



Universidad
Católica
de Valencia
San Vicente Mártir

Facultad de Psicología

Grado en Psicología

Trabajo de Fin de Grado

**PROPUESTA DE PROGRAMA DE
DESHABITUACIÓN DE COCAÍNA:
INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN
TRATAMIENTO INDIVIDUAL**

Presentado por: María del Carmen
Hernández Domínguez.

Tutor/a: Ángel Manuel Turbi Pinazo.

Valencia, a 3 de Junio de 2019

AGRADECIMIENTOS

- A mi profesor Ángel Manuel Turbi Pinazo, por ayudarme en todo aquello que he necesitado.
- A mis padres, por estar conmigo y apoyarme en todo momento.



Resumen

En la actualidad, el consumo de drogas constituye uno de los problemas de salud pública más importantes en el mundo occidental. En España, como en países del entorno, el consumo de cocaína se ha convertido en un problema de disposición creciente. Dicho trabajo versa sobre una propuesta de programa de deshabituación de cocaína, centrado en una intervención a nivel individual. Para ello, hemos considerado necesario llevar a cabo una búsqueda bibliográfica del tema propuesto, es decir, la cocaína como sustancia de abuso y sus tratamientos. El objetivo principal de esta propuesta de programa es la de proporcionar ayuda en el proceso de cambio para conseguir la deshabituación de cocaína. Indicar que no se ha implementado su puesta en marcha en la sociedad. No obstante, se encuentra totalmente dispuesta para ponerlo en funcionamiento en cualquier momento.

Palabras clave: intervención psicológica, deshabituación, cocaína, tratamiento individual, propuesta de programa.

Abstract

Today, drug use is one of the most important public health problems in the Western world. In Spain, as in neighbouring countries, cocaine use has become a growing problem. This work deals with a proposal for a programme to stop cocaine abuse, focusing on intervention at the individual level. To this end, we considered it necessary to carry out a bibliographic search of the proposed topic, i.e. cocaine as a substance of abuse and its treatments. The main objective of this program proposal is to provide assistance in the process of change to achieve the unabituation of cocaine. Indicate that its implementation has not been implemented in society. However, it is fully ready to put it into operation at any time.

Keywords: psychological intervention, unhabituation, cocaine, individual treatment, program proposal.

INTRODUCCIÓN

La cocaína constituye un alcaloide tropano cristalino que se extrae de las hojas de coca (arbusto denominado Eritroxilon coca (OMS, 1994).

Ésta presenta varias funciones cuando se somete a diversos tratamientos químicos, bien como droga o como anestésico local. La cocaína presenta un aspecto en forma de polvo muy fino de color blanquecino o marfil, la cual se esnifa. Es considerada una droga muy adictiva y tóxica, además de que es un estimulante, la cual provoca sensación de euforia y bienestar junto con un aumento de la energía y del nivel

de actividad motora, disminución del apetito y una estimulación del sistema cardiovascular (NIDA, 2010).

Los usos que a esta sustancia se les ha dado han sido muy diversos a lo largo del tiempo, los antiguos Incas en los Andes masticaban hojas de coca debido a que proporcionaban una ayuda para acelerar el ritmo de su respiración. Pasado un tiempo se distribuyó como alimento y como remedio para aliviar la tristeza (Pascual, 2001).

Por otro lado, encontramos que los indios obligados a trabajar en las minas de plata españolas los tuvieron bajo vigilancia con hojas de coca, de esta manera eran más fáciles de vigilar y explotar (Sichra, 2015).

El uso de las hojas de coca por parte de las culturas incas fue aprovechado por los descubridores españoles de las Américas para sacar provecho a nivel laboral de las tribus indígenas (Pascual, 2001).

En 1855, Friedrich Gaedcke fue quien intentó aislar el principio activo de la coca y la denominó "eritoxilina" debido a la planta (*Erythroxylum coca*). Más adelante, fue Albert Niemann en 1860, quien publicó en su tesis doctoral, el proceso por el cual aisló el principio activo de una manera más delicada que la utilizada por Gaedcke, donde detalló sus propiedades y le proporcionó el nombre característico de "cocaína".

