolímbico está formado por neuronas dopaminérgicas del mesencéfalo (neuronas que sintetizan dopamina como neurotransmisor). Sus cuerpos celulares están ubicados en el área tegmental ventral (ATV) y sus axones se proyectan sobre el núcleo accumbens (un núcleo muy implicado en el sistema de recompensa), así como sobre el tubérculo olfatorio, la corteza frontal y la amígdala.

Las sustancias psicoactivas actúan sobre este sistema, que normalmente se activa por señales sensoriales. Las señales naturales se encuentran, por ejemplo, en la apreciación de la música: si una persona experimenta placer al escuchar una música (estímulo auditivo), querrá escuchar esa música de nuevo para reproducir la sensación de placer. Este sistema permite un refuerzo positivo, como veremos en el modelo de condicionamiento más adelante.

Así, nuestros amigos los ratones, al accionar una palanca que les permite obtener cocaína, lo harán de manera creciente hasta el punto de dejar de alimentarse. Sin embargo, si las fibras dopaminérgicas mesolímbicas se lesionan inyectando una toxina de tipo 6-hidroxidopamina únicamente en el núcleo accumbens, esta lesión eliminará el comportamiento de autoadministración de cocaína.

Estos núcleos, en particular el ATV, pueden activarse por el estrés, de ahí el deseo de consumir y el riesgo de recaer tras una situación estresante. La abstinencia también provoca la activación de la amígdala, responsable de las reacciones de

ansiedad, lo que explica el estrés provocado por la abstinencia que a su vez impulsa la recaída.



La recaída puede deberse a:

1. Un nuevo consumo que reactiva los procesos cerebrales de recompensa.
2. El estrés.
3. Indicadores contextuales (situaciones asociadas al tabaco, fiestas, encuentros, etc., véase el condicionamiento infra).

La regulación de las emociones y del comportamiento se lleva a cabo en el córtex frontal, especialmente en el córtex prefrontal. Sin embargo, estas estructuras se vuelven menos activas a medida que aumenta la duración de la dependencia: se observa una hipofrontalidad, lo que implica una neuroadaptación. El córtex frontal gestiona las funciones ejecutivas, la motivación, la memoria de trabajo, la atención y la inhibición del comportamiento a través de sus proyecciones glutamatérgicas hacia el ATV y el núcleo accumbens. Por lo tanto, el sujeto regula menos sus emociones y su comportamiento, lo que resulta en una mayor impulsividad y compulsión. Además, estos circuitos frontales son inmaduros en los adolescentes, lo que explica su vulnerabilidad.

g. Modelo de Condicionamiento

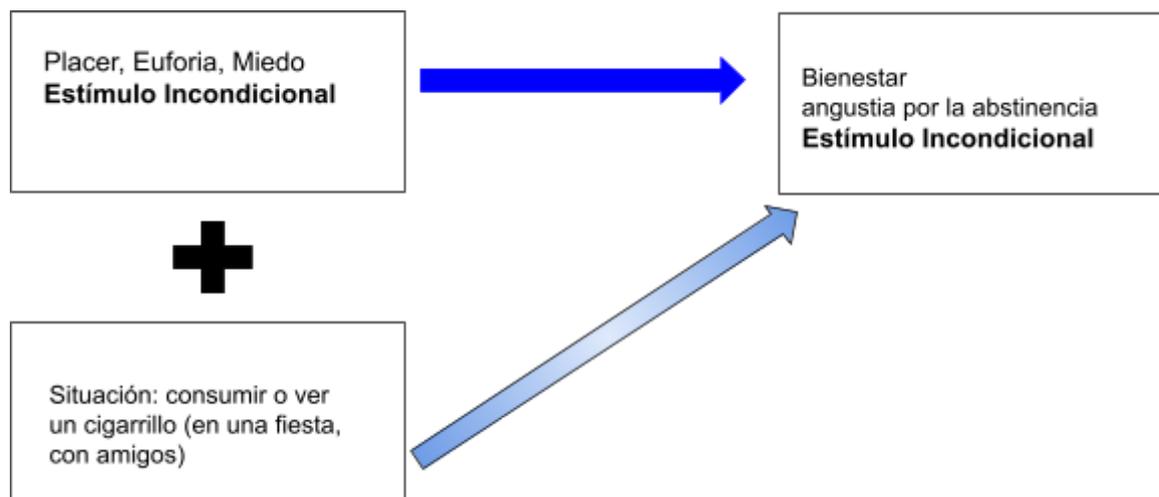
Este modelo se basa en las teorías del condicionamiento de Pavlov y del condicionamiento operante de Skinner. En el experimento de Pavlov y Bekhterev, se articula en torno al concepto de estímulo-respuesta. En el caso de Pavlov, estos famosos trabajos se llevaron a cabo inicialmente con un perro; provocaron una respuesta de salivación (respuesta incondicional) mediante la presentación de comida (estímulo incondicional). Introdujeron la noción de condicionamiento al asociar, con la presentación de la comida, el sonido de una campana, que finalmente, tras la repetición del experimento, provocaba por sí sola (sin el estímulo incondicional, es decir, sin la comida) la respuesta incondicional de salivación (véase el esquema infra).

En el caso de las adicciones, como la del tabaco, la teoría afirma que resulta de la asociación fortuita o no de un estímulo condicionado neutro (los gestos de consumo del tabaco, beber una copa, inhalar una raya de cocaína, etc.) con un estímulo incondicional (la mayoría de las veces el placer o la euforia, pero también puede ser el miedo a la abstinencia) que provoca una respuesta incondicional (bienestar, aunque a veces también ansiedad relacionada con la abstinencia). En consecuencia, esta respuesta incondicional de bienestar se manifestará posteriormente en respuesta al estímulo neutro (el producto), incluso en ausencia del estímulo incondicional (placer), lo que lleva a consumir por hábito y no por el placer inicial. El comportamiento resultante es inadecuado para la situación, ya que produce una reacción de bienestar mediante el uso de un producto tóxico adictivo: el aprendizaje se construye, de facto, sobre un modo patológico. Las demás modalidades de este modelo (extinción del condicionamiento, discriminación, generalización, sobregeneralización) también se aplican.

