

## **Fundamento teórico de la terapia 3-S**

[adaptación de Avants, S.K., & Margolin, A., (2004). Desarrollo de la Terapia del Esquema del Yo Espiritual (3-S, por sus siglas en inglés) para el tratamiento de la conducta adictiva y de riesgo de contraer VIH: una convergencia de la psicología cognitiva y budista. *Journal of Psychotherapy Integration*. 14(3), 253-289.]

### **El programa de desarrollo del Esquema del Yo Espiritual (3-S)**

*La terapia del Esquema del Yo Espiritual (3-S, por sus siglas en inglés) es un enfoque terapéutico cognitivo conductual basado en la psicología budista, que ha sido manualizado, para ayudar a personas que están en tratamiento para combatir la adicción a que utilicen sus propias creencias espirituales o religiosas para desarrollar y activar un esquema del yo que sea compatible con la abstinencia a las drogas y conducta que evite el contagio del VIH.*

#### **Cuán necesaria es la intervención.**

La conexión, fuera de toda duda, entre la adicción a drogas y la infección con VIH, especialmente en los sectores pobres de las ciudades, ha destacado la función importante que puede tener el tratamiento contra el abuso de sustancias como defensa de avanzada en la guerra contra el SIDA. Ciertamente, hay evidencia sustancial para apoyar la eficacia de los tratamientos contra el abuso de sustancias, específicamente los programas de mantenimiento con metadona, para reducir el número de infecciones con VIH producto de compartir agujas (vea Gossop, Marsden, Stewart, & Treacy, 2002; Sorensen & Copeland, 2000). Mientras estos resultados son alentadores, el riesgo para la transmisión de VIH en esta población de clientes se mantiene alto por las prácticas sexuales sin protección y el uso de drogas, tales como cocaína u otras sustancias estimulantes que, aún en la ausencia de compartir parafernalia de drogas, aumentan la impulsividad y por ende el riesgo de contraer VIH (cf. Bux, Lamb, & Iguchi, 1995; Grella, Anglin, & Wugalter, 1995; Hudgins, McCusker, & Stoddard, 1995; Kosten, Rounsaville, & Kleber, 1987; Magura, Siddiqi, Freeman, & Lipton, 1991). Como la práctica de tener relaciones sexuales sin protección y el uso de estimulantes se ven poco afectadas por las intervenciones tales como el mantenimiento con metadona, ha habido una necesidad apremiante para intervenciones psicoterapéuticas basadas en teorías que traten simultáneamente la adicción a la vez que faciliten el cambio de conducta de riesgo de contraer VIH. En muchos casos, las intervenciones que se han propuesto hasta el presente son adaptaciones de intervenciones para la reducción de riesgo desarrolladas, en su origen, para reducir la conducta de riesgo de VIH entre otras poblaciones de alto riesgo (por ejemplo, varones homosexuales/bisexuales) (por ejemplo, Coates, 1990; Fisher & Fisher, 1992; Kelly, 1995) o adaptaciones de intervenciones desarrolladas, en un principio, para tratar exclusivamente el abuso de sustancias (por ejemplo, Marlatt & Gordon, 1985; Monti, Abrams, Kadden, & Cooney, 1989), las cuales se han modificado de manera que incluyan estrategias para la reducción de riesgo. Pocas de las intervenciones, si alguna, basadas en la teoría han sido desarrolladas para atender simultáneamente los problemas relacionados con la adicción y la conducta de riesgo de contraer VIH. La finalidad de este escrito es describir el desarrollo de un enfoque de tratamiento, que ha sido manualizado, para reducir el riesgo de contraer VIH y la conducta adictiva, el cual se base en observaciones hechas por nosotros y otras personas en cuanto al papel potencialmente importante que tienen las creencias espirituales

y religiosas en facilitar el cambio en la conducta relacionada con la salud (Avants, Warburton, & Margolin, 2001; Carter, 1998; Gorsuch, 1994; Green, Fullilove, & Fullilove, 1998; Kus, 1995; Mathew, Georgi, Wilson, & Mathew, 1996; Miller, 1999; Pardini, Plante, Sherman, & Stump, 2000; Tangenberg, 2001).

### **Fundamento para desarrollar una intervención basada en la fe**

***Fe y adicción.*** A pesar de la práctica extensa de las costumbres religiosas en los Estados Unidos (Gallup, 1996), el papel que juega alguna creencia espiritual o religiosa en la recuperación de trastornos adictivos ha sido el enfoque de muy pocas investigaciones empíricas (Miller, 1998). Las que se han llevado a cabo sugieren que ello podría ser una dimensión de la experiencia humana potencialmente importante que debe ser evaluada con relación al resultado del tratamiento contra la adicción (Goldfarb, Galanter, McDowell, H., & Dermatis, 1997). Por ejemplo, un estudio a gran escala de más de 2,000 gemelas analizó la relación entre la religiosidad, la psicopatología y el abuso de sustancias (Kendler, Gardner, & Prescott, 1997) y encontró que mientras que las creencias religiosas tradicionales pueden prevenir el inicio de abuso de sustancias, la devoción personal (es decir, la importancia que la persona le da a las creencias religiosas y espirituales en el diario vivir; la espiritualidad como fuente de consuelo en la adversidad; y la oración individual) parece facilitar la recuperación del abuso de sustancias. Otros estudios a menor escala han llegado a conclusiones similares (por ejemplo, Brizer, 1993; Mathew, Georgi, Wilson, & Mathew, 1996). En un estudio con 237 personas en recuperación de problemas de abuso de sustancias se encontró también que la fortaleza en una creencia religiosa y la espiritualidad estaban asociadas con la manera de lidiar, con una mayor resistencia al estrés, una orientación optimista hacia la vida, mayor percepción de apoyo social y niveles más bajos de ansiedad (Avants, Warburton, & Margolin, 2001; Pardini, Plante, Sherman, & Stump, 2000). Los aspectos específicos de la religiosidad y la espiritualidad que influyen en la recuperación de la adicción no están claros en estos momentos, pero podría conllevar un giro trascendental de una visión punitiva de lo que es religiosidad a una en la cual la religión sea vista como un apoyo (Gorsuch, 1994). A pesar de la carencia que, en estos momentos, existe de una reproducción de hallazgos investigativos en este campo que se está expandiendo, muchos de los enfoques de tratamiento en la comunidad, tales como los programas de 12 Pasos de Alcohólicos y Narcóticos Anónimos, desde hace mucho tiempo han partido de la premisa de que la adicción es un trastorno tanto espiritual como médico (Alcoholics Anonymous World Services, 1976; Kus, 1995).

***La fe y la conducta de riesgo para contraer VIH.*** Las creencias espirituales también se han vinculado con patrones de conducta que evitan el riesgo de contraer VIH. En Nueva York, más de una tercera parte de una muestra de personas que se inyectan drogas y son VIH negativas indicó que la “oración” y la “ayuda de Dios” fueron responsables de ayudarlas a evitar una conducta que pudiera llevarlas contagiarse con el VIH (Des Jarlais et al., 1997). La creencia espiritual y religiosa aparenta servir de amortiguador contra los efectos depresogénicos de eventos cotidianos estresantes (Kendler et al., 1997) y pueden tener una función que protege la salud física y mental (Benson & Dusek, 1999; Ellison, 1991; Galanter, 1997; Pargament, 2001),

***La fe y cómo lidiar*** Hay vasta literatura que describe las consecuencias de las destrezas de manejo inadecuadas ante la angustia psicológica (Blaney et al., 1997; DeGenova, Patton, Jurich, & MacDermid, 1994; Folkman, Chesney, Pollack, & Coates, 1993; Fukunishi,

Hosaka, Negishi, & Moriya, 1997; Wolf, Balson, Morse, & Simon, 1991), el aumento en la sintomatología de VIH (Moneyham et al., 1998; Swindells et al., 1999; Thomason, Jones, McClure, & Bantley, 1996) y el aumento en escritos relacionados con la relación que existe entre cómo lidiar y la conducta de alto riesgo (S. K. Avants, L. A. Warburton, & A. Margolin, 2001; Clement, 1992; Kalichman, Roffman, Picciano, & Bolan, 1997; Robins, Dew, Davidson, & Penkower, 1994; Robins, Dew, Kingsley, & Becker, 1997). Una de las estrategias de manejo, cuyos beneficios han recibido un apoyo empírico, es buscar y recibir apoyo espiritual (vea Folkman, Chesney, Pollack, & Phillips, 1992). Se ha encontrado que el comportamiento religioso (por ejemplo, asistencia a cualquier servicio, la oración) está asociado mayormente con los resultados médicos y con el manejo religioso (poniendo la confianza en Dios, buscando consuelo en la religión), con niveles más bajos de angustia psicológica (Woods, Antoni, Ironson, & Kling, 1999). La relación entre el manejo adaptativo y la espiritualidad es particularmente robusta entre los afroamericanos y en mujeres (Biggar et al., 1999; Demi, Moneyham, Sowell, & Cohen, 1997; Florence et al., 1994; Jenkins, 1995; Kaplan et al., 1997; Tangenberg, 2001). Así que la espiritualidad y sus vínculos con la manera de lidiar podrían ser particularmente relevantes cuando se trabaje en los sectores pobres de las ciudades en los que el VIH afecta desproporcionadamente a los afroamericanos (Centers for Disease Control and Prevention, 1999).

### **La integración de la psicología budista y la psicoterapia occidental**

En la actualidad, hay suficientes publicaciones sobre la integración de la espiritualidad y la psicoterapia. Ciertos autores proveen una base amplia para la integración de la espiritualidad teísta occidental en la práctica de la psicoterapia (Richards & Bergin, 1997) y otros describen ejemplos más específicos para dicha integración, como lo es el tratamiento cognitivo-conductual con una orientación teísta. (Probst, 1988). Una razón para la relativa escasez de investigaciones en intervenciones enfocadas en las creencias espirituales y religiosas de los pacientes podría ser la dificultad inherente para definir y medir la fe espiritual de una manera que respete la diversidad de los sistemas de creencias de los pacientes. (Gorsuch & Miller, 1999). Creemos que un modelo cognitivo del yo y un modelo budista de la espiritualidad con énfasis en la función de los procesos cognitivos provee un marco de referencia teórico muy relevante con el cual ello se puede lograr. Un sinnúmero de profesionales clínicos y teóricos han escrito exhaustivamente sobre la integración de los principios budistas y los principios psicológicos occidentales y las prácticas para una diversidad de problemas psicológicos (vea Rubin, 1996; Varela, Thompson, & Rosch, 1991; Watson, Batchelor, & Claxton, 1999). Gran parte de estas discusiones se enfocan en la posibilidad de que la “conciencia del momento presente” juegue un papel importante en la conceptualización e implementación del tratamiento. Por ejemplo, Rubin (1996) y Epstein (1995) discuten cómo el pensamiento budista y la conciencia del momento presente pueden enriquecer un marco de referencia psicoanalítico freudiano en la práctica de la psicoterapia. Segal y sus colegas ofrecen una terapia cognitiva sistemática basada en la conciencia del momento presente para el tratamiento de la depresión (Segal, Williams, & Teasdale, 2002). Más abarcadoramente, Rosenbaum (1999) describe cómo los psicoterapeutas pueden enriquecer su trabajo, su interacción con los clientes y, ciertamente, sus vidas al incorporar los principios de conciencia del momento presente y las prácticas del Budismo Zen. Con respecto a las adicciones, Ash (1993) ha propuesto una interpretación budista Zen de los Alcohólicos Anónimos, el esquema de los “12 Pasos” (Alcoholics Anonymous World Services, 1976). También, se

refiere al lector interesado a un artículo de la revista Asociación for i.e. *Advancement of Behavioral Therapy (AABT) Cognitive and Behavioral Practice*, Vol. 9(1), Winter 2002, titulado: “Integrating Buddhist philosophy with cognitive and behavioral practice” como ejemplos de cómo los conceptos budistas pueden integrarse de manera muy útil con la terapia cognitiva conductual (CBT, por sus siglas en inglés), incluyendo el tratamiento CBT para la adicción. En el desarrollo de la terapia 3-S, tácitamente edificamos sobre el trabajo previo que integra la psicología budista y las psicoterapia occidental, y presentamos una terapia que incorpora los conceptos y las teorías de procesamiento de información que han sido de considerable interés teórico, pero cuya aplicación clínica tan sólo se ha comenzado a explorar recientemente (Strauman & Segal, 2001; Vieth et al., bajo revisión para publicación).

### **La teoría del esquema del yo**

Un modelo cognitivo del esquema del yo podría aplicarse de manera útil al desarrollo y evaluación de una intervención basada específicamente en la espiritualidad porque el proceso de activar un esquema espiritual o religioso es improbable que difiera de los procesos generales relacionados con la activación de cualquier esquema cognitivo (vea McIntosh, 1995). Se plantea un esquema cognitivo, independientemente de lo que abarque el contenido, para facilitar la identificación rápida de estímulos, memoria para la información relevante al esquema, interpretación de estímulos ambiguos y selección de estrategias que guían las respuestas a estímulos (Markus, 1977; Taylor & Crocker, 1981). Por lo tanto, los esquemas, como estructuras de organización cognitivas, se prestan a investigación empírica. Por ejemplo, un sinnúmero de estudios ha provisto evidencia que apunta a un procesamiento cognitivo más rápido de material que es relevante al esquema que de material que es irrelevante (por ejemplo: MacDonald & Kuiper, 1985; Markus, 1977), incluyendo una adopción más rápida de atributos religiosos por parte de individuos con esquemas religiosos cuando se compara con los que no los tienen (vea McIntosh, 1995), y mayor recuerdo de la información relevante al esquema (por ejemplo: Markus, Crane, Bernstein, & Saladi, 1982; Rogers, Kuiper, & Kirker, 1977; Swann & Read, 1981).