La cocaína se obtiene de un arbusto de hoja caduca originario de los andes peruanos y bolivianos, no obstante, en la actualidad se cultiva en numerosos lugares como Colombia, Perú y Bolivia, seguido de Ecuador y Brasil (Ruiz, 2015).

Poco tiempo después, apoyándose en los descubrimientos precursores sobre las hojas de coca, la cocaína alcanzó una influencia social y científica, lo cual condujo a que fuera utilizada como tratamiento de algunas enfermedades, donde su primer uso fue como anestésico local (NIDA, 2018).

Uno de los casos más notorios fue el del psicoanalista Sigmund Freud, en 1880 promovió el uso de ésta para tratar la neurastenia, la fatiga de nervios, la depresión y la impotencia sexual (Pascual, 2001).

A raíz de la segunda mitad del siglo XX empieza la prohibición del uso de la cocaína, catalogándola entre una de las sustancias narcóticas.

Señalar que en la actualidad, el uso más habitual de la cocaína es como sustancia adictiva, una droga estimulante (Pascual, 2001).

Consideramos que el presente trabajo es de gran relevancia debido a que muestra un tipo de intervención psicológica con aspectos positivos para aquellas personas que presentan una adicción a la cocaína. Dicha propuesta de programa de tratamiento conllevará una serie de beneficios a nivel personal, familiar y en la sociedad.

Pretendemos que los pacientes alcancen la deshabituación del consumo de cocaína. Para ello, pretendemos lograr cambios en el estilo de vida y prevenir conductas de riesgo y de daños de aquellos sujetos que consumen cocaína. También dicho programa produce una mejora de la convivencia familiar/social, y una mejora en otras posibles adicciones concomitantes como: dependencias afectivas y adicciones comportamentales como el juego patológico, adicción al sexo, adicciones tecnológicas, etc. Otro de los objetivos de esta propuesta de programa es mantener y mejorar la integración social y laboral y proporcionando las capacidades y habilidades necesarias evitando así, posibles recaídas. Dicha propuesta será totalmente aplicable a la realidad, ya que está diseñada especialmente para aquellos sujetos que quieren llegar a lograr una deshabituación a cocaína.

COCAÍNA COMO SUSTANCIA DE ABUSO

TIPOS: DE LA HOJA DE COCA A LA COCAÍNA

Como bien sabemos, existen diversos tipos de coca y derivados, entre ellos se encuentran los siguientes (Lizasoain, Moro & Lorenzo, 2002):

- **Hojas de coca.** Su nivel de impregnación varía en función del contenido de las hojas de coca, de la preparación que se ha llevado a cabo, de si en la boca de la persona hay o no sustancias alcalinas y de la habilidad de la persona a la hora de llevar a cabo el proceso de masticación.
- **Pasta de coca,** también recibe el nombre de “sulfato de cocaína”, “pasta base” o “pasta”. Es el producto no selecto que deriva del primer procedimiento de extracción de la cocaína a partir de las hojas de coca. Se consigue gracias a la trituración de las hojas con ácido sulfúrico u otros productos químicos. Puede usarse para fumar y se aprovecha de base para la posterior preparación del clorhidrato de cocaína.
- **El clorhidrato de cocaína,** se adquiere utilizando como base la pasta tratada con ácido clorhídrico y haciendo uso para la extracción de acetona y etanol. Se muestra en forma de cristales membranosos blancos. Se utiliza de manera frecuente para consumirla esnifada, si bien también se usa de manera intravenosa. No se puede consumir de manera fumada, ya que ésta se descompone.

El consumo de cocaína por vía endovenosa también es habitual, y en determinadas ocasiones se dispone con heroína “speed ball” con el objetivo de impedir los efectos secundarios deplorables ocasionados por la cocaína.