Ejemplo: Una paciente asiste a una fiesta, y ese día decide por primera vez aceptar un cigarrillo porque se siente un poco triste debido a una reciente ruptura. Sentirá cierto placer al fumar, se sentirá más concentrada y activa. Recordará estos efectos eufóricos, el objeto que los provocó y la situación en la que ocurrieron. Así, las fiestas y el cigarrillo quedarán asociados fortuitamente con este episodio de placer, y la paciente comenzará a sentir deseos de fumar en fiestas. Posteriormente, esto puede generalizarse a cualquier tipo de situaciones sociales (bares, restaurantes, cenas en casa). Este mecanismo es clásico y se ve

con frecuencia en consulta. Cuando la asociación con el placer del cigarrillo se extiende a otras situaciones con el tiempo, se habla de generalización de la adicción.

Por lo tanto, al placer físico que provoca una dependencia física inicial durante el consumo de los primeros cigarrillos se añade una tentación de volver a fumar durante un período bastante largo después de la desaparición de la dependencia física. A esto se le llama dependencia psicológica.



En otras palabras, las acciones se refuerzan por sus consecuencias. Un comportamiento que tenga consecuencias positivas o agradables será repetido y, por lo tanto, reforzado.

Es importante aclarar al paciente que la idea es que cualquier comportamiento que traiga placer será repetido, mientras que cualquier comportamiento que cause sufrimiento o carencia será abandonado.

Así, en el caso de un fumador, el alivio (una emoción positiva) provocado por evitar la carencia es un reforzador positivo del comportamiento, y la ausencia de ansiedad derivada de la carencia es un reforzador negativo. De esta manera, al sentirse aliviado, el paciente desarrolla el hábito condicionado de fumar y no se compromete con la abstinencia.

En conclusión, cuanto más fuma el paciente, más mantendrá su dependencia en el futuro. Al fumar, se siente feliz a corto plazo, pero empeora su dependencia a largo plazo.

h. Modelo cognitivo de la recaída

Les modèles cognitifs sont basés sur les théories du traitement de l'information.

Une situation va toujours demander une forme d'analyse ou d'évaluation avant une action. L'environnement nous entourant est cependant trop riche pour que notre attention se porte sur tous les détails sensoriels d'un lieu en même temps. Le patient va donc utiliser ses processus attentionnels de manière sélective pour ne se focaliser que sur certaines caractéristiques de l'environnement (meubles, espaces, animaux, objets, voiture, taille, bourdonnement, vitesse etc.).

L'attention va ainsi être guidée par des schémas cognitifs qui correspondent à des entités organisées ou des croyances influant sur la perception des événements et de facto sur l'interprétation d'une situation. Les expériences passées au cours de l'enfance ont permis l'élaboration de ces croyances ou schéma cognitifs qui vont être stockés dans la mémoire à long terme et vont ainsi conduire le patient à se fixer sur les informations qu'il doit attendre d'une situation.

En résumé, ils vont donc jouer un rôle majeur dans l'interprétation de la situation en sélectionnant certains détails (portes, foule, regard etc.) et pas d'autres.

Si ces croyances ou schémas cognitifs sont erronés comme c'est le cas dans les addictions ceux concernés sont ceux du danger et de la vulnérabilité, ils peuvent conduire à une sélection de détails relatifs à l'effet de la cigarette ou son abstinence (impuissance, échec, soulagement bref, déception, manque d'efficacité etc.). Cette sélection inappropriée va conduire à une interprétation irréaliste de la situation conduisant à des pensées erronées sur la cigarette tout comme celle de nombreux patients souffrant de trouble anxieux. En voici les exemples tirés de personnes bien réelles reçues en consultation de Terv, ces pensées erronées sur la cigarette doivent être simples et rédigées en général au futur proche ou au futur simple de l'indicatif :

Ainsi ce qui rend le patient dépendant ou anxieux est sa propre interprétation de la situation et non la situation elle-même.

Pensamientos erróneos (extraídos de Marlatt & Gordon)		Emociones
Pensamientos minimizantes	Hoy es una fiesta, puedo fumarme un porro, mañana lo dejo. Uno no es grave.	Agradables: Placer, Bienestar

Pensamientos maximalizantes	He bebido un trago, todo está perdido. No debería haberlo hecho. Soy impotente ante el deseo.	Desagradables: Malestar emocional Desaliento
-----------------------------	---	--

Pensamientos anticipatorios positivos	Voy a pasar un buen momento.
Pensamientos anticipatorios tranquilizantes	Voy a relajarme. Voy a calmarme.
Pensamientos permisivos	Un pequeño cigarrillo no es tan grave. ¡Me lo merezco!
Pensamientos facilitadores	Puedo acompañarlos afuera sin fumar.

5. Relajación Vagual

a. Preparación

Fuera de cualquier episodio de angustia, el entrenamiento previo a la relajación es útil para familiarizarse con las técnicas, adquirir el hábito de aplicar sus principios y, posteriormente, utilizarlos de manera efectiva en situaciones de estrés o ansiedad intensa.

- Para entrenarse, elija un lugar tranquilo donde sepa que no será molestado. La iluminación debe ser tenue, por lo que se recomienda practicar, si es posible, en penumbra.
- Apague su teléfono móvil.
- Libérese de ropa demasiado ajustada (corsé, zapatos, faja, sostén, moño, etc.) y afloje el cinturón y el cuello de la camisa.
- Es preferible no haber consumido, inmediatamente antes, una comida demasiado pesada (pörkölt, tronco de Navidad, yuebing, doriyaki, borscht, etc.).
- Se puede acostar o simplemente sentarse para practicarla.

b. El Método

Es el método más simple y rápido de utilizar durante episodios de ansiedad moderada o intensa. Se adquiere fácilmente y es muy apreciado por los pacientes.