**Múltiples representaciones del yo** A través de los años, muchos teóricos en los EE.UU. han promulgado una visión del “yo” consistente de múltiples representaciones, desde el trabajo seminal de James (James, 1890-1950) hasta las perspectivas contemporáneas de los psicólogos cognitivos y sociales sobre un yo multifacético y dinámico (Greenwald & Pratkanis, 1984; Kihlstrom & Cantor, 1984; Markus & Nurius, 1986; Markus & Wurf, 1984; McGuire, 1984; Singer & Salovey, 1991). En la psicología cognitiva, el esquema del yo se conceptualiza como un sistema de conocimiento o creencias acerca de las intenciones y capacidades del individuo, almacenado en la memoria a largo plazo y el cual es sumamente mecánico y organizado jerárquicamente (Singer & Salovey, 1991). El esquema establece unos criterios de selección para controlar la atención, proveer enfoque y estructura para codificar, almacenar y extraer información y tiene unos vínculos asociativos sólidos con los demás componentes del sistema, como las emociones y la fisiología (Carver & Scheier, 1982, 1990). La representación del yo que se active en determinado momento —una de múltiples representaciones— tenderá a ser la que está más elaborada, más ensayada y la que, con más frecuencia, esté accesible o disponible en determinado contexto (Markus & Nurius, 1986). Cuando se activa un esquema del yo, se activan unas creencias específicas del yo que, a su vez, proveen un acceso rápido a un repertorio conductual, a los guiones y planes de acción automáticos (Schank & Abelson, 1977) que facilitan la

ejecución eficiente de la conducta seleccionada (Ng, 2000). Este proceso es adaptativo en el sentido de que facilita un procesamiento rápido de la información percibida y un ajuste rápido del sistema para mantener la homeostasia (Bargh & Chartrand, 1999; Hart, Field, Garfinkle, & Singer, 1997). Sin embargo, también puede transformarse en inadecuado como se describe a continuación.

**El esquema del yo adicto: Cuando la conducta adictiva se convierte en la “segunda naturaleza”**

En su descripción de hábito, William James apunta: “El hábito reduce la atención consciente con que se ejecutan nuestros actos” (p. 114) (James, 1890-1950). Él da el ejemplo de un veterano dado de baja, que lleva su comida a casa, cuyo entrenamiento militar se ha tornado tan mecánico que, al oír la palabra “atención”, el hombre pone instantáneamente sus manos a los lados... dejando caer la carne y las papas en la cuneta. El entrenamiento ha sido tan riguroso que sus efectos se han arraigado en la estructura nerviosa del individuo” (p.120). Desde la perspectiva del esquema del yo, el esquema del “soldado” del individuo es tan elaborado y tan accesible que la palabra “atención” activa mecánicamente un plan de acción asociado con el entrenamiento militar. Los modelos cognitivos contemporáneos de depresión (Beck, 1976) y de angustia más en general (vea Segal & Blatt, 1993), también plantean un proceso habitual o automático en donde un esquema negativo activado habitualmente filtra y procesa la información percibida de tal manera que se perpetúan los estados afectivos negativos (Svartberg, Seltzer, Choi, & Stiles, 2001). Un modelo que guió nuestro pensamiento relacionado con la activación del esquema del yo inadecuado en casos de adicciones es la teoría de la auto-discrepancia, que utiliza un marco de autorregulación para describir cómo las discrepancias entre la visión que se tiene de uno y las metas o estándares propios pueden causar vulnerabilidad que resulta en estados emocionales negativos (Higgins, Klein, & Strauman, 1985; Strauman, 1989; Strauman & Higgins, 1988, 1993). En una serie de estudios que utilizaron una adaptación del cuestionario, conocido en inglés como *Selves Questionnaire*, desarrollado por Higgins y sus colegas (Higgins, 1989), encontramos que, entre las personas que se inyectan drogas en los sectores pobres de ciudades, las discrepancias entre su propia identidad como “adictos” y sus ideales personales o estándares sociales para el tipo de persona que deseaban ser o que creían bebían ser, podría contribuir a un afecto negativo y podría influenciar el procesamiento de la información percibida de manera que se perpetuara el uso de drogas y demás patrones de conducta relacionados con la adicción. Específicamente, nuestros hallazgos podrían resumirse como sigue: (a) el esquema activo del yo en los adictos es extremadamente negativo (vea también Fieldman, Woolfolk, & Allen, 1995; Tarquinio, Fischer, Gauchet, & Perarnaud, 2001), e incluye atributos designados por el mismo individuo como “egoísta, agresivo, malo, impulsivo, irresponsable, manipulador y despiadado”; (b) los estados afectivos negativos (por ejemplo, depresión) están asociados con la activación del esquema del yo adicto; y (c) un proceso importante que es parte del tratamiento efectivo contra la adicción es la “auto-reevaluación”, en la que se fortalece el esquema del yo “ideal” o el “no adicto” y éste comienza a reemplazar la representación del yo adicto como el esquema del yo activo (o “actual”) en las actividades del diario vivir del individuo (Avants, 1993; Avants & Margolin, 1995; Avants, Margolin, Kosten, & Cooney, 1995; Avants, Margolin, Kosten, & Singer, 1993; Avants, Margolin, & McKee, 2000; Avants, Margolin, & Singer, 1994; Avants, 1996; Avants, Singer, & Margolin, 1993).

El esquema del yo adicto activado habitualmente parece proveer un acceso rápido a una

abundante red de creencias, emociones y comportamiento asociados con el uso de drogas ilícitas que se ha tornado muy elaborado, extensamente ensayado y listo para ser activado. Esta abundante red cognitiva, que puede activarse no sólo en un contexto relacionado con el uso de drogas (por ejemplo, exposición a estímulos o señales relacionadas con drogas) sino en otros contextos también (por ejemplo, contexto sexual, social y médico), incluye las creencias acerca del valor del yo y acerca del sentido de “justicia” del mundo (vea Avants et al., 2003), al igual que las expectativas relacionadas con los efectos de las drogas en el yo. Además, se facilita el acceso a guiones de eventos y planes de acción que se han aprendido excesivamente que generan la secuencia rápida, automática y aparentemente inconsciente de actos que llevan al uso de droga al igual que a otros actos que ponen en riesgo la salud de la persona adicta y de otras personas.

Las personas adictas y los profesionales clínicos que los tratan están familiarizados con el concepto de “factor precipitante” como algo que activa el comportamiento adictivo —persona, lugar, cosa, sentimiento— sin un conocimiento consciente aparente, ocasionando que los clientes y profesionales clínicos lo denominen como “estar en piloto automático”. Al igual que el soldado retirado de William James que bruscamente se pone en posición de atención sin un conocimiento consciente, las personas adictas podrían, de hecho, estar tratando de mantenerse abstinentes, pero según están involucradas en alguna actividad que, quizá, no tenga nada que ver con el uso de droga, algo u alguien activa el esquema del yo adicto y se inicia una avalancha de actos automáticos para conseguir drogas (Tiffany, 1990). Estos libretos y planes de acción “de adictos” podrían, con el tiempo, inducir a obtener y usar drogas, al igual que a cualquier conducta de riesgo, tal y como compartir agujas y prácticas sexuales sin protección. Si más tarde se le cuestionara al individuo qué lo indujo al uso de drogas o a cierta conducta de riesgo en tal ocasión, identificar el factor precipitante preciso podría ser como tratar de buscar el comienzo de una telaraña compleja. Tan compleja es la red de asociaciones, que él o ella tal vez nunca pueda identificar cuál fue el factor precipitante en esa situación en particular que desató tal reacción en cadena, como consecuencia del estado mental del individuo en ese momento. Una intervención dirigida por la teoría del esquema del yo no abordaría el problema de automatización al enfocarse en la identificación del precipitante ilusorio como lo haría, por ejemplo, la terapia de prevención de recaída (por ejemplo: Marlatt & Gordon, 1985). Más bien se enfocaría primordialmente en cambiar el proceso mecánico en sí tratando de ayudar al cliente a desarrollar, fortalecer y activar un esquema cognitivo contrario al esquema del yo “adicto” y cuya activación podría resultar en pensamientos y actos que promuevan la abstinencia de drogas y una conducta que prevenga el VIH.

Un principio fundamental de la terapia 3-S es que las personas que usan drogas no cambiarán su conducta personal y socialmente destructiva a menos que renuncien a su identificación con el esquema del yo adicto, junto con sus pensamientos, sentimientos y conductas relacionadas con la droga y decidan, en su lugar, invocar y nutrir su mente con una guía dirigida por un yo, que sea la antítesis del yo adicto y que sea congruente con la abstinencia a drogas y la prevención de VIH. ¿Pero con cuál concepto del yo debe contar la persona adicta para “asegurar su salvación”? ¿Cuál concepto del yo es lo suficientemente poderoso para competir con el yo adicto? Para la persona adicta, el reemplazo del esquema del yo adicto —con su meta ulterior de transformar y superar la experiencia humana cotidiana— es improbable que ocurra o que se mantenga a menos que haya un esquema del yo que no esté relacionado con las drogas y que sea lo

suficientemente poderoso como para provocar una experiencia de cambio y superación.

**Si el hábito se torna en una “segunda naturaleza”, ¿entonces qué definiríamos como “naturaleza innata”?:**

En las publicaciones psicológicas, filosóficas y teológicas el yo espiritual se ha definido como el “Yo de los yos”, la guía moral y la “naturaleza original o verdadera”. Proponemos que así como se ha construido y se ha mantenido el esquema del yo adicto para proporcionar un sendero extremadamente eficiente, rápido y mecánico que culmina en el uso de drogas, de igual forma se puede construir un esquema del yo espiritual para proporcionar un sendero eficiente, rápido y mecánico conducente a la naturaleza original o espiritual personal, que culmina en la protección de sí mismo y de los demás. Así que, con la elaboración, ensayo y activación frecuente, el esquema del yo espiritual puede dar un acceso rápido a unos libretos y planes de acción automáticos para lograr la abstinencia y la prevención del VIH (cf. Spilka & McIntosh, 1996).

¿Pero qué queremos decir con espiritualidad? Aunque está arraigada a las tradiciones religiosas, la espiritualidad no es sinónimo de religión. El interés contemporáneo en la espiritualidad por parte de la comunidad interesada en la salud mental ya ha generado una literatura extensa que contiene un sinnúmero de definiciones de espiritualidad (cf. Zinnbauer et al., 1999). Está claro que la espiritualidad es un concepto complejo, abarcador y multidimensional, y es bien reconocida la dificultad para crear una definición que las agrupe a todas --o aún a muchas de las dimensiones de este concepto que parecen ser relevantes--, y que evite una posible contaminación con otros modelos psicológicos o modelos existentes, y que sea aplicable a una gama de poblaciones y trastornos (Larson, Swyers, & McCullough, 1998). A fin de desarrollar una terapia enfocada en la espiritualidad y con una aplicación abarcadora con respecto a la gran variedad de sistemas de creencias en los clientes, hemos escogido caracterizar los estados mentales o comportamientos que puedan verse espiritualmente como que promueven y que están asociados con la meta de reducir el uso de drogas y la conducta conducente al contagio de VIH. Las creencias sobre espiritualidad y religiosidad de cada cliente ofrecen la base para el logro de estas metas, por lo que el concepto operativo no es la espiritualidad *en sí*, sino el esquema del yo espiritual del cliente. Un estudio reciente completado por nuestro equipo sugiere que esta visión de la espiritualidad es compatible con la que tienen las personas que se inyectan drogas, quienes perciben su espiritualidad en términos de un protector de ellos mismos y de los demás (Arnold, Avants, Margolin, & Marcotte, 2002).