- **Cocaína base**, encontramos que el “crack” es la otra manera de consumir la cocaína base. Ésta se consigue agregando amoníaco a un medio acuoso de clorhidrato de cocaína junto con bicarbonato sódico para llevar a cabo la alcalinización. Alcanza una temperatura de 98° C y aparece en forma de pasta, una vez realizado el proceso de secado posee aspecto de porcelana, la cual se fracciona en escamas. Se inhala en depósitos con alta temperatura o se fuma pulverizado junto con marihuana, tabaco en cigarros.
- **Basuco**, también denominado paco en Argentina, es un residuo que permanece al someter a extracción la cocaína pasta para obtener la cocaína base. Normalmente, el contenido de cocaína no alcanza el 1% y en ocasiones sólo se detectan partículas. Se puede encontrar mezclado junto con insecticidas, ladrillo molido, yeso, almidones, etc.

PREVALENCIA DE CONSUMO DE COCAINA

a. INFORME MUNDIAL (OMS, 2018)

Según la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2018), afirma que drogas como la cocaína cohabitan cada vez más junto con nuevas sustancias psicoactivas.

Según la OMS, 18 millones de personas llevaron a cabo un consumo en el año anterior en 2016. Además, afirma que se ha producido un considerable aumento en la producción de la cocaína. Los datos revelan que se produjo un aumento de un 56% en el transcurso de 2013 a 2016, siendo de 2015 a 2016 del 25%.

b. INFORME EUROPA (OEDT)

Según el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2018), afirma que la cocaína es la droga estimulante ilegal que se consume con mayor frecuencia en Europa, con un mayor predominio en los países del sur y el oeste. Se considera que aproximadamente 17 millones de adultos europeos (de 15 a 64 años), que corresponde al 5,1 % de dicho grupo han consumido cocaína en algún momento de su vida. Se figura que existen unos 2,3 millones de personas adultas jóvenes de 15 a 34 años, que atañe al 1,9% de dicho grupo de edad que han consumido esta sustancia durante los últimos 12 meses.

Países como Dinamarca, Irlanda, España, los Países Bajos y el Reino Unido han informado de una prevalencia del consumo de esta sustancia entre la

población de adultos jóvenes a lo largo de los últimos 12 meses del 2,5% o superior, donde Dinamarca posee un 3,9% de prevalencia, Irlanda un 2,9% y los Países Bajos un 3,7%. Podemos observar que España, nuestro país, se encuentra en la segunda posición con un 3%. No obstante, nos hayamos con un dato de relevante interés, Reino Unido presenta un 4% de prevalencia.

Una vez llevado a cabo un análisis evaluativo de las estadísticas de consumo de cocaína, hemos podido observar que los países con más baja tendencia a dicho consumo son Rumania con un 0,2%; Portugal y Eslovaquia con un 0,3%. Cabe señalar que Francia ha aumentado su tendencia con un 2,4%. (Ver anexo 1).

c. PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS (ESPAÑA)

Según la encuesta sobre alcohol y otras drogas en España (EDADES, 2017), 1 de cada 10 personas de 15 a 64 años admiten haber consumido cocaína en polvo en alguna ocasión a lo largo de su vida 10,3%. Señalar que en 2017, la edad media de inicio de consumo de dicha sustancia se ubica en 21,1 años. La prevalencia de personas que han consumido en los últimos 12 meses es del 2,2% y un 1,1% en los últimos 30 días. El consumo se encuentra de forma mayoritaria en hombres (3,2%) frente a las mujeres (0,8%).

Entre la población masculina se observa un notorio incremento en el grupo de 25 a 34 años se transita de un 3,3 a un 4,9%. No obstante, en el grupo de 35 a 44 años se produce un mantenimiento con un 4,6%. Entre los 55 a 64 años se origina un declive importante de un 1,1%.

En lo que respecta a la población femenina, se observa la máxima prevalencia en el grupo de 15 a 24 años y se conserva en el grupo de 25 a 34 años con un 1,4%. Sin embargo, se ocasiona un descenso de 55 a 64 años hasta el 0,2% (Ver anexo 2).

En lo que atañe a los nuevos consumidores, en 2017 comenzaron a consumir cocaína aproximadamente 85 000 personas.

Según la encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES, 2016), se ha observado que en 2016, un 3,2% de los estudiantes consumieron cocaína alguna vez en la vida; un 2,5% han consumido durante los últimos 12 meses; un 1% durante los últimos 30 días.