El paciente puede acostarse o simplemente sentarse para practicarlo.

Pídale que coloque su mano sobre el abdomen para sentir bien su vientre.

Fase de inspiración: el paciente inhala y, al hacerlo, tensa o hincha su abdomen (de ahí la mano colocada, que permite al paciente verificar que su abdomen aumenta de volumen).

Fase de exhalación: el paciente exhala lentamente relajando su vientre sin forzar. Aprovecha este momento para relajar los hombros o el cuello.

Luego repite la fase de inspiración, y así sucesivamente.

No hay ritmo o conteo que hacer. Para evitar cualquier forma de control, el paciente respira a su propio ritmo sin contar.

Este método permite, por la depresión creada en el abdomen, un aumento del diámetro de la vena cava inferior, lo que induce una disminución del flujo hacia el atrio izquierdo del corazón y una estimulación del nervio vago, produciendo una desaceleración del ritmo cardíaco. Por lo tanto, el paciente tiene la posibilidad de disminuir voluntariamente su ritmo cardíaco

6. ACARA

ACARA es un acrónimo, explique que cada letra de ACARA representa una técnica para ayudar al paciente a recordarlo más fácilmente y utilizarlo en episodios de fuerte tentación (craving) en cualquier situación, ya sea en realidad virtual o en la realidad.

a. A para Aceptar la emoción de Craving

Recordatorio: el craving es una emoción fuerte, intensa y pasajera que impulsa a una persona a consumir un producto. Ocurre ante indicios contextuales (fiestas, presencia de otros consumidores, visualización del producto en un medio, etc.).

El control de las emociones, así como el intentar luchar, combatir o controlar la angustia o el deseo, solo provoca, agrava o mantiene la ansiedad por la abstinencia o la emoción del craving. Por lo tanto, es esencial que el paciente elija

aceptar esta emoción de craving, abandonando cualquier idea de control, lucha, resistencia o dominación.

Es necesario insistir en la noción de elección, ya que no se trata de una resignación pasiva. El paciente debe dejar que las emociones o la ansiedad lleguen sin intentar controlarlas. Debe aceptarlas porque forman parte de él, al igual que sus manos o sus piernas. Aceptar la sensación de craving significa permitir que exista y se vaya sin juicio por parte del paciente: "Dejo que venga y se vaya", "Sé que es inofensiva porque forma parte de mí".

Se puede comparar la ansiedad con una ola en el mar, en la orilla. Si uno se enfrenta a la ola, esta lo derriba. Este gesto de control es, por lo tanto, inútil. En cambio, si en lugar de enfrentarse a ella, uno se voltea y se sumerge con ella, la ola lo empuja hasta la orilla. Así, hay que deslizarse con el craving como una ola....

b. C para Contemplar sus emociones

Al igual que en la terapia cognitiva (véase el capítulo correspondiente), el paciente debe contemplar y evaluar la intensidad de sus emociones de craving de 0 a 100. Las sigue en el tiempo, evaluándolas y observando sus fluctuaciones con el desapego de un observador externo.

Al hacerlo, le ayuda a distanciarse de estas emociones, pero sobre todo le recuerda un hecho muy útil: el deseo de consumir puede ser fuerte, pero siempre es temporal e incluso fugaz. Tiene un principio y un fin.

c. A para Actuar con la ansiedad

Durante un episodio de craving, el paciente debe continuar con la acción que había comenzado. Debe actuar como si no estuviera ansioso. Su actividad será, ciertamente, más lenta o rígida, pero debe continuarla. Esto le demuestra que incluso bajo el efecto del craving o de la ansiedad, puede seguir siendo organizado. Los pacientes que fueron consumidores suelen creer que el deseo de consumir es irreprimible, que siembra el caos en su mente y les impide actuar. De este modo, demuestra lo contrario actuando incluso cuando tiene ganas de consumir.

Hay dos reglas a seguir para ayudar al paciente a actuar con el deseo:

- Debe realizar solo una tarea a la vez. Durante la TERV, el terapeuta puede ayudar al paciente a centrarse en la acción en curso.
- Durante las acciones, es imperativo que ralentice sus movimientos, descomponga y multiplique sus gestos para realizar su acción de manera efectiva, incluso si el deseo está presente e incita al paciente a apresurarse.

d. R para Repetir las 3 etapas una vez más

El paciente debe repetir las etapas: aceptar el craving, contemplar el craving y actuar con el craving una vez más.

e. A para Anticipar lo mejor

Aclare al paciente que sus pensamientos ansiosos no son realistas, lo que teme no sucederá. De hecho, debe esperar lo mejor: el deseo desaparecerá, sus amigos lo apreciarán, el avión aterrizará, no tendrá ninguna enfermedad, el metro llegará a su estación, su ansiedad pasará, llegará a su casa, etc.

El paciente debe sorprenderse a sí mismo manipulando la ansiedad o el craving. Mientras el ser humano viva, tendrá ansiedad o deseos. Es una ilusión creer que se puede eliminar el craving como si fuera una enfermedad. Usar ACARA significa ponerse en una buena disposición emocional para aceptar el deseo si se presenta.

7. Terapia Cognitiva: La reestructuración cognitiva

a. Primera Etapa: Autoobservación

Primero, es necesario observar y describir la situación en la que aparece el deseo de consumir.

¿CUÁNDO? ¿DÓNDE? ¿CON QUIÉN? ¿CÓMO?

Ejemplo: "Estoy en una fiesta con amigos y uno de ellos me propone salir a consumir".