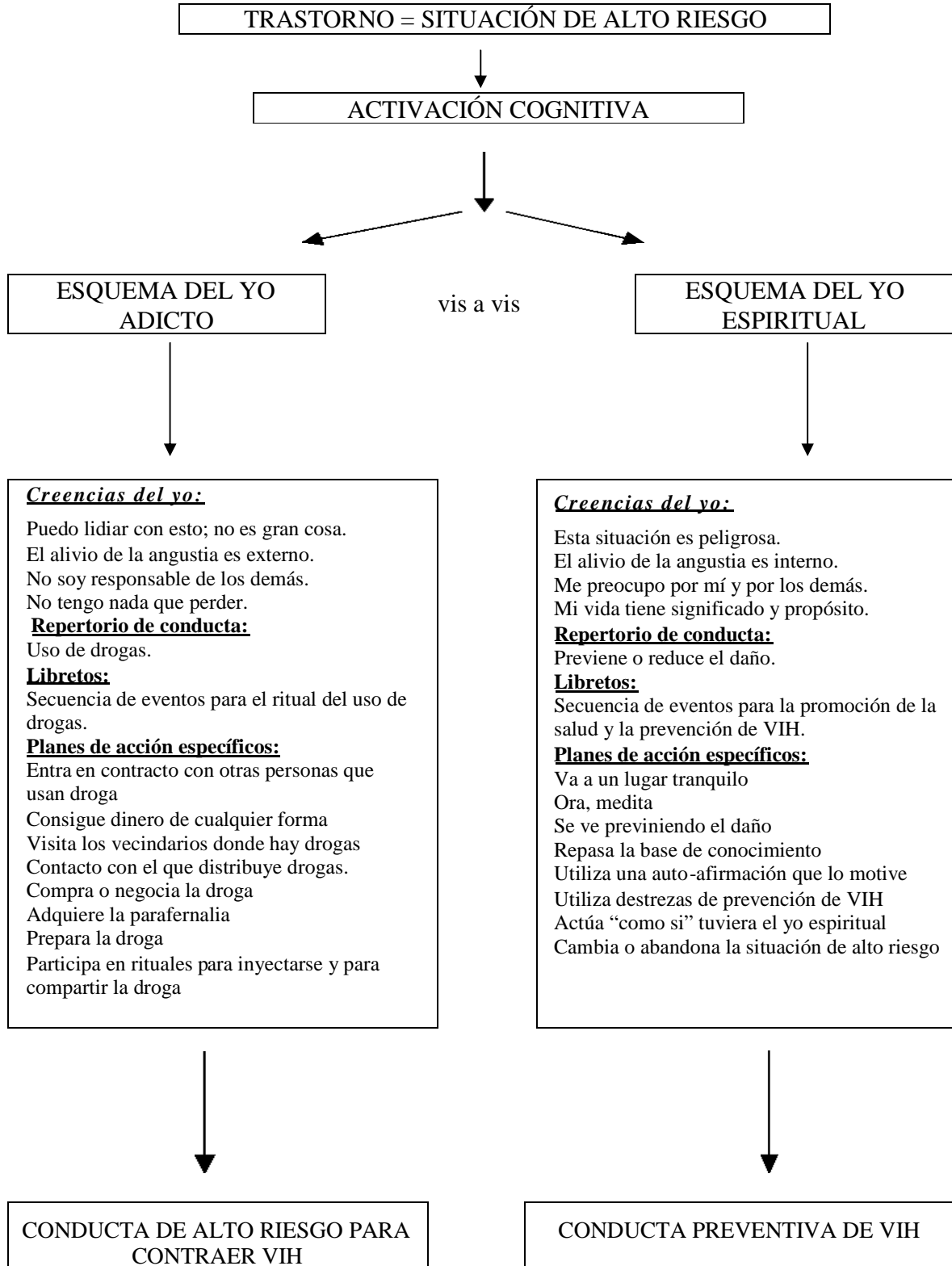
Así que, para propósitos de desarrollo e implementación de la terapia 3-S, consideramos espiritualidad como:

- 1) reflexión en la experiencia de momento a momento, de manera que genere auto-conciencia, serenidad e introspección
- 2) un sentido de interconexión entre los entes vivientes que promueve el desarrollo de valores personales y sociales altruistas, que son incompatibles con acciones que hagan daño a uno mismo o a los demás
- 3) acceso a estados de paz interior, que contrarresten los deseos dañinos que resulten en conductas auto-dañinas y antisociales, como el uso de drogas, compartir agujas y prácticas sexuales sin protección

La ilustración que sigue a continuación representa la activación hipotética del esquema del yo adicto vis a vis el esquema del yo espiritual cuando una persona que usa drogas se encuentra en una situación de alto riesgo.



**El componente cognitivo del sistema: activación de dos esquemas incompatibles del yo.**



### **La terapia del esquema del yo espiritual (3-S): una convergencia de los principios y prácticas budistas y la terapia cognitiva-conductual (CBT, por sus siglas en inglés)**

Aunque las estrategias utilizadas en la terapia 3-S son compatibles con la mayoría de las prácticas de las religiones en el mundo, un marco de referencia budista facilita la convergencia de la espiritualidad y la psicología cognitiva contemporánea (vea también Varela et al., 1991), y es particularmente adecuada en el desarrollo de una intervención manualizada dirigida a individuos que estén en tratamiento contra la adicción porque consta de la aseveración fundamental de que el deseo de usar drogas es la causa del sufrimiento y que para ponerle fin a ese sufrimiento se requiere identificar y corregir las cogniciones defectuosas, específicamente percepciones erróneas del yo. Queremos señalar que no es nuestra meta elaborar o explicar la doctrina budista. Más bien, nuestra meta es mostrar cómo los principios y las prácticas budistas pueden integrarse con el esquema cognitivo contemporáneo del yo y las teorías de auto-regulación, y cómo pueden ser implementadas de manera útil para prestar tratamiento a personas que usan drogas. Nuestra discusión no pretende reflejar la riqueza y la complejidad del Budismo como religión, psicología, filosofía o modo de vida.

Una perspectiva budista es particularmente apropiada en el desarrollo de una intervención de reducción de daño y promoción de la salud para utilizarse con personas adictas y que tienen una diversidad de creencias espirituales y religiosas por un sinnúmero de razones. Primero, los principios fundamentales de la doctrina budista —la compasión y la evasión o reducción de todo mal para sí mismo y para los demás— son compatibles con los esfuerzos para prevenir el VIH en esta población de pacientes. Segundo, la doctrina budista ofrece un “sendero” muy estructurado y claramente delineado específicamente para prevenir todo daño y para manifestar compasión, altruismo y optimismo, atributos que hemos teorizado como esenciales para promover la abstinencia a las drogas y el comportamiento preventivo de VIH. Tercero, un “modelo por etapas” de desarrollo espiritual amparado en muchas tradiciones budistas es compatible con la manera de pensar actual sobre tratamientos contra la adicción, con énfasis en la sensibilidad del terapeuta en la etapa en que el cliente esté listo para el tratamiento (Miller & Rollnick, 1991; Prochaska & DiClemente, 1986). Cuarto, estrategias tales como monitorización de pensamientos automáticos, detención y reenfoco de pensamientos, auto-afirmación y visualización —que en Occidente se reconocen inmediatamente como técnicas terapéuticas cognitivas contemporáneas (Beck, 1995; Meichenbaum, 1977)— han estado, de hecho, en uso por más de 2,500 años y son descritas en detalle en el Canon de Pali y en manuales budistas para el entrenamiento de la mente (por ejemplo, el Visuddhimagga).

**Somos lo que pensamos.** *“Todos los fenómenos de la existencia tienen la mente como su precursora, la mente como líder supremo y son creación de la mente” (Dhammapada I).* Los textos budistas proveen unas instrucciones específicas paso a paso para aumentar la conciencia de los procesos cognitivos y la “energía del hábito” (es decir, “los patrones de hábito de la mente”) que ocasionan sufrimiento, para llegar a estar “totalmente despierto” y consciente de la “naturaleza real” de uno mismo —lo que de acuerdo con la doctrina budista es totalmente compasivo— y para experimentar y expresar la verdadera naturaleza de uno, libre de los patrones de hábito de la mente que resultan en el deseo de usar drogas y, por ende, en sufrimiento. La terapia 3-S es totalmente compatible con estos principios y prácticas budistas. Una meta de la terapia 3-S es ayudar a los individuos con adicción a

que sean conscientes de las suposiciones erróneas del esquema del yo adicto, y de su activación automática mediante una elaborada red de cogniciones, emociones y conductas que están relacionadas con las drogas y que resultan en sufrimiento (es decir, el daño causado a sí mismo y a los demás por el uso de drogas y cualquier otra conducta de riesgo). Otra meta fundamental es ayudar a las personas adictas a crear, elaborar y a hacer más accesible la activación de un esquema cognitivo del yo lo suficientemente poderoso para reemplazar el esquema del yo adicto inadecuado, uno que provea acceso rápido a la experiencia y expresión de la verdadera naturaleza del individuo (es decir, la espiritual). En la terapia 3-S, la naturaleza espiritual del individuo es definida por el individuo, en sus particularidades. Sin embargo, al seguir los preceptos budistas, se presume que es totalmente compasiva y, por ende, incompatible con los actos que puedan hacerle daño a él o a los demás. Reconocemos que la definición de naturaleza espiritual como totalmente compasiva podría considerarse como una declaración “metafísica” no empírica; se estipula claramente así para propósitos terapéuticos (Davidson & Harrington, 2002).

Aunque la palabra “yo” podría parecer incongruente con las enseñanzas budistas las cuales hacen énfasis en la ilusión del yo (para una discusión sobre este asunto, vea Gaskins, 1999), utilizamos el término “esquema del yo espiritual” específicamente para describir una estructura cognitiva que teorizamos ha sido creada, elaborada y adoptada por los devotos de todas las creencias (vea también McIntosh, 1995; Ozorak, 1996), incluyendo los practicantes de la muy disciplinada práctica budista de meditación consciente del momento presente que facilita un acceso rápido y habitual a la experiencia y expresión de pensamientos, sentimientos y conducta asociadas con la creencias espirituales principales. De acuerdo con el Dalai Lama, el líder espiritual budista tibetano, mediante el entrenamiento, uno “puede habituarse [a sí mismo] a tener cierta disposición” (p.223), específicamente una disposición que exprese compasión por uno mismo y por los demás (Davidson & Harrington, 2002). Un esquema del yo espiritual podría estar asociado con un balsa o con un vehículo (o en términos cognitivos contemporáneos, un sistema de transportación rápida) que, según las enseñanzas budistas, lleva al que va en busca de la iluminación a la otra orilla. Sin tal sistema, cruzar sería imposible, pero se cruza exitosamente; ya el vehículo no es necesario.

**Las cuatro nobles verdades y el Noble Sendero Óctuple** La base de las enseñanzas budistas --las cuatro nobles verdades acerca del sufrimiento y el Noble Sendero Óctuple conducentes a la libertad del sufrimiento-- proveen un marco de referencia experiencial para entender y tratar la conducta adictiva que puede integrarse con éxito a un enfoque cognitivo del esquema del yo. Las enseñanzas budistas sugieren técnicas específicas para “habituarse a sí mismo de manera que se desarrolle una disposición compasiva” que sea compatible con los enfoques contemporáneos de terapia cognitiva-conductual utilizados para modificar creencias inadecuadas de sí mismo y pensamientos, sentimientos y conducta asociada con dichas creencias inadecuadas (cf. Ash, 1993; Groves & Farmer, 1994). A continuación, describimos cómo las Cuatro Nobles Verdades y el Sendero Óctuple han guiado el desarrollo de la terapia 3-S. Dependemos grandemente en traducciones contemporáneas del Canon de Pali (por ejemplo, Abhidhammatha Sangaha, Dhammapada, Digha Nikaya, Visuddhimagga, Samyutta Nikaya, Majjhima Nikaya) al igual que comentarios de éstos y de otros textos budistas provistos en un sinnúmero de fuentes eruditas en la materia (por ejemplo, Goddard, 1938; Guenther & Kawamura, 1975; Kalupahana, 1987; Lopez, 1995).

**Las Cuatro Nobles Verdades:** Según las enseñanzas budistas: (1) El sufrimiento existe por virtud de haber nacido de forma material, con sentimientos, percepciones, cogniciones y estados de conciencia (es decir, los cinco agregados de la existencia). (2) El sufrimiento lo causa el ansia y el deseo como resultado del apego a los cinco agregados como si fueran permanentes, como si tuvieran identidad propia, lo cual es falso. (3) El sufrimiento termina cuando el ansia y el deseo desaparecen. (4) El ansia y el deseo y, por ende, el sufrimiento desaparecen al seguir el Noble Sendero Óctuple. Según las escrituras budistas, hay la necesidad de liberarse de la esclavitud de la “energía del hábito”, de patrones de hábito de la mente. Se representa la vida humana como una estructura circular de patrones habituales —una cadena que ata— y cada eslabón (ignorancia, acción voluntaria, conciencia, complejo psicofísico, los sentidos, contacto, sensación, deseo, aferramiento y apego, existir, nacer, deterioro y muerte) ocasiona y es producto del próximo eslabón en la cadena de la causalidad. Para poder romper el círculo vicioso, se debe abandonar el delirio y el ansia; y se debe alcanzar tranquilidad e introspección. La sensación y el ansia subsiguiente son eslabones cruciales en la cadena de originación dependiente porque dan la oportunidad para crear conciencia; por ejemplo, según se maneje la respuesta a un deseo habitual, se podría determinar si el proceso habitual se perpetúa o si se interrumpe y, por ende, existe la posibilidad de cambiarse (Rosch, 1994; Varela et al., 1991). Las enseñanzas budistas describen un sendero (referido como el Sendero Medio porque es uno de moderación) con el que se puede aumentar la conciencia y la introspección que uno tiene sobre los patrones de hábito de la mente que ocasionan sufrimiento; se proporciona un mapa detallado basado específicamente en el “no hacer daño” para cambiar tales patrones de hábito que son compatibles con los principios fundamentales adoptados por las principales religiones del mundo.