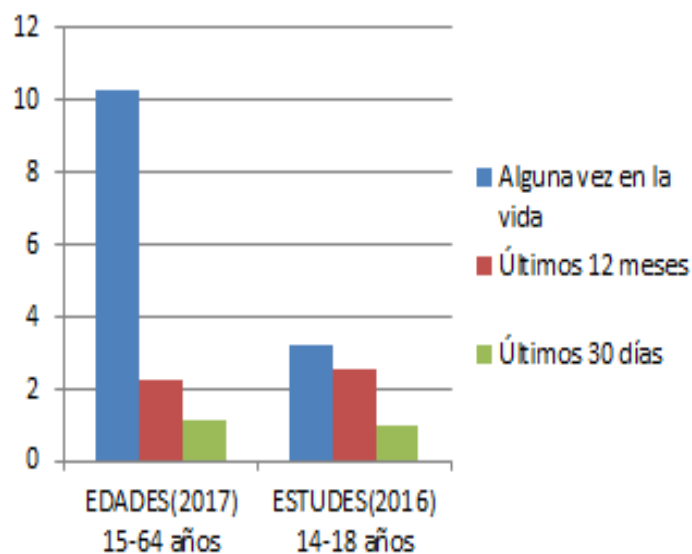
Además, se ha observado que el primer consumo de esta sustancia entre los estudiantes se ubica a los 15,1 años. No obstante, hasta 2004 dicha edad se

acercaba a los 16, y es a partir de ese año, que comienza a hallarse más cercana a los 15 años.

Se observa que el consumo de dicha sustancia se lleva a cabo un uso mayor entre la población masculina estudiantil. Se ha estimado que de cada 100 estudiantes que admiten haber ingerido esta sustancia en alguna ocasión en su vida, un 82,7 reconocen un consumo en el último año y 39 en los pasados 30 días.

La ocurrencia de dicho consumo se desarrolla a medida que se produce un aumento en la edad de los estudiantes, concretamente entre las edades comprendidas de 17 y 18 años, siendo más proclive entre los varones jóvenes.

Gráfico 1. Prevalencia de consumo de cocaína.



Nota: Elaboración propia. A partir de la encuesta sobre alcohol y otras drogas en España (EDADES, 2017) y la encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES, 2016).

d. Comunidad Valenciana

Según el Sistema Autòmic Valencià d'informació en Adiccions (2018), se observa que existe un 39% de personas que llevan a cabo un consumo de cocaína. Siendo los municipios de residencia que más efectúan dicho consumo Utiel y Requena, con un 33% y un 31%, respectivamente.

Se ha observado que aquellas personas solteras/os (46 %) o casados/as (28%) su porcentaje de consumo de cocaína es altamente mayor que aquellos que se encuentran separados/as (8%) o divorciados (5%).

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Según DSM-5 y CIE-11, la clasificación diagnóstica presenta diversos diagnósticos en relación con el consumo de cocaína.

Según los manuales estadísticos (APA), se ha podido observar una clara distinción entre el manual diagnóstico DSM-IV TR y el DSM-5. Las diferencias encontradas han sido las siguientes: por un lado, nos encontramos con que la diferenciación entre los términos dependencia y abuso quedan totalmente eliminadas y surge el diagnóstico exclusivo de Trastorno por consumo de estimulantes, incluyendo un subapartado de cocaína. Sin embargo, residen los términos Intoxicación por estimulantes y Abstinencia de estimulantes (Ver anexo 3).

La OMS ha mostrado la undécima edición de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud (CIE-11), la cual contiene los diversos patrones de consumo nocivo, desde episodios recurrentes hasta continuos y facilita las pautas de diagnóstico para la dependencia de sustancias (Ver anexo 4).

EFFECTOS DEL CONSUMO DE COCAÍNA

A lo largo del tiempo, hemos podido observar que la cocaína produce una serie de efectos tanto deseados, no deseados, a corto plazo, a largo plazo, físicos, psicológicos como sociales. Entre ellos, se encuentran las siguientes manifestaciones más habituales que son el resultado del consumo de cocaína (NIDA, 2018):

Tabla1: Efectos del consumo de cocaína.