Enumere las diferentes causas posibles que pueden llevar a una recaída y los DAS:

CAUSAS EXTERNAS (lugar, personas, situación):

- El conflicto
- Situaciones específicas (estímulos desencadenantes variados: café, teléfono, coche, actividades rutinarias...)
- Momentos agradables o situaciones asociadas al comportamiento de consumo
- Reuniones familiares/Fiesta/Cumpleaños
- El consumo controlado
- Aumento de peso

CAUSAS INTERNAS (SENTIMIENTOS, EMOCIONES, IMÁGENES, PENSAMIENTOS):

- Estrés agudo (ira, evento de vida doloroso)
- Estado emocional negativo
- Período depresivo con imágenes negativas (no valgo nada, me quedaré solo/a, etc.)
- Período ansioso con imágenes de catástrofe (perderé mi trabajo, mi pareja me dejará, mis hijos se enfermarán, etc.)
- Dificultades relacionales
- Tristeza, aburrimiento
- Estado emocional positivo
- Pérdida de motivación

Se evalúa la emoción y el nivel de craving en una escala del 0 al 100.

Ejemplo: satisfacción, placer, craving agradable 60/100.

Buscamos los pensamientos erróneos relacionados como una forma de autoobservación. Es útil hacerlo tan pronto como se manifieste el aumento del craving. Por lo tanto, es importante informar e identificar el tipo de pensamientos erróneos o de errores de razonamiento sobre la situación para encontrar la necesidad real o el verdadero deseo.

Los pensamientos erróneos deben ser simples y, en general, redactados en futuro cercano o futuro simple del indicativo:

"Un cigarrillo hará que la noche sea mejor".

"Solo una línea me pondrá en forma".

"He fumado uno, voy a recaer".

"No podré decir que no a una copa".

"El cigarrillo me calmará y me relajará, lo voy a necesitar".

b. Segunda Etapa: La búsqueda de pruebas

Convertirse en un detective de uno mismo al buscar pruebas, con la técnica del a favor/en contra.

Después de enumerar las creencias poco realistas, invite al paciente a transformarse en un detective (puede elegir el que prefiera: Sherlock Holmes, Nicky Larson, Detective Dee, inspector Gadget u otro investigador famoso) y guíelo gradualmente durante el diálogo para comprender su papel como un gran investigador: buscar pruebas o hechos concretos.

Entonces, después de haber autoobservado sus pensamientos y creencias erróneas, así como las emociones, el siguiente paso es buscar los hechos que respalden (pruebas a favor) o que refuten (pruebas en contra) sus creencias o pensamientos erróneos (como "voy a recaer", "no podré decir que no", etc.).

Así, se buscan argumentos "a favor" y "en contra" de estos pensamientos.

Buscar los argumentos objetivos, obtenidos del análisis de los hechos, que apoyen mis pensamientos y creencias erróneas: pruebas a favor.

Ejemplo:

Ya he recaído dos veces. Experiencia pasada.

Siento un fuerte deseo de fumar.

En el pasado, tuve dificultades para decir que no.

Buscar también los hechos indiscutibles que van en contra de mis pensamientos o creencias erróneas: pruebas en contra.

Ejemplo:

También he podido decir que no en el pasado.

La verdadera recaída no es consumir una vez, sino consumir de manera cada vez más frecuente hasta retomar el ritmo de consumo anterior.

No puedo controlar mis emociones, pero puedo controlar mi comportamiento y comprometerme con otra actividad (salir, cambiar de lugar, trabajar, hacer relajación, beber té, jugar videojuegos, etc.).

El efecto del craving es intenso pero temporal.

c. Tercera Etapa: Generar una interpretación equilibrada

La fase final, después de la búsqueda de pruebas, consiste en la formulación alternativa de pensamientos más realistas sobre el craving o la situación de riesgo de recaída para el paciente en abstinencia.

El paciente a veces puede imaginar lo que debería pensar si fuera otra persona. Sin embargo, en términos absolutos, parece útil ayudarlo a estructurar este pensamiento más realista para que emerja.

La elaboración del pensamiento alternativo se establece recordando al paciente:

- **Reconocer sus emociones**

Cuando se encuentra en una situación que induce ansiedad o provoca una crisis de pánico, no se trata de negarlo diciendo "todo está bien", sino de reconocer la presencia del deseo de consumir, que de todas maneras no es peligrosa, como se explicó en el capítulo de psicoeducación. Uno puede decirse: "es cierto, tengo ganas de consumir, lo siento, es un poco difícil, bastante complicado, etc."

- **Buscar la oportunidad en la situación**

La situación de riesgo, como una fiesta, estrés en el trabajo, una discusión, una pausa para el café, etc., representa una oportunidad para el paciente de practicar en el terreno las técnicas que ha aprendido. Como un nadador que ha pasado meses entrenando para los Juegos Olímpicos o un corredor que se ha sometido a duros ejercicios para participar en un maratón, una situación de riesgo de recaída representa para el paciente la oportunidad de aplicar todo lo que ha aprendido en terapia. El paciente debe verse como un campeón preparado para este desafío.

- **Revisar brevemente las pruebas en contra**

Consiste simplemente en revisar brevemente las pruebas en contra (y solo en contra) enumeradas en la parte anterior (búsqueda de pruebas).

- **Formular las ventajas de la situación**

Este aspecto es diferente de la oportunidad. El paciente debe darse cuenta de en qué medida la situación que enfrenta es una ventaja para él.

Ejemplo: "Me demuestro que puedo manejar solo el craving y la situación. Al no consumir, mantengo mi buena salud, no incito a los demás, ahorro dinero y, en cambio, puedo darme un gusto o hacer regalos para agradar a otros".

- **Concluir con un futuro realista**

Dado que las hipótesis y pensamientos erróneos o distorsionados del paciente no son realistas (he fumado uno, voy a recaer, no podré decir que no, etc.), no sucederán en la realidad. Lo que teme el paciente no ocurrirá. Lo que sucederá es simplemente lo más probable o evidente: mis amigos entenderán si no consumo porque me aprecian, me relajo con la respiración, puedo decir que no explicando mi proceso, etc.