**La interpretación de la terapia 3-S de las Cuatro Nobles Verdades aplicadas específicamente a la abstinencia de drogas y prevención de VIH.** En nuestro uso del marco de referencia budista en el desarrollo de la terapia 3-S, la persona adicta a drogas es vista como alguien que sufre no sólo por haber nacido dentro de los cinco agregados de la existencia, como es el caso de los seres sensibles, sino también por virtud de haberse enredado en la ilusión de que la droga le aliviaría el sufrimiento. El sufrimiento también se perpetúa porque la persona adicta a drogas no tiene un mapa cognitivo bien desarrollado que le conduzca a la liberación del sufrimiento; más bien lo que tiene es un mapa que le lleva a más sufrimiento. Por consiguiente, la terapia 3-S busca que el cliente sea más consciente de la activación automática del esquema del yo adicto acompañado de sus pensamientos, sentimientos y conductas que llevan al uso de droga y a más sufrimiento. La terapia también intenta ayudar a los clientes con adicción a que desarrollen un sendero cognitivo (el esquema del yo espiritual) con el que puedan despertar a su “verdadera naturaleza”, la cual es, en su esencia, totalmente compasiva, altruista y optimista y persigue, sobre todo, no ocasionar daño a sí mismo ni a los demás. Como se hace en la práctica budista de conciencia del momento presente, los clientes aprenden a crear conciencia de los procesos esquemáticos mecánicos del pasado, disminuyendo así su automatización. Se les enseña a ser conscientes de los procesos automáticos del esquema del yo adicto mediante la observación, sin pasar juicio, de la activación de dicho esquema. Posteriormente, aprenden cómo los pensamientos, palabras, emociones y acciones “automáticas” inconscientes del esquema del yo adicto no sólo incrementan su propio sufrimiento, sino que también ponen a los demás en riesgo de sufrir daño físico, emocional y espiritual. Una vez se es consciente del esquema del yo adicto, se enseña a los clientes

cómo desarrollar un esquema del yo espiritual y a elaborarlo y fortalecerlo hasta que se convierta en una nutrida red asociativa de libretos y planes de acción que puedan facilitar el acceso rápido a un repertorio conductual congruente con la abstinencia y la reducción de daño. Ello se logra mediante prácticas tales como la conciencia del momento presente, que requiere una observación desligada de lo que, en los textos budistas, se denomina como “obstáculos” que impiden el acceso a la verdadera naturaleza de uno mismo. Las sesiones de la terapia 3-S no sirven sólo como un vehículo para dar consejería a los clientes adictos acerca de la existencia y consecuencias de la activación del esquema del yo, sino que también brinda la oportunidad para que los individuos adictos a drogas practiquen en presencia del terapeuta, el que los puede ayudar a que experimenten la activación del esquema del yo espiritual. Así que la terapia 3-S no es solamente una terapia para hablar con el terapeuta, sino más bien, siguiendo los principios y prácticas budistas, una terapia sumamente práctica y empírica que busca estimular el apetito del cliente para aumentar la conciencia de su naturaleza espiritual como la base para su cambio de conducta.

**El Noble Sendero Óctuple:** El Noble Sendero Óctuple de Buda persigue alcanzar:

- 1) Entendimiento correcto (o visión) (*samma-ditthi*);
- 2) Pensamiento correcto (o intención/propósito) (*samma-sankappa*),
- 3) Palabra correcta (*samma-vaca*),
- 4) Acción correcta (*samma-kammanta*),
- 5) Modo de subsistencia correcto (*samma-ajiva*),
- 6) Esfuerzo correcto (*samma-vayama*),
- 7) Conciencia correcta del momento presente (*samma-sati*),
- 8) Concentración correcta (*samma-samadhi*).

En las tradiciones budistas, los ocho componentes del Noble Sendero Óctuple están clasificados en tres tipos de entrenamientos que la persona emprende en el sendero. Éstos son:

- 1) Entrenamiento en moralidad/ética (*sila*),
- 2) Entrenamiento en dominio de la mente (*samadhi*) y
- 3) Entrenamiento en sabiduría (*panna*).

Entrenamiento en “**moralidad**” incluye los siguientes componentes del Noble Sendero Óctuple: Palabra Correcta, Acción Correcta y Modo de Subsistencia Correcto, y provee la base del Sendero.

Entrenamiento en “**dominio de la mente**” incluye los componentes: esfuerzo correcto, conciencia correcta en el momento presente y concentración correcta, y describe las destrezas y prácticas cognitivas requeridas para el Sendero.

Entrenamiento en “**sabiduría**” incluye los componentes de Visión Correcta (también interpretado como entendimiento correcto) y Pensamiento Correcto (también interpretado como intención correcta y, entre otras cosas, define la “corrección” de todos los componentes del sendero en que, por ejemplo, la concentración es “correcta” sólo si es concentración en la naturaleza de la “realidad”, [por ejemplo: su impermanencia (*anicca*), su insatisfactoriedad (*dukkha*) y su insustancialidad (*anatta*)].

Según cada uno de los tres entrenamientos define y es definido por los demás, el orden

de presentación puede variar. Para mostrar la convergencia de la terapia 3-S y los principios y prácticas budistas, a continuación describimos tres entrenamientos en el orden que más comúnmente se prestan para los componentes del Noble Sendero Óctuple. Describimos entonces cómo, en el programa de desarrollo 3-S, se han incorporado estos componentes al tratamiento de conducta adictiva y de alto riesgo para el contagio de VIH. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que para facilitar que el cliente entienda el material, el orden de la presentación de los tres entrenamientos en el manual de la terapia 3-S es como sigue:

Sesión 1, 3-S Individual: Introducción a la terapia 3-S y a los 3 “entrenamientos”

Sesiones 2-3, 3-S Individual: Entrenamiento en dominio de la mente

Sesiones 4-5, 3-S Individual: Entrenamiento en moralidad/ética

Sesiones 6-7, 3-S Individual: Entrenamiento en sabiduría

Sesión 8, 3-S Individual: Conclusión y transición a los recursos comunitarios

**Nota:** Las asignaciones para hacer en casa y reuniones grupales complementarias de la terapia 3-S también están disponibles para brindar la oportunidad de práctica adicional de los tres “entrenamientos” que se enseñen en las sesiones individuales.

**Entrenamiento budista en sabiduría (*panna*): Visión Correcta/Entendimiento Correcto y Pensamiento Correcto/Intención o Propósito Correcto**

El entendimiento correcto se refiere a cuando hay conciencia de que el sufrimiento (ocasionar daño a sí mismo y a los demás) es el resultado de unos patrones de hábito de la mente (*sankharas* o en la terapia 3-S, esquemas del yo) que genera deseo o apego a sensaciones placenteras, y odio y evasión a sensaciones desagradables que son, de hecho, impermanentes; y llegar a darse cuenta que con cambiar estos patrones de hábito de la mente se evitará o reducirá el sufrimiento. Una persona puede alcanzar tal entendimiento o comprensión, hasta cierto grado, escuchando y leyendo sobre ello (*suta-maya panna*) y entendiéndolo intelectualmente (*cinta-maya panna*), pero, más que todo, se debe experimentar por sí mismo la veracidad de ello (*bhavana-maya panna*). De acuerdo con las enseñanzas budistas, la experiencia personal es totalmente necesaria; se debe tener conciencia personal de los pensamientos, sentimientos y conducta que están en el sendero incorrecto, y entender lo que los ocasiona (por ejemplo: deseo, odio y delirio), y obtener conocimiento directo de lo que se encuentra en el sendero correcto [por ejemplo: las 10 perfecciones espirituales (*paramis*) de generosidad, moralidad, renunciación, sabiduría, esfuerzo, tolerancia, verdad, determinación firme, amor bondadoso y ecuanimidad]. De acuerdo con la doctrina budista, hay que estar listo para desarrollar “operaciones de la

**3-S implementación del ADIESTRAMIENTO EN SABIDURÍA para individuos en tratamiento contra la adicción:** El entrenamiento en Sabiduría comienza en la Sesión #1. “Adicción” se describe como un “patrón de hábito de la mente”, un intento inadaptado que se realiza con el fin de reducir el sufrimiento que, de hecho, ha engendrado mayor sufrimiento ya que lleva al continuo uso de drogas y a otras acciones que ponen en riesgo la salud del individuo y de los demás. Las conductas adictivas y de alto riesgo son vistas como componentes de este patrón de repetición de la mente, que es muy elaborado y mecánico y que hemos denominado como el “esquema del yo adicto”. Cuando se activa el esquema del yo adicto, éste bloquea el acceso a la experiencia y expresión de la verdadera naturaleza; lo que la terapia 3-S se ha denominado “naturaleza espiritual” y la que (se le dice al cliente) es vista como totalmente compasiva e

incompatible con el daño que pueda hacerse a sí mismo o a los demás. Se le enseña al cliente que los esquemas inadecuados que se activan habitualmente, como el esquema del yo adicto, se han tornado tan elaborados, tan mecánicos y se acceden tan frecuentemente que predominan de manera crónica y dan la poderosa ilusión de que el yo adicto es EL yo central. La verdadera naturaleza de la persona no sólo está escondida de las personas relacionadas con la persona con adicción, sino con ella misma también. La meta de la terapia 3-S es exponer el yo adicto tal cual es —la causa de sufrimiento— y comenzar a activar y a fortalecer un esquema de yo espiritual que dará acceso rápido al sendero que conduce a experimentar la naturaleza espiritual y el alivio del sufrimiento. La labor del terapeuta es reconocer, en vez de minimizar o retar, el sufrimiento de los clientes que es producto del VIH y la adicción; para así prestar apoyo cuando los clientes deseen integrar sus creencias espirituales y religiosas a un programa de recuperación; y manifestar claramente que la meta ulterior de la terapia 3-S es ayudar a los clientes a protegerse ellos mismos y proteger a los demás de todo daño. Se identifican los ideales espirituales y, durante el transcurso de la terapia, los mismos se integran al esquema del yo espiritual del cliente. En cada sesión, el terapeuta le asigna uno o dos atributos del yo espiritual (por ejemplo, de una lista de 10 cualidades espirituales, todas compatibles con la abstinencia y la reducción de daño). El cliente, a su vez, crea y ensaya los libretos y planes de acción para cada cualidad espiritual (esto es, se exhorta al cliente a que considere cómo alguien con tal atributo espiritual podría pensar, sentir y comportarse en una situación específica de mucho estrés o de alto riesgo, una que el cliente espera tener durante la semana siguiente). (Ejemplo: En la primera sesión, el cliente y el terapeuta llevan a cabo una dramatización en la que el terapeuta juega el papel de un amigo que usa drogas y que tiente al cliente al regalarle la droga, mientras que el cliente rehúsa la oferta al poner de manifiesto varias cualidades espirituales. El terapeuta ayuda al cliente a identificar las cualidades espirituales que se manifestaron durante la dramatización y a diferenciarlas de las cualidades asociadas frecuentemente con el esquema del yo adicto.)

El entrenamiento en sabiduría continúa en la Sesión 6, cuando los clientes aprenden a sustituir el viejo patrón de hábito de la mente (el yo adicto) con uno nuevo (es decir, el yo espiritual) con el que pueden tener acceso a su verdadera naturaleza espiritual. Los textos budistas establecen que “la persona debe concentrar la mente totalmente en la decisión de resistirlos [los viejos patrones de hábito] al máximo” (vea *Surangama Sutra* en Goddard, 1938). En la terapia 3-S, “llenar la mente” es un componente importante del tratamiento porque es poco probable reemplazar el esquema del yo adicto —que está más que aprendido y activado automáticamente— con el esquema del yo espiritual a menos que éste también se convierta en algo que se ha aprendido y elaborado en exceso. Aumentar la mecanización del esquema del yo espiritual requiere el establecimiento de una red de cogniciones, emociones y conductas vinculadas de varias maneras sensoriales. Por lo tanto, al cliente se le enseña a activar el esquema del yo espiritual de varias maneras a lo largo del día. Lo anterior es compatible con la noción de “llenar la mente” según descrita por William James (Cross & Markus, 1990; James, 1890-1950) y con el concepto de aumentar el número de conexiones en la red asociativa, según descrita por los teóricos cognitivos contemporáneos (Cross & Markus, 1990; Singer & Salovey, 1991), de modo que el esquema del yo espiritual esté mucho más disponible para activarse en una amplia gama de contextos. Un ejemplo de cómo la estrategia de “llenar la mente” de la terapia 3-S sirve de complemento a una estrategia cognitiva usada comúnmente (esto es, auto-afirmación) es el que sigue: Con la ayuda del terapeuta, el cliente prepara una serie de afirmaciones cortas

(por ejemplo: “mi naturaleza espiritual es amorosa y bondadosa” o “Dios me protege y protege a los demás de todo daño”). Tales afirmaciones se repetirán verbalmente durante el día y se usará como recordatorio cosas tales como ponerse el reloj en la muñeca opuesta a la que usualmente lo lleva puesto. Las afirmaciones también pueden expresarse artísticamente (por ejemplo: coordinadas con música, con un cántico, rap, con una poesía, con algún color, textura y forma determinada). También, se le deberá instruir al cliente a que busque manifestaciones de la auto-afirmación en el ambiente externo (por ejemplo: estar al tanto de palabras o significados similares en sus canciones favoritas, himnos, programas de televisión, libros, trabajos de arte, en las relaciones). La meta es incrementar la atención, el enfoque y la claridad del esquema del yo espiritual. La utilización de técnicas para enfocar y llenar la mente son comunes en la práctica budista, al igual que en las prácticas de otras religiones en el mundo, e incluye el uso de *mantras* (frecuencias simbólicas de sonido o la repetición de oraciones) y *mandalas* (por ejemplo: visualización de un mundo sagrado que el individuo busca para manifestarse y habitarlo, o la identificación mediante gráficas artísticas de deidades, santos, reliquias o eventos sagrados), y el uso de objetos tales como rosarios y campanas usados como señal para llevar a cabo una acción.