<p>❖ DESEADOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sensación de euforia y excitación. - Mejor estado de ánimo. - Mínima percepción de fatiga. - Aumento de la sociabilidad. - Hiperactividad verbal y motora. 	<p>❖ A CORTO PLAZO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Energía y felicidad excesivas. - Alerta mental. - Hipersensibilidad sonido, visual y tacto. - Irritabilidad. - Paranoia 	<p>❖ FÍSICOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aparato cardiovascular: <ul style="list-style-type: none"> - Palpitaciones. - Bradicardia o taquicardia. - Arritmias. - Hipertensión. - Infarto de miocardio. ▪ Aparato respiratorio: <ul style="list-style-type: none"> - Taquipnea. - Respiración irregular. ▪ Aparato digestivo: <ul style="list-style-type: none"> - Anorexia. - Vómitos. - Náuseas. - Diarreas. ▪ Vista: <ul style="list-style-type: none"> - Miadrisis. - Vasoconstricción conjuntival. - Nistagmus vertical. ▪ A nivel neurológico: <ul style="list-style-type: none"> - Cefalea. - Ictus cerebral. - Hemorragia cerebral. - Convulsiones.
--	--	---

<p>❖ NO DESEADOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Depresión, la cual puede llevar al consumidor habitual al suicidio incluso a asesinar. - Psicosis. - Alucinaciones. - Fatiga. - Aumento del apetito. - Sueños desagradables. - Insomnio. - Lentitud al pensar. 	<p>❖ A LARGO PLAZO:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si la vía es pulmonar: <ul style="list-style-type: none"> - Tos. - Asma. - Inconvenientes para respirar. - Aumento del riesgo de padecer enfermedades tales como neumonía. ❖ Si la vía es oral: <ul style="list-style-type: none"> - Desgaste del intestino. ❖ Si la vía es intravenosa: <ul style="list-style-type: none"> - Aumento del riesgo de adquirir VIH, hepatitis C, y otras enfermedades que se transfieren por la sangre, infecciones en la piel, paralización de las venas. ❖ Si la vía es nasal: <ul style="list-style-type: none"> - Desgaste del olfato. 	<p>❖ PSICOLÓGICO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ansiedad. - Depresión. - Confusión. - Euforia. - Irritabilidad. - Conducta agresiva. - Alucinaciones táctiles y visuales - Alteraciones en el área de la percepción. - Convulsiones. - Reacciones paranoides. - Delirium. - Psicosis tóxica. - Labilidad emocional - Alteración de la autoestima. - Suicidio.
--	---	--

	<ul style="list-style-type: none"> - Hemorragias nasales. - Problemas para tragar. 	
--	--	--

Nota: Elaboración propia.

SÍNDROME DE ABSTINENCIA DEL CONSUMO DE COCAÍNA

Según González, Tumuluru, González-Torres & Gaviria (2015), el síndrome de abstinencia no constituye de manera general un cuadro grave, y que éste evoluciona en el período de tiempo entre las 18 horas y los 7 días, después de la interrupción o disminución del consumo continuo e intenso de la cocaína. Cuando transcurren las primeras 6-12 h suelen aflorar los siguientes síntomas: irritabilidad, dificultad de concentración, disforia, anorexia y síntomas depresivos. No obstante, en fases posteriores puede cursar junto con hiperfagia, anhedonia, astenia y aumento de la necesidad de consumo de cocaína.

Cabe destacar un aspecto vital, en el síndrome de abstinencia de la cocaína, en el caso de no haber dificultades, no suele hacer falta un tratamiento farmacológico concreto, no obstante, es primordial tratar determinados síntomas como el craving, la ansiedad o el insomnio.

PATOLOGÍA DUAL ASOCIADA AL CONSUMO DE COCAÍNA

Entendemos por patología dual (PD), una enfermedad que nombra la presencia simultánea de un trastorno por consumo de sustancias (TCS) y otros trastornos psiquiátricos, o la concurrencia de ambas disfunciones (Szerman, Marín-Navarrete, Fernández-Mondragón & Roncero, 2015).