Ex:

Situaciones	Pensamientos Erróneos	Interpretaciones Alternativas Realistas
Estoy en una fiesta con amigos y uno de ellos me propone salir al balcón a fumar un cigarrillo.	No voy a poder decir que no. Fumar me va a dar energía. Un pequeño cigarrillo no me va a hacer daño. Lo voy a decepcionar si rechazo.	Es cierto, tengo ganas de fumar, lo siento, parece un poco difícil, pero es una oportunidad para practicar la terapia y la relajación en la situación. He dormido bien, así que estoy bastante en forma, podré tomarme el tiempo de descansar más tarde. Mi amigo entiende si rechazo porque es por mi bien. Bromeamos sobre el tema, puedo hacer otra cosa como charlar, centrar mi atención en mi respiración o tomar una bebida. Sé que el deseo es temporal, como una ola, puedo esperar a que pase. Al final, habré estado charlando y riéndome con mis amigos, habré tomado una buena bebida, hecho nuevos encuentros, volveré a casa y

		estaré orgulloso de mí.
--	--	-------------------------

8. Estrategias Conductuales y Cognitivas

a. Estrategias para hacer frente a las tentaciones

- **Evitación:** En primer lugar, evitar las tentaciones tanto como sea posible para evitar situaciones peligrosas que puedan llevar a una recaída, especialmente en las primeras semanas de desintoxicación. (Fiestas, momentos de descanso, evitar beber café en un primer momento...).
- **Sustitución:** Reemplazar el estímulo desencadenante del deseo por otro estímulo (por ejemplo, la asociación café/cigarrillo al final de la comida --> reemplazar el café por otra bebida caliente como té, infusión...)
- **Cambio :** Modificar la situación desencadenante (contexto): tomar el café en otro lugar, en otra taza, a otro momento...
- **Evasión:** Esta técnica es aplicable cuando no se ha podido evitar una situación de riesgo; en ese caso, escaparse parece ser una buena estrategia. (Hacer una pausa durante una reunión estresante para disminuir el estrés; durante una fiesta, salir de la habitación, ir a tomar aire...)
- **Distracción:** Hacer una lista de actividades entretenidas que se pueden realizar durante un "deseo urgente". Es importante hacer la lista con anticipación para no tener que pensar cómo ocupar el tiempo en el momento del "deseo urgente". Las actividades distractivas pueden ser cognitivas o conductuales. Objetivo: Al dejar pasar el tiempo ocupándose con otra cosa, se toma el tiempo de observar que, después de un tiempo, el deseo disminuye y pasa. También permite recordar todos los inconvenientes del consumo.
- **Retraso:** Esperar cuando se manifiesta el "deseo urgente", lo que nos permite darnos cuenta de que el deseo disminuye rápidamente y desaparece después de unos minutos.
- **Exposición a situaciones de riesgo :** Después de haber practicado múltiples veces las otras estrategias y cuando se está bien entrenado en todos los métodos, se puede comenzar a exponerse a la situación de

deseo, pero sin consumir. Esto resultará en refuerzo, autosatisfacción, orgullo y aumento de la autoeficacia.

b. Estrategias adaptativas conductuales

- **Relajación:** Relajación vagal como se vio en la sesión 1.
- **Actividad física** : La actividad física se utiliza a menudo como sustituto. Hacer gimnasia, surf, correr, andar en bicicleta, nadar, practicar windsurf, caminar rápido, hacer la limpieza o jardinería puede ayudar a disminuir las tensiones. Además, el ejercicio físico te involucra en una actividad incompatible con la realización simultánea del comportamiento tabáquico.
- **Consumo alternativo** : Apio, zanahoria, palomitas de maíz. Beber té y café son buenos sustitutos, siempre y cuando no formen parte de la "rutina tabáquica". Chupar caramelos que se disuelven lentamente en la boca (tic-tac, gomitas, cachou...) o usar bolígrafos, pajitas y palillos.
- **Habilidades de afirmación** : La capacidad de negarse a participar en una actividad centrada en la adicción en cuestión.
- **Actividad breve (y placentera)** : abrazo, bebida fresca, un beso, malvavisco, un masaje, consumir una fruta, cepillarse los dientes, baño en el mar o en la bañera,...
- **Apoyo:** Hablar con una persona de apoyo. Será tu "guardián". Hablarle de tus problemas, pedirle que te motive a no recaer hablando de las ventajas, comprometerse en una actividad con él (deportes, juegos, baile, abrazo si es tu pareja). Esta ayuda será colaborativa; deberás ayudarlo también en una de sus actividades.

Pide al paciente que elija 5 estrategias que le parezcan más adecuadas a su personalidad y dificultades.

9. Auto-instrucciones positivas

Para mantener el aspecto dialéctico de la terapia, pregunte al paciente qué son los lemas.

Los lemas que observamos en nuestra sociedad son frases bastante simples, impactantes y repetidas ad infinitum. Su finalidad es empujar a personas o masas a adoptar un comportamiento específico: elegir y comprar un producto para un lema de carácter comercial, votar por un candidato para los lemas con fines electorales, adoptar un dogma para los lemas de propaganda con fines políticos. Dé algunos ejemplos.

Se tratará entonces de lemas terapéuticos: las auto-instrucciones positivas. El paciente no puede controlar sus emociones o pensamientos, es normal (debe aceptarlos), pero puede controlar lo que se dice a sí mismo, ya que hablarse a uno mismo es un comportamiento voluntario.

El paciente podrá utilizarlas recitándolas en su cabeza o recordándolas durante episodios de deseo o cuando dude en enfrentarse a una situación de riesgo en realidad virtual durante la Terapia de Exposición a la Realidad Virtual (TERV), en la imaginación o en la realidad. Este momento en el que el paciente toma esta decisión es el tiempo de decisión crítica.