En la Sesión 7, los clientes renuncian al yo adicto como su yo verdadero y reconocen su naturaleza espiritual mediante técnicas de visualización. En el Budismo tántrico, la visualización incluye el uso de *mandalas* o símbolos que ayudan a exteriorizar aspectos del yo, incluyendo los deseos y aversiones personales a fin de ganar control sobre los mismos, para verlos como ilusiones auto-creadas y crear una imagen clara de un yo espiritual (con frecuencia a imagen de Buda o de una deidad) a fin de internalizar sus cualidades ideales. En la terapia 3-S, se enseña a los clientes a visualizar una imagen de su yo adicto proyectada en la pantalla del televisor, y aprenden a controlarla desvaneciéndola gradualmente hasta que se disipa. Luego, proyectan su yo espiritual idealizado en la pantalla y practican intensificar la imagen hasta que la misma se haya vuelto tridimensional y haya saturado los pensamientos, sentimientos y conducta que ejemplifican el atributo ideal del yo espiritual. Los ejercicios de visualización tales como el anterior ofrecen al cliente la oportunidad de un ensayo cognitivo del atributo y de los pensamientos, sentimientos y conducta asociados con éste. Dependiendo de los intereses y las necesidades del cliente, la visualización puede grabarse en audio y proporcionársela al cliente para el uso diario en el hogar y entremedio de sesiones, al igual que proveerle un cuaderno para que anote cada atributo y los pensamientos, sentimientos y actos asociados al mismo, a medida que se van integrando al esquema, y para anotar cuáles fueron los obstáculos que se encontró, si alguno, durante el ensayo mental (por ejemplo: los cinco obstáculos). Al final de la visualización dirigida, se instruye a los clientes a que asuman el rol de su yo espiritual en su diario vivir, al igual que un actor podría asumir el rol y actuar “como si” fuera la persona con tal atributo durante la semana siguiente. Por ejemplo: si se identifica que surgirá una situación de alto riesgo durante la semana entrante, el cliente podría intentar actuar como lo haría una persona “compasiva” en tal situación.



**Entrenamiento budista en Moralidad/Ética (sila): Palabra Correcta, Acción Correcta y Modo de Subsistencia Correcto**

Estos pasos, con el énfasis en refrenarse de hablar, actuar o subsistir de manera que pudiera ocasionar daño a sí mismo o a los demás, forman el cimiento ético del Sendero Óctuple de Buda. Los mismos se centran alrededor de los preceptos que todo el mundo deberá seguir: (1) no matar, sino practicar la bondad y no hacer daño a nada que tenga vida; (2) no robar o desear lo que no le pertenece, sino practicar la caridad y la abstención de cosas materiales; (3) no practicar conducta sexual inapropiada, sino practicar la pureza de mente y auto-control sexual; (4) no mentir, sino practicar la honestidad y sinceridad de pensamiento, palabra y acción; y (5) no ingerir bebidas alcohólicas ni consumir drogas o cualquier cosa que debilite la capacidad que se tiene para controlar los procesos mentales, sino practicar la abstinencia y el auto-control.

**3-S Implementación del ENTRENAMIENTO EN MORALIDAD/ÉTICA para individuos en tratamiento contra la adicción:**

En la terapia 3-S, hay dos sesiones dedicadas específicamente al entrenamiento en moralidad/ética, no hacerse daño a sí mismo ni a los demás. Dichas sesiones se enfocan en ayudar al cliente a refrenarse de usar “lenguaje de adicto” (por ejemplo, mentir, manipular) “conducta de adicto” (por ejemplo: drogas, compartir agujas, conducta sexual irresponsable, no adherencia a los medicamentos), o “subsistencia como adicto” (por ejemplo: distribución, proxenetismo, prostitución y cualquier otra conducta criminal). Los individuos adictos a la heroína y a la cocaína se describen como “mentirosos” y “ladrones” que están dispuestos a hacer lo que sea para conseguir drogas (Avants & Margolin, 1995). Por lo tanto, temprano en la terapia 3-S se les exhorta a los clientes a que identifiquen cualquier guión del esquema del yo adicto que pudiera tener el potencial de sabotear su recuperación (por ejemplo, libretos para no comprometerse con el proceso de tratamientos que les llevaría a ausentarse de los programas o a tergiversar lo que es adherencia). En las enseñanzas budistas, la destreza para la auto-reflexión honesta y sin juzgar el “sendero equivocado” (y en la terapia 3-S la destreza para monitorear la activación del esquema del yo y sus consecuencias) es vista como un primer paso necesario en el “camino correcto” (en la terapia 3-S el desarrollo, elaboración y activación habitual del esquema del yo espiritual). De manera que, en esta fase del tratamiento, los libretos y planes de acción asociados con el esquema del yo adicto se identifican y se monitorean a fin de reducir su automatismo, y a modo de preparación para la elaboración e incremento del automatismo del esquema del yo espiritual en la próxima fase de la terapia 3-S. Específicamente, se pide a los clientes que tres veces al día (mediodía, temprano en la noche y al acostarse) determinen si el esquema del yo adicto está activo en ese momento e identifiquen pensamientos, sentimientos y conducta que este esquema del yo tenga activas en ese momento. El terapeuta de la terapia 3-S hablará sin ambigüedad de la necesidad de abstenerse de toda conducta dañina, incluso del uso de droga, y cualquier conducta de riesgo de contraer VIH relacionada con las drogas y con el sexo. Sin embargo, el uso de drogas o cualquier otro tipo de conducta que ponga en riesgo la salud del cliente o la de los demás y que ocurra durante el tratamiento (cuando ocurra en el contexto de un deseo genuino de cambiar) se considerará como evidencia de la activación automática del esquema del yo adicto, no como un fracaso moral. El enfoque que el terapeuta de la terapia 3-S a tal conducta denominada como “infiltraciones del yo adicto” en la terapia 3-S, no es punitivo y el

enfoque, como se ha dicho, no es identificar específicamente lo que sirvió de precipitante del esquema del yo adicto. Más bien, el enfoque del terapeuta de la terapia 3-S es modelar compasión y enfocarse en facilitar un giro cognitivo de modo que se active el esquema del yo espiritual. Por lo tanto, las infiltraciones del esquema del yo adicto son percibidas como oportunidades para que los clientes fortalezcan el esquema del yo espiritual a fin de hacer este esquema más accesible para su activación en situaciones que, en el pasado, han activado el esquema del yo adicto. El crear una distancia psicológica entre la identidad central de los clientes y su conducta adictiva les permite ver tal comportamiento desde la perspectiva de su yo espiritual, con compasión, sin pasar juicio y con el propósito de apuntar y eliminar el esquema del yo adicto, en vez de apuntar y castigarse ellos mismos. Así, se enseña a los clientes a que sean sus propios terapeutas (Beck, 1995) y que examinen y traten su conducta individual con compasión pero también responsablemente (por ejemplo: en el caso de la conducta que pudiera contagiar a los demás con enfermedades, el terapeuta y el cliente actúan a tenor con cualesquiera guías federales, estatales o locales existentes que requieran que el contagio se reporte). Durante esta etapa del tratamiento, el terapeuta también necesita ser sensible a los factores socioeconómicos que pudieran preservar el esquema del yo adicto del cliente, por lo que hará los referidos necesarios a las oficinas de servicios comunitarios (por ejemplo: de vivienda, de empleo, médicos).

**El entrenamiento budista para alcanzar dominio de la mente (*samadhi*):**

**Esfuerzo Correcto, Conciencia Correcta del Momento Presente y Concentración Correcta.**

Según descrito en los textos budistas, cuando el ansia y el deseo guían a los individuos, éstos parecerán máquinas automáticas que, una vez se activan, siguen solas por su cuenta, pero, tan pronto la máquina automática pierde su propulsión, no tan sólo su actividad, sino la máquina en sí deja de existir. El dominio de la mente, mediante el esfuerzo, la conciencia del momento presente y la concentración es un prerrequisito para cesar las actividades de “la máquina automática”. Esfuerzo correcto incluye (a) esfuerzo para Impedir (b) esfuerzo para Superar (c) esfuerzo para Desarrollar y (d) esfuerzo para Preservar. Claramente, el sendero budista no es un sendero pasivo. Hay que trabajar diligentemente para lograr aliviar el sufrimiento y se debe aspirar a alcanzar las cualidades espirituales, ya descritas, a un nivel de especificidad adecuado a la etapa de desarrollo espiritual del individuo. Mediante la meditación, enfocada únicamente en la impermanencia de los fenómenos mentales y físicos, junto con la conciencia de los cinco obstáculos que impiden la introspección (deseo, aversión, pereza o entumecimiento, agitación y duda), se interrumpe el automatismo de los pensamientos que resultan en sufrimiento, permitiendo así el giro cognitivo que es requerido para la iluminación. Hay un sinnúmero de textos budistas que proveen instrucciones detalladas de cómo reducir el automatismo de los pensamientos inadecuados y así facilitar dicho giro cognitivo (por ejemplo: el *Visuddhimagga*); tales técnicas son muy similares a las estrategias que terapeutas cognitivos utilizan comúnmente en la actualidad (Beck, 1995; Meichenbaum, 1977).

**3-S Implementación del ENTRENAMIENTO EN “DOMINIO DE LA MENTE” para individuos en tratamiento contra la adicción:**

En la terapia 3-S, el “esfuerzo correcto” requerido para “impedir y superar” corresponde al desvanecimiento del yo adicto mediante una continua auto-observación diligente de la activación del

esquema del yo adicto (según descrito). El esfuerzo requerido para “desarrollar y mantener” corresponde a la creación, elaboración y mantenimiento del esquema del yo espiritual. Cada sesión de la terapia 3 -S incluye una práctica de meditación en la respiración (*anapanasati*) al igual que un entrenamiento en conciencia del momento presente; vea los números 4 y 5 más adelante, con dos sesiones dedicadas específicamente a otros aspectos del entrenamiento en “dominio de la mente”. Se utilizan las siguientes estrategias cognitivas y budistas:

1. Técnicas de interrupción del esquema. Para prevenir caer en “piloto automático,” se les enseña a los clientes las siguientes técnicas: (a) Detención del pensamiento: interrumpir el esquema del yo adicto deteniendo el flujo de pensamientos inadecuados (por ejemplo: al gritarse mentalmente “detente” cuando se percatan del pensamiento asociado con el esquema del yo adicto); (b) observar y nombrar: retrasar la acción al nombrar mentalmente los pensamientos, sentimientos y conductas según entran en el plano consciente; (c) cambio de rutinas: crear interrupciones en libretos y planes de acción que han sido bien aprendidos y que no guardan relación con el esquema del yo adicto (por ejemplo: el plan de acción automático de mirar el reloj donde siempre lo lleva) y utilizarlos como señales para monitorear el esquema del yo adicto (ejemplo: cambiarse el reloj de la muñeca en que lo usa a la otra, la interrupción de la acción de “mirar el reloj” puede servir como señal para monitorear e interrumpir el esquema del yo adicto cada vez que el cliente verifique la hora); (d) señales para actuar: las señales tales como campanas utilizadas en muchas tradiciones religiosas que avisan al creyente a que actúe de cierta manera, pueden utilizarse también para monitorear e interrumpir el esquema del yo adicto (por ejemplo: poner la alarma cada hora para interrumpir el esquema del yo adicto o utilizar el timbre telefónico como una señal para identificar el esquema del yo que esté activo en ese momento).

2. Reenfoque cognitivo. Una vez el esquema del yo adicto se ha interrumpido, se le enseña al cliente a que se reenfoque inmediatamente a fin de activar un esquema que sea incompatible con el uso de drogas, el esquema del yo espiritual. Al comienzo del tratamiento, el cliente puede elegir entre usar la oración o *mantra* o escribir sus propias afirmaciones a manera de protección de la activación del esquema del yo adicto. De ser así, lo que el cliente elija debe practicarse en las sesiones, escribirse en tarjetas y colocarlas en sitios estratégicos en el hogar del cliente. Escuchar música inspiradora, cantar himnos o cánticos también puede ayudar en el proceso de reenfoque, al igual que el uso de estimulación visual que tenga un significado especial para el cliente.

3. Meditación. Concentrar la mente es un prerrequisito para el cambio cognitivo necesario en la activación habitual de un nuevo esquema del yo que sea compatible con la abstinencia y con la conducta que prevenga el contagio de VIH. Por lo tanto, se enseña al cliente a cómo meditar [específicamente desarrollando un enfoque en un solo punto, concentrado en la sensación que la respiración produce (entrada y salida del aire) alrededor de las fosas nasales (*anapanasati*)]. Se enfatiza la necesidad de practicar esto a diario.

4. Conciencia del momento presente. Durante la terapia, se enseña a los clientes una serie de técnicas para crear conciencia del momento presente con el propósito de interrumpir la automatización del yo adicto, y, por ende, reducir su activación.