Es de vital importancia distinguir entre el consumo de cocaína no relacionado a un trastorno por consumo (consumo de forma ocasional) o el consumo dentro del trastorno ya establecido.

Cabe señalar, que la presencia de un trastorno psiquiátrico concomitante o de psicopatología agregada a la drogodependencia provoca un progreso deficiente de la adicción. El mando de la adicción es considerado mucho más complicado en pacientes con más de un diagnóstico, debido a que tienen mayor riesgo de suicidio, mayor complicación para dar comienzo a la abstinencia y una mayor rigidez a recaídas (Ochoa, Molins & Seijo, 2018).

A continuación, vamos a ver cuáles son los trastornos que presentan una mayor comorbilidad con los trastornos por uso de cocaína (TUCC), los cuales se ven reflejados en el siguiente cuadro aclaratorio (Ochoa et al, 2018):

Tabla 2: Trastornos con mayor comorbilidad con los trastornos por uso de cocaína (TUCC)

PATOLOGÍA DUAL	AUTORES	HALLAZGOS
TUCC más Trastornos afectivos	Arias, Szerman, Vega, Mesías, Basurte, Morant, Ochoa, Poyo & Babin (2013)	Muchos de los consumidores de cocaína padecen sintomatología depresiva transitoria después de un periodo de consumo y a lo largo de la abstinencia.
TUCC más Trastornos de Ansiedad	Arias et al.,(2013)	Los trastornos de ansiedad que poseen un mayor predominio en pacientes por consumo de cocaína son la agorafobia, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de estrés postraumático y el trastorno de pánico.
	Ochoa et al.,(2018)	El consumo de cocaína puede llevar a cabo la manifestación de fobias, ataques de pánico, obsesiones y compulsiones.
TUCC más Esquizofrenia y otros Trastornos psicóticos	Ochoa et al., (2018)	La cocaína puede originar una psicosis o agravar si hay alguna existente. Además su consumo provoca una disminución en la efectividad de los neurolépticos y presenta un riesgo muy elevado de padecer distonía aguda y discinesia tardía.

TUCC más Trastornos de la Conducta Alimentaria Ochoa et al., (2018)

La cocaína posee efectos de la anorexia y puede originar un trastorno de la alimentación. Siendo un factor de riesgo característico de ambos, la impulsividad.

TUCC más Trastornos de Personalidad Arias et al., (2013)

Los trastornos de personalidad del Cluster B poseen una mayor prevalencia de dependencia de cocaína.

Ochoa et al., (2018)

Los consumidores de cocaína consideran determinarse por niveles altos en la escala de neuroticismo, así como impulsividad, depresión y psicoticismo.

Comín, Redondo, Daigre, Grau-López, Casas & Roncero (2016)

Las personas que padecen un trastorno de la personalidad antisocial están más expuestas a presentar una mayor rigidez de la adicción, surgimiento más temprano de la dependencia, aumento de problemas resultantes del consumo, mayor uso de la vía intravenosa y un mayor riesgo para el VIH.

TUCC más Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) Daigre, Roncero, Grau-López, Martínez-Luna, Prat & Valero (2013)

Los niños con TDAH poseen más posibilidades de desarrollar en la edad adulta un trastorno por consumo de sustancias. Se vincula con un comienzo más precoz en el

			consumo de sustancias, mayor riesgo de la adicción y mayor comorbilidad psiquiátrica
TUCC más cognitivas	Alteraciones	Tirapu-Ustárroz, Molina, Luna-Lario, Roig- Rovira & Pelegrin-Valero (2008)	García- La cocaína reduce el flujo sanguíneo cerebral, lo cual provoca alteraciones en las funciones cognitivas básicas.

Nota: Elaboración propia.

TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS Y PSICOLÓGICOS DE COCAÍNA

Como bien sabemos, la adicción a la cocaína resulta una enfermedad complicada que implica cambios biológicos en el cerebro así como múltiples problemas familiares, sociales y relacionados con su entorno personal. De esta manera, el tratamiento de la adicción debe de ser exhaustivo. Asimismo, aquellos pacientes que poseen cuantiosas adicciones con frecuencia presentan otros trastornos mentales presentes que precisan intervenciones a nivel conductual o farmacológico (NIDA, 2010).