Aquí hay 15 provenientes de la literatura (Beck) y de mi experiencia, pero cada uno es libre de agregar nuevas:

- No quiero consumir.
- Debo lanzarme.
- Tengo más aliento si dejo de consumir.
- No sé hasta que lo intente.
- Debo arriesgarme.
- Debo sorprenderme.
- Consumir contamina todo (cabello, ropa, casa, coche).
- Soy lo suficientemente fuerte para superar esto.
- Debo recuperar mi libertad.
- Debo conquistar este lugar.
- La fuerza está conmigo.
- El deseo siempre es temporal, pasará.
- Me hago bien al no consumir.
- Protejo la salud de mis seres queridos al no consumir.
- La caverna en la que entro contiene el tesoro que busco.

De estas 15 frases que el paciente habrá anotado cuidadosamente, debe elegir las 5 que más le correspondan o que más le gusten. Estas últimas deben

escribirse en el reverso de la hoja de cartón (tipo bristol) que utilizó para las frases del sistema ACARA (cf. capítulo ACARA). Así siempre las tendrá consigo para usarlas en situaciones difíciles, tanto virtuales como reales, o cuando, bajo la influencia del deseo de consumir, haya olvidado su contenido.

10. Afirmación de uno mismo

Es poder expresar lo que se siente, lo que se percibe o las necesidades; siempre respetando lo que siente o percibe el otro, así como sus necesidades.

a. Saber decir que no / Saber rechazar

Cómo rechazar:

- Practicar la escucha activa, es decir, escuchar y, si es necesario, aclarar la solicitud.
- Verbalización directa y precisa de la respuesta.
- Uso del "disco rayado".
- Hacer una "revelación sobre uno mismo", saber utilizar las propias emociones y sentimientos. Emociones negativas ("lo siento, no te lo tomes a mal, pero...") como positivas ("me alegra verte").
- ADS empático, saber ponerse en el lugar del otro. Comunicar en primer lugar al otro lo que se comprende de su posición, de sus problemas, y luego verbalizar nuestra respuesta, opinión, solicitud o sentimiento. Se pueden utilizar alternativas y compromisos, así como una afirmación negativa de uno mismo.
- Terminar de manera cálida.

Los dos últimos puntos se utilizan sobre todo cuando el interlocutor es susceptible o cuando la respuesta que doy es difícil para él. Hay que tener cuidado de no justificarse, desviarse o explicar demasiado, de lo contrario, la formulación del rechazo puede volverse muy difícil.

b. Las diferentes técnicas a utilizar

La técnica del "disco rayado":

- Saber persistir.
- Repetir lo mismo sin enojarse, siempre de manera más amable.
- No desviarse ni justificarse.

No justificar:

- No buscar demasiadas excusas ni dar razones.
- De hecho, dar demasiadas razones disminuye la claridad del mensaje, ya que le da al interlocutor argumentos adicionales para discutir, incluso "el palo para que le peguen".
- Tu palabra es suficiente porque eres un adulto.

No desviarse :

- No dejarse llevar hacia un tema que no esté directamente relacionado con el objeto de la discusión: esto conlleva una pérdida de claridad del mensaje y perjudica el objetivo buscado.

No explicar demasiado:

- Es cierto que las explicaciones son a menudo útiles y necesarias.
- Explicar demasiado perjudica la claridad del mensaje y generalmente conduce a la justificación y la desviación.
- Es mejor dar información que explicar.

Corregir pensamientos erróneos o disfuncionales:

- Mi rechazo va a molestar, hacer daño, puede ser muy importante para el otro que acepte.
- Si rechazo, me van a guardar rencor, tener una mala opinión de mí, no apreciarme más.
- Si el otro acepta mal mi rechazo, expresa tristeza o ira, ¿qué hacer? Me sentiré desamparado.
- Si me piden esto, es porque es importante; no puedo rechazar, las necesidades de los demás pasan antes que las mías.
- ¿Vale la pena rechazar?

Hay que desterrar estos pensamientos, porque son falsos. Se reemplazan por pensamientos más realistas.

11. Imaginación Mental

Está compuesta por un conjunto de métodos que tienen como objetivo utilizar la imaginación para gestionar mejor la ansiedad.

La sustitución positiva:

Durante un episodio ansioso, se trata de sustituir los pensamientos catastróficos por recuerdos agradables del pasado del paciente. Recuerdos de la infancia, eventos de la adolescencia, memorias de la edad adulta. El paciente debe vivir esta experiencia como una verdadera reminiscencia de su pasado. Debe involucrar todos sus sentidos en este viaje en el tiempo: lo que ve, escucha, siente como olor, lo que percibe bajo sus pies, en qué posición está su cuerpo, lo que siente en su piel, etc.

Imagen simbólica:

Se trata de pedir al paciente que imagine un objeto que le dará tranquilidad cuando se encuentre en una situación ansiosa. El paciente debe visualizar un objeto imaginario en un lugar real. Este objeto está relacionado con el tema de sus temores y pensamientos catastróficos.

Imaginar un futuro positivo:

El objetivo es visualizar un futuro inmediato o lejano que presente un desenlace realista. Con dos posibilidades: la de visualizar un futuro cercano y la de visualizar un futuro lejano.

En la modalidad con futuro cercano, se invita al paciente a proyectarse por imaginación en los minutos o las horas que siguen al evento ansioso al que se enfrenta.

Ej: en el avión, el paciente visualizará su llegada, el aterrizaje, la puerta de la cabina que se abre, el aire exótico que entra en la cabina, los rostros de sus amigos que lo esperan, etc.

En la modalidad con futuro lejano, el paciente se imagina en unos años en la misma situación. Entonces se ve a sí mismo cómodo en el avión, en el metro, en la autopista, ante un público. Se ve indiferente y relajado en sus situaciones, sin prestar atención a todas las señales que solía vigilar (puerta, salidas, ventilaciones, ventanas, miradas).