5. Trascendencia del malestar físico (el deseo por las drogas inclusive). Los fundamentos de prestar atención, según descritos en diversas publicaciones de budismo y psicología cognitiva, requieren adiestrarse para crear conciencia de las sensaciones según se manifiestan en el cuerpo y los estados de sensación según se manifiestan en la mente a

fin de ganar introspección de su naturaleza impermanente. Se enseña a los clientes a cómo controlar el deseo y demás sensaciones físicas desagradables al incrementar su conciencia sobre la impermanencia de tales sensaciones. Mediante examen sistemático de la sensación del deseo (o alguna otra sensación desagradable), también aprenden cómo ocurren las reacciones automáticas (por ejemplo: auto-medicación) y se capacitan para interrumpir la automatización de tales reacciones.

### **3-S Informe de caso**

Se ha reportado la implementación de la terapia 3-S, según formulada inicialmente, a un hombre afroamericano de 49 años de edad, VIH positivo y con un historial de 20 años de uso de heroína por vía intravenosa y uso de cocaína (Marcotte et al., 2003). Según el tratamiento iba en progreso, el cliente reportaba que su yo espiritual se fortalecía más que su yo adicto y que tal cambio lo estaba ayudando a abstenerse del uso ilícito de drogas. Al finalizar el tratamiento, un examen de orina confirmó que el cliente estaba en verdad abstinentemente tanto de heroína como de cocaína. Cuando se le preguntó qué fue lo más que le ayudó, manifestó: “Lo más efectivo fue llevar un diario [es decir, una auto-observación del esquema del yo tres veces al día], cuando uno tiene que detenerse y pensar en su yo espiritual. Conocer la diferencia, retrasar y distinguir la diferencia entre el yo adicto y el yo espiritual, y hacer un esfuerzo genuino para mantenerme con el yo espiritual... Eso, para mí, fue lo más importante; parar y pensar en ello. El adicto está en automático... así que cuando uno interrumpe ese proceso y piensa en eso... [hay] cosas que uno no quiere perder como su relación o que lo echen del programa [de metadona]... No vale la pena.”

Según se indica en la colección de los Sermones Medios del Buda (Majjhima-Nikaya), “...una vez se practica la contemplación del cuerpo, se desarrolla, se repite con frecuencia, se ha convertido en un hábito en uno, en la base de uno, está establecida firmemente, fortalecida y perfeccionada, uno domina el descontento, el temor y la ansiedad, el hambre y la sed, el frío y el calor, y el dolor y las palabras punzantes”. Claramente, es un trabajo de por vida. La terapia 3-S persigue ayudar al cliente a comenzar el proceso de desarrollar y elaborar un esquema del yo que sea compatible con la abstinencia a las drogas y la conducta preventiva al VIH, que pueda reemplazar el esquema de yo adicto activado de forma habitual. Aunque la terapia continúa desarrollándose y evaluándose, el cliente descrito en el caso anterior (Marcotte et al., 2003) es similar a las demás personas que usan drogas en los sectores pobres de las ciudades que habían recibido la terapia 3-S, en el sentido de que él fue capaz de ver su yo espiritual como un factor de protección contra el daño a sí mismo y a los demás, tal como compartir agujas o tener relaciones sexuales sin protección (vea también Avants, Beitel, & Margolin, 2005; Marcotte, Avants, & Margolin, 2003).

### **Conclusión**

A través de los años, los expertos y profesionales clínicos han buscado describir y establecer ese componente de la naturaleza humana que tiene el poder de superar el sufrimiento. En respuesta al llamado que pide la integración de las creencias religiosas al tratamiento contra la adicción (Miller, 1998), ofrecemos la terapia 3-S como un enfoque potencialmente prometedor que integra la técnica cognitiva/conductual contemporánea con un sendero espiritual —utilizando en este caso un marco de referencia budista— que puede adaptarse fácilmente para que incorpore las creencias y prácticas religiosas del individuo y que se enfoque en las conductas relacionadas con la salud, incluyendo prevención de VIH, dentro del contexto del tratamiento contra la adicción.

## ***La población de interés y los problemas comunes***

### **Población de interés**

Varias versiones de la terapia 3-S están disponibles. Esta versión tiene como meta a las personas que están en tratamiento contra la adicción. Los usuarios de heroína y cocaína fueron el punto focal en el desarrollo de este manual, debido a la prevalencia de VIH y otras enfermedades infecciosas en esta población; sin embargo, el manual se ha adaptado para que se use con cualquier población de adictos.

### **Problemas comunes**

Adherencia inadecuada. La adherencia es un problema común cuando se interviene con poblaciones con abuso de sustancias, independientemente del tipo de intervención que se ofrezca. La terapia 3-S trató este posible problema con el cliente desde el principio de la terapia enmarcando la falta de adherencia como una interferencia que se espera del yo adicto. Los clientes predicen maneras en que el yo adicto intentará sabotear su recuperación (por ejemplo: ausencia a las sesiones, no completar asignaciones de práctica para hacer en casa, duplicidad con relación a la abstinencia de drogas y así por el estilo).

Deterioro cognitivo. El deterioro cognitivo puede ser temporal, como en el caso de personas que apenas están abstinentes del uso de drogas o pudiera ser a largo plazo como es en el caso de algunas personas con uso de drogas crónico y las que tienen VIH/SIDA. La terapia 3-S presta atención a este asunto a través del repaso del material cubierto en sesiones previas antes de presentar el material nuevo y al resumir el material nuevo al final de cada sesión.

Trastornos psiquiátricos. Las personas que abusan drogas presentan frecuentemente un sinnúmero de trastornos psiquiátricos de los Ejes I y II. Por lo tanto, debe efectuarse una evaluación meticulosa para asegurarse que la terapia 3-S, con su enfoque en las múltiples representaciones del yo, no esté contraindicada. Si se determina que la terapia 3-S es adecuada, habrá que tener cuidado para asegurarse de que el cliente con diagnósticos concurrentes esté recibiendo la atención clínica adecuada, además de la terapia 3-S y que éste sea referido al servicio que sea adecuado en caso de deterioro durante el tratamiento.

### ***Compatibilidad con otros tratamientos***

La terapia 3-S se integra fácilmente con los programas de tratamiento de abuso de sustancias (por ejemplo: mantenimiento con metadona), y puede utilizarse en conjunto con el manejo de casos, farmacoterapia y terapias alternativas y complementarias. La terapia 3-S es compatible con un sinnúmero de programas de auto-ayuda y enfoques psicoterapéuticos ampliamente utilizados en la actualidad, en casos de adicción y con los enfoques de tratamiento basados en la espiritualidad para tratar los problemas de adicción (Kus, 1995). Por ejemplo, la terapia 3-S es congruente con los fundamentos de la filosofía de AA, la cual propugna el respeto del sendero espiritual único que cada individuo escoja para recuperarse de la adicción (Alcoholics Anonymous World Services, 1976). La terapia 3-S difiere de AA, según se practica tradicionalmente, en que ve al individuo —y no al “Poder Superior”— como el agente de cambio, aunque con acceso a un esquema del yo cognitivo que podría incluir la creencia en una deidad o un “Poder Superior”. El referido a las reuniones de 12 pasos de AA y NA es un componente importante durante la conclusión de la terapia 3-S y la transición a los servicios comunitarios, igual que visitas al lugar de adoración que corresponda la afiliación religiosa del cliente, si alguna, y la participación en ritos y prácticas espirituales y religiosas relevantes a las creencias del cliente. La terapia 3-S es también compatible con un enfoque de aprendizaje social en el cual el tratamiento contra la adicción consiste en la prevención de recaídas (Marlatt & Gordon, 1985) y el entrenamiento para desarrollar destrezas de manejo (Monti et al., 1989; Monti, Rohsenow, Michalec, Martin, & Abrams, 1997). Sin embargo, la terapia 3-S da más énfasis a la recuperación como una construcción de los procesos cognitivos del cliente y menos énfasis a la necesidad de identificar los factores precipitantes ambientales o emocionales específicos. El enfoque centrado en el cliente (Rogers, 1951) utilizado en la terapia 3-S también es compatible con un estilo terapéutico de realce motivacional (MET, por sus siglas en inglés) (Miller & Rollnick, 1991), el cual enfatiza la comunicación de respeto y empatía. Sin embargo, contrario al MET, los terapeutas 3-S enseñan y modelan métodos que conduzcan al cambio. La similitudes y diferencias entre la terapia 3-S y Facilitación de 12 Pasos (Nowinski, Baker, & Carroll, 1992), la Terapia de Destrezas de Manejo Cognitivas-Conductuales (CBT, por sus siglas en inglés) (Kadden et al., 1992), y los enfoques de Terapia de Realce Motivacional (MET) (Miller, Zweben, DiClemente, & Rychtarik, 1994) según formulados en los manuales de tratamientos usados en el estudio a gran escala de la psicoterapia para el tratamiento de alcoholismo realizado en múltiples localidades (Project Match Research Group, 1997) se describen en la siguiente tabla:

### Comparación entre la terapia 3-S y otros enfoques para tratar la adicción

Facilitación de 12 pasos	Prevención de recaídas	Mejoramiento motivacional	Esquema del yo espiritual
Metas del tratamiento:	Metas del tratamiento:	Metas del tratamiento:	Metas del tratamiento:
Aceptación de la pérdida de control ante el uso de drogas; rendirse a un Poder Superior; y una afiliación activa en AA/NA	Dominio de las destrezas necesarias para identificar y evitar o manejar situaciones de alto riesgo a fin de mantenerse abstinentes	Mejorar la motivación intrínseca para iniciar y mantenerse abstinentes del abuso de drogas (por ejemplo, basado en los efectos negativos del uso de drogas)	Un cambio cognitivo de la activación habitual del esquema del yo adicto a una activación del esquema de un yo espiritual que sea congruente con la abstinencia y con la conducta preventiva de VIH.
Postulados: Puede que esté o no esté abstinentes (en negación); conducta se mantiene debido a una enfermedad progresiva y pérdida de control; la fe del cliente en un Poder Superior es más importante que su fuerza de voluntad.	Postulados: La abstinencia se ha iniciado y está motivado a prevenir la recaída; deslices propiciados por situaciones internas y externas de alto riesgo; el cliente puede examinar los antecedentes y consecuencias por haber usado droga y aprender destrezas para prevenir recaídas futuras.	Postulados: Puede que esté o no esté abstinentes; la conducta se mantiene a través de un enfoque de evasión de conflicto; el cliente es el único responsable y capaz de cambiar el comportamiento; se identifican discrepancias para inclinar la balanza en favor del cambio y se resaltan las estrategias individuales del cliente.	Postulados: Motivación para la prevención de daño; conducta sustentada por la activación habitual del esquema del yo adicto; los deslices son vistos como infiltraciones del yo adicto; cliente tiene acceso a una naturaleza espiritual que es congruente con la abstinencia de drogas y prevención de VIH.
Áreas de contenido	Áreas de contenido central:	Áreas de contenido central:	Áreas de contenido central:
4 temas centrales, 6 electivas, conclusión:	8 sesiones centrales más 4 electivas:	Batería de evaluación extensa más 4 sesiones centrales:	Sendero Óctuple (guiado por la budista) en 8 sesiones:
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Introducción</li> <li>▪ Aceptación</li> <li>▪ Rendición</li> <li>▪ Activación</li> <li>▪ Conclusión</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Introducción a las destrezas de manejo.</li> <li>▪ Manejo de los deseos</li> <li>▪ Pensamientos acerca de la droga</li> <li>▪ Solución de problema</li> <li>▪ Destrezas para rechazar la droga</li> <li>▪ Deslices</li> <li>▪ Decisiones irrelevantes</li> <li>▪ Conclusión</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Evaluación (<i>feedback</i>)</li> <li>▪ Análisis de costos y beneficios</li> <li>▪ Apoyo y exhortación de alternativas</li> <li>▪ Conclusión</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Entendimiento correcto</li> <li>▪ Intención correcta</li> <li>▪ Palabra correcta</li> <li>▪ Conducta correcta</li> <li>▪ Modo de subsistencia correcto</li> <li>▪ Esfuerzo correcto</li> <li>▪ Conciencia correcta del momento presente</li> <li>▪ Concentración correcta</li> </ul>
Técnicas centrales:	Técnicas centrales:	Técnicas centrales:	Técnicas centrales:
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Creencias espirituales</li> <li>▪ Pragmatismo</li> <li>▪ Apadrinamiento</li> <li>▪ Modelado</li> <li>▪ 12 pasos de AA/NA</li> <li>▪ Participación en AA/NA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Enfoque didáctico para desarrollar destrezas de entrenamiento</li> <li>▪ Modelado por los consejeros</li> <li>▪ Práctica dirigida</li> <li>▪ Dramatizaciones</li> <li>▪ Evaluación (<i>feedback</i>)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ No se dan instrucciones ni se sirve de modelo, ni práctica ni se da asignación</li> <li>▪ Inclusión de su pareja</li> <li>▪ Se escucha empáticamente</li> <li>▪ Las percepciones se exploran no se categorizan ni se corrigen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Entrenamiento, modelado asignación de tarea</li> <li>▪ Observación no juzga los procesos automáticos</li> <li>▪ Terapia cognitiva conductual: detención de pensamiento, reenfoque, elaboración, fortalecimiento y activación del esquema espiritual</li> </ul>
Estilo terapéutico:	Estilo terapéutico:	Estilo terapéutico:	Estilo terapéutico: (Rogeriano)
Confronta, educa, apoya, recomienda	Directivo Didáctico	No dirigido Empático	Genuino, cálido, compasivo, de aceptación, de empatía