Según García (2008), el tratamiento de la dependencia a la cocaína se encuentra formado por dos fases: la fase de desintoxicación o interrupción del consumo y la fase de deshabitación, en la cual su objetivo es prevenir las recaídas en el consumo.

En lo que concierne a la fase de desintoxicación, exige que el diseño del plan de tratamiento sea individualizado. Se ha de señalar al inicio de éste, si el tratamiento será hospitalario o ambulatorio. Normalmente, la elección es ambulatoria. No obstante, existen determinadas situaciones que guían a la hospitalización, tales como fracasos previos en tratamiento ambulatorio, comorbilidad orgánica grave, solicitud expresa del paciente, etc.

Un aspecto importante a señalar son las modalidades de tratamiento destinados a aquellas personas que posean trastornos adictivos por cocaína.

Según Casete & Climent (2014), primero da comienzo en la modalidad ambulatoria y en numerosas ocasiones la mayoría del transcurso de intervención se lleva a cabo desde un centro ambulatorio, con prevalencia de las intervenciones sociales para cerciorar el cambio en un estilo de vida desde la abstinencia, creando un nuevo círculo social y realizando actividades reconfortantes, con el objetivo final de prevenir recaídas en el consumo.

Por otro lado, nos encontramos ante la intervención desde la modalidad semirresidencial, la cual es considerada como un tratamiento de mayor intensidad que el ambulatorio, debido a que su asistencia es diaria y de manera continua, con actividades de un elevado contenido terapéutico con horario establecido donde tienen un compromiso respecto al cambio y a acudir allí.

Además, también existen los recursos de modalidad residencial, las cuales son las comunidades terapéuticas y las unidades de hospitalización que normalmente se hayan vinculadas a unidades de psiquiatría. En dichos recursos, el paciente presenta atención completa de los diversos profesionales y evaluación psiquiátrica; con esto se logra que el paciente esté retirado del ambiente que antes se relacionaba, utilizándolo como un tiempo de descanso. Ayudándoles a controlar, ya que no poseen disponibilidad ni posibilidad de llevar a cabo nuevos consumos.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Tabla 3: Tratamientos farmacológicos eficaces, útiles y probablemente eficaces

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	
FÁRMACOS EFICACES	En la adicción a la cocaína no consta un tratamiento farmacológico que pruebe su validez. Por lo tanto, todo ello colabora con la variedad de tratamientos psicológicos (Caballero, 2005).
FÁRMACOS ÚTILES	<ul style="list-style-type: none"> - Risperidona (Antagonista dopaminérgico). - Topiramato (Anticonvulsivo). - Disulfiram. - Buprenorfina (Opioide semisintético)
FÁRMACOS A LA ESPERA DE CONFIRMAR EFICACIA	<ul style="list-style-type: none"> - Tiagabina (Anticonvulsivo Progabaérgico). - Vigabatrina (Anticonvulsivo). - Baclofeno (Eutimizante). - Anfetaminas (Estimulante). - Propanolol

- | | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none">- Aripiprazol (Antipsicótico atípico).- Ondansetrón- Vacuna anticocaína |
|--|--|

Nota: elaboración propia. A partir de las guías clínicas de Socidrogalcohol basadas en la evidencia científica.

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

Según el NIDA, las terapias psicológicas son elementos decisivos para el tratamiento efectivo de la adicción, en tanto el tratamiento farmacológico es considerado como un componente significativo del tratamiento para muchos pacientes, principalmente cuando se dispone con terapias conductuales (National Institute on Drug Abuse, 2010).

A continuación, vamos a realizar una revisión de los tratamientos psicológicos utilizados hasta el momento. Nos vamos a centrar en los tratamientos considerados como eficaces para el tratamiento de la adicción a la cocaína y especialmente en aquellos que han sido acreditados por la evidencia empírica.