Imaginar escapar de un peligro más grave (con humor):

Con una cierta forma de humor y burla, o utilizando referencias cinematográficas, el terapeuta sugiere al paciente imaginar lo que podría ocurrir de más catastrófico que su miedo y que incitaría al paciente a enfrentar la situación que evita.

Imaginar un modelo:

La idea principal es proponer al paciente que imagine que en la situación real hay una persona que ama o admira y que lo tranquiliza: el modelo. Este personaje imaginario puede ser su pareja, un amigo, un familiar, ya sea vivo o no, o incluso una persona que el paciente no conoce personalmente, como un actor o un héroe de manga, cómics o historietas. Una vez más, se pone énfasis en involucrar todos los sentidos: el paciente debe visualizar la apariencia de la persona, su rostro, su voz, su perfume, su contacto.

Modificar la realidad de manera divertida o positiva:

En esta última modalidad, el paciente es libre de modificar parcial o totalmente la realidad de la situación enfrentada de manera que la haga divertida o agradable. Puede modificar las personas, el lugar, detalles del entorno, los sonidos, etc.

12. Exposición a la realidad virtual: los grandes principios

Una vez que el paciente ha adquirido los diferentes métodos mencionados anteriormente, puede comenzar a exponerse a entornos virtuales y luego a situaciones reales. Los modelos conductuales derivados de las teorías del condicionamiento han demostrado que el efecto buscado es una forma de habituación a los estímulos ansiosos con el objetivo de lograr una extinción del miedo.

a. Advertencia

Como se precisó al inicio de esta obra, la fase llamada de exposición a entornos virtuales o a eventos 3D con el visor de realidad virtual no debe llevarse a cabo hasta que los pacientes hayan sido capacitados en los métodos de terapia que el terapeuta haya elegido (TCC: terapia cognitivo-conductual, psicoanálisis,

relajación, mindfulness, gestión de emociones, etc.). Sin esta formación, el paciente corre el riesgo de experimentar una recaída o un deseo excesivo sin saber cómo gestionar las emociones que lo abruman. Esto puede resultar en una recaída contraproducente.

b. Progresivo

El paciente debe comenzar la exposición enfrentando los entornos más fáciles para él a partir de la lista que ha establecido: debe especificar todas las situaciones de riesgo de recaída a las que está expuesto y clasificarlas en orden de dificultad según la intensidad del deseo percibido en cada situación.

Para la realidad virtual, simplemente se le debe pedir que clasifique los entornos virtuales disponibles por orden de dificultad.

Esta jerarquización en la exposición, tanto en la realidad como en la realidad virtual, es importante porque esta última no debe ser brusca. Debe provocar suficiente ansiedad o deseo, pero a un nivel razonable. Si es demasiado intensa, el paciente no podrá aplicar los métodos de manera efectiva porque estará abrumado por la ansiedad.

El paciente avanza a su propio ritmo de una situación a otra. Cuando el deseo del paciente ha descendido a 0 o a 10-20 sobre 100 después de una o varias sesiones en el mismo entorno, es una señal de que puede pasar al siguiente.

Esta noción de progresión también es válida dentro de una única situación real o virtual (si se ha configurado así). Una misma situación puede fragmentarse en varias subetapas para facilitar la progresión (por ejemplo, parada de autobús simple y luego parada de autobús con una persona que ofrece un cigarrillo).

c. Prolongado

El deseo es un fenómeno transitorio, por lo que su disminución solo puede ocurrir si el paciente permanece en la situación durante un tiempo prolongado (más de 5 minutos y, idealmente, más de 15 minutos).

Así, verá por sí mismo que en los lugares tanto temidos, el deseo siempre termina por desvanecerse. Sin embargo, para que el paciente permanezca en un lugar real o virtual que ha evitado (pausa para café, avión público, etc.), este no debe ser demasiado ansiógeno o difícil, de ahí la importancia de la progresión paso a paso, como se mencionó anteriormente.

Para ayudarle a permanecer en la situación de riesgo de recaída, el paciente puede practicar los métodos de terapia detallados en los capítulos anteriores (relajación, ACARA, terapia cognitiva, etc.), también puede dialogar libremente en busca de asociaciones y evocaciones de pensamientos reprimidos para el psicoanálisis.

d. Repetido

El aprendizaje, sea cual sea la materia tratada, implica frecuentemente una noción de repetición del gesto. La exposición es una forma de aprendizaje para habituarse, practicar y ver las cosas de otra manera; por lo tanto, se aconseja al paciente entrenarse varias veces por semana en realidad virtual y luego, de manera gradual, en la realidad.

En realidad virtual, el paciente debe elegir una etapa del entorno virtual para exponerse (ir a un bar, conducir en una carretera con tráfico, acercarse a personajes que consumen, etc.). Una vez que esta etapa ha sido elegida, el paciente se enfrenta a ella de manera repetitiva durante la misma sesión o de una sesión a otra.

Cualquier exposición en realidad virtual o en la realidad que se haya realizado es una exposición exitosa. El paciente no debe buscar una forma de perfección ni esperar resultados excelentes. Tener el coraje de enfrentar la situación y permanecer en ella es en sí mismo un gran logro.

e. Las etapas de una sesión

- El paciente habrá recibido previamente una preparación en TCC o en psicoanálisis a lo largo de varias sesiones.
- Explique el funcionamiento del visor de realidad virtual al paciente y los posibles ajustes que deberá realizar. Muéstrole el espacio del que dispone en su oficina o consultorio para evitar que se choque con los muebles circundantes.