## **La compatibilidad entre las creencias espirituales y religiosas particulares del cliente y la conceptualización del yo espiritual de la terapia 3-S**

La tarea del terapeuta de la terapia 3-S es respetar las creencias espirituales y religiosas particulares del cliente mientras comunica (a) el concepto de un yo espiritual compasivo y (b) la meta de la terapia 3-S que es desarrollar y fortalecer un esquema del yo espiritual que, como vehículo o sendero, sirva como medio de acceso rápido al yo espiritual aun en situaciones de alto riesgo. Por lo tanto, es importante determinar: (a) si las propias creencias espirituales y religiosas del cliente son compatibles con el concepto de una representación compasiva del yo espiritual; (b) si el cliente percibe el origen de tal compasión como interno o externo y (c) si el cliente sigue, en ese momento, algún tipo de práctica religiosa o rituales particulares que pudieran incorporarse eficazmente en las facetas subsiguientes de la terapia 3-S enfocadas en fortalecer el esquema del yo espiritual (cf. Miller, 1999). También es importante determinar si las creencias religiosas o espirituales del cliente facilitan la manera de lidiar en el proceso de recuperación de la adicción. Las imágenes de una deidad austera y punitiva podrían activar inadvertidamente en el cliente el esquema de un yo que dice “tengo” (es decir, los estándares de conducta inculcadas por los padres o por la sociedad) que, cuando chocan con la conducta actual, podrían generar ansiedad (Higgins, 1989) y resultados negativos en la salud (vea Fetzer Institute, 1999). El uso de un instrumento de evaluación tal y como el Brief Multidimensional Measurement of Religiousness/Spirituality (Fetzer Institute, 1999), suministrado antes del tratamiento, puede ayudar al terapeuta a identificar las creencias que son compatibles e incompatibles con las metas de la terapia 3-S.



## ***Disposición al tratamiento y duración del tratamiento***

### **Disposición al tratamiento**

La importancia de identificar la etapa de disposición a cambiar por parte del cliente es reconocida no sólo por los enfoques contemporáneos para tratar la adicción (por ejemplo, Miller & Rollnick, 1991) sino también en la práctica budista, en la que el maestro busca aparear la doctrina y las prácticas específicas con el nivel actual de entendimiento y de iluminación que tenga el discípulo. Según descrita aquí, la terapia 3-S podría ser inadecuada para individuos con un nivel de cambio de conducta pre-contemplativo (Prochaska & DiClemente, 1986). La persona adicta que llega a la terapia 3-S necesita, como mínimo, estar receptiva a experimentar un cambio cognitivo [lo que en la doctrina budista se ha denominado como un “giro” (vea *Lankavatara Sutra* en Goddard, 1938)]. Por ende, el cliente debe haber terminado un programa de desintoxicación, si fuese necesario, y estar estabilizado médicamente antes de comenzar la terapia 3-S. Aunque se anticipa que el cambio cognitivo ocurra gradualmente durante el curso del tratamiento, el cliente debe entrar en la terapia 3-S con: (a) la disposición de examinar y alterar el proceso sumamente elaborado y mecánico (es decir, el esquema del yo adicto) que lo lleva al uso de drogas y a sufrimiento adicional; y (b) un interés en desarrollar y activar un esquema del yo espiritual para tener acceso rápido a pensamientos, sentimientos y conducta que son compatibles con la compasión, con prevenir de daño y promover la salud.

### **Duración recomendada del tratamiento**

Según descrito en este manual, la terapia 3 -S se lleva a cabo en el transcurso de 8 semanas, una vez por semana, en sesiones individuales de tratamiento de una hora. Hay también disponibles 8 sesiones grupales de una hora, que se guían a través del uso de un manual, que pueden implementarse de manera complementaria a las sesiones individuales. Dichas sesiones grupales no son sesiones independientes, sino que proveen una oportunidad adicional para que los clientes practiquen las destrezas aprendidas en las sesiones individuales. Se decidió que la duración del tratamiento fuese de ocho semanas principalmente para facilitar el traslado tecnológico a las instalaciones comunitarias de tratamiento contra drogas que operan bajo sistemas de cuidado dirigido que requieren la eficiencia en costo de las intervenciones cortas. Sin embargo, en lugares donde se deseen sesiones de tratamiento más largas, el manual de la terapia 3-S se adapta fácilmente para proveer menos material didáctico durante cada sesión, al ofrecer más oportunidades para la repetición y la práctica durante cada sesión y al proveer mayor oportunidad para que el terapeuta y el cliente discutan el material.

## **Características, estilo, tareas y adiestramiento que debe tener el terapeuta**

### ***Características, estilo terapéutico y tareas terapéuticas que debe tener el proveedor:***

La terapia 3-S está diseñada para que sea implementada por terapeutas con un interés en integrar la espiritualidad al tratamiento contra la adicción y contra la conducta de riesgo para contraer VIH, y son personas con experiencia en la aplicación de la terapia cognitiva, incluso el uso de la visualización dirigida y las estrategias para meditar. Utilizando el estilo terapéutico que se centra en el cliente, (Rogers, 1951), el cual es muy congruente con la psicología budista (Hayashi, Kuno, Osawa, & Shimizu, 1992), los terapeutas que practican 3-S tienen la finalidad de reflejar un entendimiento preciso y empático del mundo privado del cliente, y comunicar su compasión y consideración positiva incondicional hacia el cliente. A continuación se presentan tareas terapéuticas específicas:

1. Los terapeutas que practican la terapia 3-S tienen su propia práctica diaria que promueve la conciencia del momento presente (es decir, meditación, oración reflexiva, práctica contemplativa) y están dispuestos a dedicarle un par de minutos previos a cada sesión para centrarse en ellos mismos y a practicar la meditación *metta* (amor bondadoso) hacia el cliente (vea la sección separada sobre meditación *metta*).

2. Los terapeutas que practican la terapia 3-S tienen creencias espirituales y religiosas que son compatibles con el programa de desarrollo de la terapia 3-S.

3. Los terapeutas que practican la terapia 3-S muestran respeto por las creencias espirituales y religiosas del cliente y no tratan de convertir a sus clientes a que adopten sus creencias religiosas particulares. Colaboran con el cliente para que defina y elabore un esquema del yo espiritual que sea un reflejo y sirva para activar una “Naturaleza de Buda”, “Esencia de una Mente Universal” o “Poder Superior” fundamentalmente altruista que sea incompatible con el uso de drogas ilícitas y conducta de riesgo para contraer VIH. Los textos budistas proveen el ejemplo de un hombre pobre que pasa su diario vivir en la pobreza en búsqueda de comida, sin saber que lleva una piedra preciosa mágica cocida en el dobléz de su vestimenta. Alguien le dice dónde buscar y descubre la piedra preciosa que ha estado allí todo el tiempo e inmediatamente no la desea para nada (*Sarangama Sutra* según traducido en Goddard, 1938). En la terapia 3-S, la “piedra preciosa mágica” es la propia fuerza espiritual del cliente; sin importar la manera en que la experimente cada cliente. La tarea del terapeuta que interviene con personas adictas no es cambiar la naturaleza de la piedra preciosa, sino ayudar a los clientes a localizarla y a utilizarla en su propia recuperación.

4. Los terapeutas que practican la terapia 3-S utilizan un estilo terapéutico sin juzgar y enseñan a los clientes a ser más conscientes de la activación del esquema del yo, al convertirse en observadores de sus pensamientos, emociones y conductas individuales sin juzgar.

5. Los terapeutas que practican la terapia 3-S ayudan a los clientes a identificar de forma precisa el esquema del yo que les sirva para reconocer y desviar las infiltraciones del esquema del yo adicto, para reenfocar y activar su esquema del yo espiritual y para “llenar

la mente” con una conciencia de su yo espiritual o con su naturaleza verdadera.

6. Los terapeutas que practican la terapia 3-S: (a) demuestran la influencia que la meditación y la visualización tiene en los estados fisiológicos y psicológicos; (b) ayudan a los clientes a utilizar la conciencia del momento presente, la visualización y la meditación para interceptar pensamientos que se infiltran relacionados con la adicción y a elaborar y fortalecer los pensamientos, sentimientos y conductas asociados con el esquema del yo espiritual; (c) demuestran el poder de la oración, meditación, *mantras* y *mandalas*, para observar, analizar y vencer la experiencia del deseo por las drogas y demás estados afectivos negativos; (d) exhortan a los clientes a que asistan a los servicios religiosos ofrecidos en los centros de adoración escogidos por ellos y a practicar diariamente la oración o meditación para ayudarlos a lidiar con los eventos estresantes del diario vivir.

7. Los terapeutas que practican la terapia 3-S buscan, en todo momento, interactuar con y, por ende, activar el esquema del yo espiritual del cliente, a fin de elaborar y fortalecer dicho esquema del yo, y proveer al cliente feedback relacionado con las consecuencias interpersonales de dramatizar el atributo del yo espiritual que ha seleccionado. Por lo tanto, los terapeutas de la terapia 3-S se abstienen de interactuar con el esquema del yo adicto del cliente de manera tal que pueda fortalecerlo. Por ejemplo, los familiares, amigos, empleadores y hasta consejeros, que tienen un historial con el cliente que pudiera haber sido caótico o impredecible, pudieran tratar recelosamente al cliente, lo que aumentaría la actitud defensiva de éste y, por ende, mantendría activo el esquema del yo adicto en sus interacciones con el cliente. Por lo tanto, al hablar del uso de drogas del cliente, si ocurriese, los terapeutas de la terapia 3-S enseñan a los clientes a cómo observar su conducta a través del filtro del yo espiritual —el cual es benévolo en vez de punitivo— y a cómo observar su propia conducta, sin juzgar, a fin de interrumpir la parte mecánica y a propiciar la oportunidad para un cambio de conducta. Por lo tanto, en agencias de tratamiento contra abuso de sustancias, es recomendable que alguien independiente al terapeuta de la terapia 3-S se encargue de recoger las muestras de orina, monitorear el uso de drogas y llevar un registro de las infracciones al programa.

8. El terapeuta que practica la terapia 3-S entiende la relación entre las Cuatro Nobles Verdades, el Sendero Óctuple y los 10 *paramis* (perfecciones o cualidades espirituales requeridas para el sendero).

9. Durante las sesiones iniciales, el terapeuta determina el ritmo y el balance para presentar la información al cliente, de manera comprensible, basándose en las capacidades generales cognitivas y verbales del cliente. Específicamente los clientes con las características a continuación requerirán que el terapeuta modifique el vocabulario del material según sea el caso: a) personas cuyo idioma no es el español; b) niveles bajos de educación o destrezas de lectura; c) impedimento físico tal como limitación en la visión, audición, problemas de atención (es decir, que requiera que la presentación se ofrezca más lenta); y d) clientes con condiciones médicas (por ejemplo: dolor crónico que les ocasiona dificultad para mantenerse quietos).

10. El terapeuta que practica la terapia 3-S entiende y tiene la destreza para integrar el Noble Sendero Óctuple de la tradición budista con las creencias espirituales y las afiliaciones religiosas del cliente, si alguna. La terapia 3-S utiliza los principios budistas no sectarios y no teístas, principalmente los de la tradición Theravada. Los terapeutas de la

terapia 3-S entienden claramente lo anterior y así se lo comunican, sin ninguna reserva, al cliente. La intención no es “convertir” al cliente al Budismo. La validez de utilizar un marco de referencia budista es que se ajusta a personas de todos los niveles sociales, quienes sencillamente desean liberarse del sufrimiento (esto es, el deseo).

### *Adiestramiento*

Está disponible un conjunto de videodiscos digitales, libre de costo, con más de diecisiete horas de adiestramiento en cómo ofrecer la terapia 3-S. Esta serie de adiestramientos parte de la premisa que los terapeutas de la terapia 3-S son especialistas clínicos con experiencia previa y aptitudes sobre cómo impartir las técnicas terapéuticas de conducta cognitivas a los individuos que están en tratamiento contra la adicción. Por lo tanto, cubre únicamente los principios y prácticas que son específicas a la terapia 3-S. La serie de videos de adiestramiento ofrece instrucciones paso por paso e incluye ejercicios de práctica para los aprendices. Luego de completar la serie de videos de adiestramiento, se recomienda que los terapeutas de la terapia 3-S tengan sesiones de práctica de cómo impartir la terapia. Dichas sesiones podrían llevarse a cabo en presencia de un supervisor o podrían grabarse en vídeo y luego ser calificadas por el supervisor, utilizando las Escalas de Clasificación de Aptitudes y Fidelidad del Terapeuta. Luego de finalizar satisfactoriamente las sesiones de práctica y completar exitosamente la prueba que incluye la teoría, principios y prácticas relevantes, los terapeutas pasan a ofrecer, con una supervisión continua, la terapia 3-S a los clientes.