- Inicie el entorno virtual elegido con el paciente comenzando por el más fácil y, por lo tanto, el menos tentador en términos de deseo de consumir, a partir de la lista de situaciones establecida con él (ver el párrafo progresivo anterior).
- Asegúrese de que el paciente tenga suficiente espacio a su alrededor (mínimo 4 m²) para moverse y girar. También tenderá a caminar o moverse espontáneamente.
- Coloque el visor de realidad virtual sobre la cabeza del paciente. Déjele tiempo para ajustarlo bien.
-
- El paciente puede ahora, bajo su supervisión, comenzar su exposición en realidad virtual. En un primer momento, déjele familiarizarse tranquilamente con el material y el modo de navegación. Una vez que haya adquirido su funcionamiento, puede sugerirle que inicie su exposición: "puedes entrar en el edificio", "el ascensor está a tu derecha", "abre la puerta", "entra en el pasillo", "camina hacia la multitud", etc.
- Se debe invitar al paciente a actuar, pero no debe ser forzado; es él quien debe elegir su acción. Una vez que sienta ansiedad, asegúrese de que practique los métodos de terapia detallados en los capítulos anteriores.
-
- En momentos clave, pida regularmente al paciente que le precise su nivel de deseo de 0 a 100:
 - De 0 a 30, puede continuar evolucionando en la situación.
 - De 40 a 60, debe cesar su progreso y quedarse en el lugar para practicar los métodos de terapia detallados en los capítulos anteriores.
 - De 70 a 99, el nivel de deseo es demasiado alto, invítelo a retroceder hacia una situación o posición más fácil.

A dialogue can easily be established between the therapist and the patient during the exposure:

PATIENT: "I feel like I want a cigarette here, what should I do?"

THERAPIST: "What is your craving level?"

PATIENT: "50."

THERAPIST: "Okay, in that case, stop where you are and what can you do here?"

PATIENT: "The breathing relaxation."

THERAPIST: "Good, let's do it together."

PATIENT: "I feel a bit better, what should I do next? I forgot."

THERAPIST: "Start by telling me about the ACARA system; you like that system, I believe."

PATIENT: "Yes, so the first A means to accept the craving, I shouldn't control or fight it, I should..."

THERAPIST: "Good, now deploy the strategies and review how to say no."
[...]

At the end of the exposure, the patient should have a low craving level (0 to 30). Finally, discuss their actions in virtual reality, their progress, and compliment them. Then, set the date for their next appointment and propose that after the 3rd TERV session or more, they expose themselves in reality following the same principles and methods as in virtual reality. Emphasize once again the progressive nature of the exposure. The patient should expose themselves step by step, starting there, progressing at their own pace, and not skipping steps in the hierarchy.

f. Cyber Sickness Syndrome

It could be translated as cyber-induced discomfort, cybersickness, or simulator sickness. It represents the overall functional signs secondary to the use of reality equipment in some patients. It is similar to eye fatigue and motion sickness. The symptoms mainly consist of feelings of instability, dizziness, nausea, and even occasional vomiting, eye fatigue, and a sensation of a veil in front of the eyes.

Therefore, if the patient experiences nausea symptoms during the TERV session, they will be advised to slow down their movements, turn their heads less quickly, and take breaks every 5 to 10 minutes. This phenomenon, which can be disruptive to therapy, sometimes occurs during the first attempt. The syndrome often diminishes over the course of the sessions.

13. The Transition to Reality: Generalization

Follow-up will take place starting from the last session of virtual reality therapy. It is advisable to propose a session every two to three months for one year. This

follow-up allows for checking that the patient is correctly applying the methods in the long term and reassures the patient.

In the real world, after one or two TERV sessions, they will apply the same rules as for exposure in virtual reality (progressive, repeated, and prolonged). It will be up to them to construct the steps of the hierarchy for exposure to situations at risk of relapse for proper progression. There are always steps that you can remind the patient of: time (going to a party for an hour and then leaving, staying 5 minutes near colleagues who are consuming, driving short distances, keeping cigarettes at a distance, etc.), training in refusal to consume, exposure accompanied or not by a supportive person, time of day (morning, evening), etc.

Training between sessions and afterwards is crucial:

Tell the patient that "10% of therapy is at the hospital or the office, and 90% is outside."

If the patient feels like they are regressing, it is often just an impression related to their mood or a difficult time in their life. This can be triggered by an external event unrelated to their progress (exam, death, separation, etc.). It is advisable to explain to the patient that mood varies over time and that there are periods when a person feels more energetic and others when they feel less so. This state impacts the patient's perception of their exposure in real or virtual reality. Emphasize the normal aspect of this variation from day to day. There is no regression, but rather an evolution that is always present as long as the patient trains regularly and practices exposure in real life.

In their training in virtual reality as well as in real life, when the patient exposes themselves, they should not systematically seek a form of performance. This is not a personal exam. They simply need to engage in exposure; that is enough to succeed. The only failure is when the patient does not expose themselves, especially when they need to do so on their own between therapy sessions.

14. Conclusion

Ultimately, the goal is to offer and teach patients a maximum of varied tools to better manage the urge to smoke and its impulse: craving. The ultimate aim will be

to achieve the cognitive shift that allows them to reconceptualize their environment. Their perspective will then generate more realistic and reassuring thoughts about abstinence and the risky situations associated with the consumption of the addictive substance. Exposure will allow them to gain greater self-confidence combined with a sense of pride and self-satisfaction. Indeed, they have overcome a challenge that once seemed impossible. This will be their personal achievement and a guarantee of a constant evolution in their life.

Moreover, the patient is not obligated to use all the tools presented here. This is precisely the interest in providing several options. Clinical observation has shown that they will prefer some tools over others that they may not use, which is a completely normal process. Allow them the freedom to engage with the therapy and to appropriate it as they see fit, as long as it is effective and beneficial for them.

Optional Reading

If you wish to access further knowledge and delve even deeper into therapeutic tools, you can consult the following works:

- *Treating Addictions with CBT*. P. Graziani & L. Romo. Ed. Elsevier Masson.
- *Cognitive Therapy of Substance Abuse*. A.T. Beck, F.D. Wright et al. The Guilford Press, New York.
- *Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. Marlatt, G.A. & Gordon, J.R. The Guilford Press, New York.