## ***Enfoques de evaluación***

### **Resultados del tratamiento**

Los siguientes resultados del tratamiento se pueden evaluar en lugares comunitarios de tratamiento: (a) motivación para la prevención de VIH; (b) conducta de alto riesgo de contagio de VIH tal como compartir parafernalia de droga y prácticas sexuales sin protección; (c) uso de drogas ilícitas (según reportado por el cliente y por pruebas de orina); (d) uso de alcohol (según reportado por el cliente y por pruebas de aliento).

### **Proceso de tratamiento**

#### **Evaluación del esquema del yo**

El primer paso para ser consciente del “sendero incorrecto” es hacer un inventario del yo adicto (cf. Alcoholics Anonymous World Services, 1976). Dicho proceso comienza en la primera sesión pidiéndole a los clientes que preparen una lista de atributos que describan su yo adicto. Según fue señalado anteriormente, nuestra investigación ha demostrado que, entre los clientes dependientes de la cocaína y la heroína, predominan los atributos negativos, tales como, “egoísta, malvado, indiferente” para describir su yo adicto (vea Avants & Margolin, 1995). Además de proveer una base para hacer comparaciones posteriores al tratamiento, completar la evaluación del esquema del yo ayuda a que los clientes entiendan el concepto del esquema del yo.

#### **Fidelidad y aptitud del terapeuta y dominio del cliente**

Determinar los beneficios de la psicoterapia requiere una evaluación continua de los niveles de destrezas de los terapeutas que ofrecen la terapia. Los terapeutas necesitan implementar el tratamiento de manera competente y ciñéndose lo más posible al manual de tratamiento. También es importante determinar hasta dónde los clientes entendieron los conceptos claves de la terapia según impartidos por el terapeuta. Para ello, se requiere grabar en audio o en vídeo las sesiones de tratamiento, una opción que no está disponible en muchas instalaciones comunitarias de tratamiento. Sin embargo, las agencias que deseen evaluar las destrezas del terapeuta y la comprensión del material por parte del cliente, las escalas de adherencia y aptitud del terapeuta están disponibles para cada sesión individual (vea las páginas a continuación).

### **Índices de predicción del tratamiento**

#### **Las creencias y prácticas espirituales y religiosas del cliente**

Se anticipa que los clientes que han mostrado un interés en buscar una senda espiritual para recuperarse de su adicción se beneficiarán más de la terapia 3-S que los que no tienen tal interés. Por lo tanto, es importante evaluar la motivación para la terapia 3-S. El Multidimensional Measurement of Religiousness/Spirituality for use in Health Research (Fetzer Institute/National Institute on Aging Working Group, Dearborn, MI, 1999) proporciona a los terapeutas de la terapia 3-S información importante que puede utilizarse no sólo en la integración de las metas terapéuticas de la terapia 3-S con las creencias y prácticas personales del cliente, sino también para determinar si la terapia 3-S es una buena alternativa de tratamiento para el cliente.



## ESCALAS DE EVALUACIÓN DEL TERAPEUTA DEL MODELO 3-S (y el "dominio" de los conceptos por parte del cliente)

Sesión #2: entrenamiento en "Dominio de la mente"

Fecha: \_\_\_\_\_

Terapeuta(s): \_\_\_\_\_ Evaluador(a) \_\_\_\_\_ Fecha de evaluación \_\_\_\_\_

Evalúe a los terapeutas en la escala que sigue:

**Fidelidad al manual**

0

ninguna

1

un poco

2

algo

3

considerable

4

extensa

**Aptitud del terapeuta y dominio del cliente:**

0

inaceptable

1

bajo el promedio

2

promedio

3

muy bien

4

excelente

<b>HASTA QUÉ PUNTO EL TERAPEUTA:</b>	<b>Fidelidad</b>	<b>Aptitud</b>	<b>Dominio del cliente</b>
1. Repasó el compromiso del cliente para seguir por un sendero espiritual.			
2. Repasó la sesión anterior.			
3. Repasó la práctica que el cliente hizo en casa desde la última sesión (si no hizo la asignación, modificó la señal, identificó ejemplos de la cualidad espiritual durante la semana, estimuló la práctica).			
4. Actuó como el "entrenador" del cliente.			
5. Proveyó las razones para el tema del día: entrenar la mente para el sendero espiritual requiere esfuerzo, conciencia del momento presente y concentración.			
6. Describió la "mente como mono" como la mente descontrolada que brinca de un lado a otro sin que el cliente tenga conciencia de ello.			
7. Explicó que retomar el control de la mente como mono del yo adicto requiere esfuerzo, lo que significa práctica.			
8. Enfatizó que conciencia del momento presente significa ser consciente de la mente como mono y reconocer cuándo el yo adicto está "activo" o en peligro de que se "active".			
9. Enfatizó que la meditación es un instrumento para concentrar la mente en el sendero espiritual (que, por ende, mantiene la mente como mono bajo control).			
10. Dio el fundamento para la meditación en la respiración.			
11. Demostró la meditación en la respiración.			
12. Determinó la capacidad del cliente para percibir los cambios de sensaciones producto de la respiración (y, de haber sido necesario, expandió el área de concentración para que incluyera toda la nariz).			
13. Se refirió al objeto de la meditación (respiración) como el "ancla" del cliente (poner atención en el ancla evita que las corrientes turbulentas del deseo lo arrastren).			
14. Ayudó al cliente a identificar algún estresor futuro, adecuado para practicar el uso del ancla.			
15. Guió al cliente en la visualización para utilizar la meditación enfocada en el ancla para lidiar con el estresor identificado.			
16. Ayudó al cliente a identificar un lugar apropiado para meditar diariamente.			
17. Asignó una práctica para hacer en casa [por ejemplo: asignó la cualidad de "esfuerzo" y meditación diaria, más las tareas de la semana anterior].			
18. Enfatizó la necesidad de la práctica en casa para entrenar el yo espiritual y fortalecer los músculos espirituales.			
19. Dio un breve resumen de la sesión.			
20. Demostró y dio el fundamento para el estiramiento 3-S.			
21. Siguió estrictamente el manual para esta sesión, incluso se circunscribió a las restricciones de tiempo de cada segmento.			
22. Interactuó con el yo espiritual del cliente (por ejemplo, sirviendo de modelo y mostrando compasión).			
Otro:			



## ESCALAS DE EVALUACIÓN DEL TERAPEUTA DEL MODELO 3-S (y el "dominio" de los conceptos por parte del cliente)

Sesión #3: "Dominio de la mente" (cont.) Interferencias del yo adicto Fecha: \_\_\_\_\_

Terapeuta(s): \_\_\_\_\_ Evaluador(a) \_\_\_\_\_ Fecha de evaluación \_\_\_\_\_

Evalúe a los terapeutas en la escala que sigue:

**Fidelidad al manual**

0

ninguna

1

un poco

2

algo

3

considerable

4

extensa

**Aptitud del terapeuta y dominio del cliente:**

0

inaceptable

1

bajo el promedio

2

promedio

3

muy bien

4

excelente

<b>HASTA QUÉ PUNTO EL TERAPEUTA:</b>	<b>Fidelidad</b>	<b>Aptitud</b>	<b>Dominio del cliente</b>
1. Repasó el compromiso del cliente para seguir por un sendero espiritual.			
2. Dio el fundamento para la meditación en la respiración.			
3. Demostró la meditación en la respiración (5 minutos).			
4. Repasó la sesión anterior.			
5. Repasó la práctica que el cliente hizo en casa desde la última sesión (si no hizo la asignación, modificó las señales, identificó ejemplos de la cualidad espiritual durante la semana, estimuló la práctica).			
6. Actuó como el "entrenador" del cliente.			
7. Dio el fundamento para el tema del día, enfatizando que las infiltraciones del yo adicto son de esperarse y que tener conciencia de ellas indica progreso.			
8. Identificó las señales tempranas para las infiltraciones del yo adicto y las escribió en la hoja de trabajo en el cuaderno del cliente.			
9. Destacó que el no seguir las recomendaciones de tratamiento era evidencia de la infiltración del yo adicto.			
10. Exhortó al cliente a predecir los intentos del yo adicto para sabotear su progreso espiritual (por ejemplo, ausentarse de las sesiones, mentir acerca del uso de drogas) y a escribirlos en la hoja de trabajo en el cuaderno del cliente.			
11. Explicó las técnicas para interrumpir el yo adicto: detención de pensamiento, observar y nombra, cambio de rutina (escribió los cambios de rutina en la hoja de trabajo en el cuaderno del cliente).			
12. Explicó cómo reenfocarse en el sendero espiritual.			
13. Ayudó al cliente a crear una oración significativa o alguna afirmación personal para reenfocarse en el sendero espiritual (la escribió en el cuaderno del cliente).			
14. Alentó y ayudó al cliente a escribir su afirmación personal en tarjetas y a colocarlas en diferentes lugares de la casa y en el carro.			
15. Explicó el dicho: "El planeta tierra es medicina".			
16. Brindó la oportunidad al cliente de tocar y comentar acerca de los hermosos objetos naturales (por ejemplo, conchas, rocas, hojas).			
17. Asignó una práctica para hacer en casa [por ejemplo, asignó la "ecuanimidad" como cualidad espiritual y el uso la afirmación personal. Más las tareas anteriores].			
18. Enfatizó la necesidad de la práctica en casa para entrenar el yo espiritual y fortalecer los músculos espirituales.			
19. Dio un breve resumen de la sesión.			
20. Demostró y dio el fundamento para el estiramiento 3-S.			
21. Siguió estrictamente el manual para esta sesión, incluso se circunscribió a las restricciones de tiempo de cada segmento.			
22. Interactuó con el yo espiritual del cliente (por ejemplo, sirviendo de modelo y mostrando compasión).			
Otro:			

## ESCALAS DE EVALUACIÓN DEL TERAPEUTA DEL MODELO 3-S (y el “dominio” de los conceptos por parte del cliente)

**Sesión #4:** “Moralidad” Cómo prevenir el daño a sí mismo y a los demás Fecha: \_\_\_\_\_

Terapeuta(s): \_\_\_\_\_ Evaluador(a) \_\_\_\_\_ Fecha de evaluación \_\_\_\_\_

Evalúe a los terapeutas en la escala que sigue:

**Fidelidad al manual**

0	1	2	3	4
ninguna	un poco	algo	considerable	extensa

**Aptitud del terapeuta y dominio del cliente:**

0	1	2	3	4
inaceptable	bajo el promedio	promedio	muy bien	excelente

<b>HASTA QUÉ PUNTO EL TERAPEUTA:</b>	<b>Fidelidad</b>	<b>Aptitud</b>	<b>Domino del cliente</b>
1. Repasó el compromiso del cliente para seguir por un sendero espiritual.			
2. Dio el fundamento para la meditación en la respiración.			
3. Demostró la meditación en la respiración (5 minutos).			
4. Repasó la sesión anterior.			
5. Repasó la práctica que el cliente hizo en casa desde la última sesión (si no hizo la asignación, modificó las señales, identificó ejemplos de la cualidad espiritual durante la semana, estimuló la práctica).			
6. Actuó como el “entrenador” del cliente.			
7. Dio el fundamento para el tema del día explicando que moralidad --no hacerse daño a sí mismo ni a los demás-- es la base del sendero espiritual.			
8. Explicó la activación automática del yo adicto conduce a daño físico como: VIH, hepatitis y ETS.			
9. Explicó por qué es necesario saber cómo prevenir el VIH, la hepatitis y ETS cuando se sigue por un sendero espiritual.			
10. Ayudó a que el cliente integre la motivación para prevenir el VIH y otras enfermedades con las creencias espirituales o religiosas del cliente: discutió el “poder protector” del yo espiritual.			
11. Explicó por qué el yo espiritual (por su motivación a no hacer daño) puede ayudar al cliente a aprender y a retener mejor la información sobre VIH y las destrezas que el yo adicto.			
12. Explicó la diferencia entre la reacción inconsciente cuando está en una situación de alto riesgo y la acción consciente (interrumpir la reacción al deseo o ansia lo suficiente para estar seguro y no ocasionar daño; por ejemplo: sacar tiempo para usar un condón).			
13. Dio el fundamento para el ejercicio – “esto también pasará”-- la impermanencia del ansia y el deseo; cómo si lo observa sin reaccionar, el mismo pasa.			
14. Proveyó la visualización adecuada para provocar el ansia o el deseo.			
15. Ayudó al cliente a experimentar cómo surgen y pasan las sensaciones provocadas por el deseo o el ansia.			
16. Aseguró que cualquier antojo incitado disminuirá antes de que el cliente se vaya de la sesión (por ejemplo: cuando se usa la respiración como “ancla”).			
17. Asignó práctica para hacer en casa [por ejemplo: asignó la “moralidad” como cualidad espiritual, asistir a sesiones de reducción daño de VIH, y a observar la impermanencia del deseo. Más las tareas anteriores].			
18. Enfatizó la necesidad de la práctica en casa para entrenar el yo espiritual y fortalecer los músculos espirituales.			
19. Dio un breve resumen de la sesión.			
20. Demostró y dio el fundamento para el estiramiento 3-S.			
21. Siguió estrictamente el manual para esta sesión, incluso se circunscribió a las restricciones de tiempo de cada segmento.			
22. Interactuó con el yo espiritual del cliente (por ejemplo, sirviendo de modelo y mostrando compasión).			
Otro:			