El enfoque multicomponente de refuerzo comunitario (CRA) + “vouchers”:

Según Secades, García, Álvarez, Río, Fernández & Carballo (2006), dicho enfoque es considerado un tratamiento multicomponente que dispone de terapia cognitiva y terapia conductual. Estas terapias utilizan incentivos secundarios al tratamiento y al logro de cada una de las metas, es decir, son un proceso de economía de fichas donde las fichas o “vouchers” pueden ser cambiados por aquello que el paciente necesite. No obstante, no se les provee dinero en efectivo.

Es conceptualizada como una terapia detallada para pacientes dependientes de cocaína que vincula la terapia de incentivo al enfoque de refuerzo comunitario en representación de programa de manejo de contingencias o terapia de incentivo con fichas canjeables por reforzadores.

Los componentes principales de la terapia son:

1. Terapia del incentivo
2. Habilidades de afrontamiento de consumo de cocaína
3. Cambios en el estilo de vida
4. Asesoramiento en relaciones de pareja
5. Consumo de otras drogas
6. Tratamiento de otros trastornos

Se aplica de manera individual y en función de las necesidades del paciente podrá variar la disposición y el número de sesiones.

Los componentes clave de esta intervención son los siguientes:

1. Utilización de incentivos con elevado valor de refuerzo a cambio de análisis de orina negativos.
2. Entrenamiento en las sesiones semanales
3. Refuerzo de logros alcanzados

Indicar que el programa de reforzamiento comunitario ha sido aceptado como tratamiento psicológico bien establecido.

En lo que respecta, a los tratamientos probablemente eficaces nos encontramos con los siguientes: la terapia cognitivo-conductual (TCC); prevención de recaídas (P/R) y entrevista motivacional (EM).

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC):

Contiene técnicas y estrategias cognitivas y conductuales destinado a aquellas personas que deseen dejar la cocaína y mantener la abstinencia. No obstante, la TCC ha verificado su eficacia como técnica de tratamiento para aquellos pacientes que presentan diferentes patologías.

Según Carroll (2001), la TCC expone los trastornos adictivos desde el modelo del condicionamiento y del aprendizaje social, las conductas adictivas son conductas sobre aprendidas que pueden explicarse y transformarse de la misma forma que otros hábitos, dependiendo de los estímulos que las anteceden y de las consecuencias garantes de su mantenimiento. El objetivo de dicha técnica es cambiar la manera en que el paciente piensa, siente y actúa. Las técnicas de la TCC más aludidas para el tratamiento de la adicción a la cocaína son las intervenciones cognitivas y el entrenamiento en habilidades. Presenta una duración aproximada de entre 12-16 sesiones. Las sesiones mejor en formato individual para garantizar la adaptación de las necesidades de cada paciente consumidor de cocaína. Aunque también hay un tratamiento con sesiones grupales con una mayor duración de 90 minutos. El tratamiento se gestiona en ámbito ambulatorio, sin embargo también hay Comunidades Terapéuticas con programas grupales de P/R destinado a pacientes que se haya en la fase última de salida, en ellos se trabajan situaciones de la vida real.

Señalar que la TCC se considera compatible con otros tipos de tratamientos.

Los contenidos clave de la TCC son:

1. Base cognitiva y conductual
2. Enseñanza de nuevas habilidades para el afrontamiento
3. Entrenamiento sobre situaciones de la vida real

El objetivo principal consiste en conferir al paciente de las habilidades de afrontamiento y autocontrol necesarias para poder desenvolverse en situaciones de riesgo ocasionadas por los estímulos que originan el deseo intenso de consumir.

La Prevención de Recaídas (P/R):

El modelo de Prevención de Recaídas fue expuesto por Marlatt y Gordon (1985).

La recaída se origina cuando el sujeto se expone a una situación de riesgo y no es capaz de responder con las estrategias de afrontamiento apropiadas para garantizar el mantenimiento de la abstinencia (Marlatt & Donovan, 2005).

Su objetivo es que el paciente aprenda a prever y afrontarse a los problemas que pueden acarrearle a una recaída.

Según Castilla (2016), la PR presenta 3 elementos esenciales:

1. Estrategias de entrenamiento en habilidades, las cuales contienen estrategias cognitivas y conductuales para hacer frente a situaciones de alto riesgo (SAR).
2. Métodos de reestructuración cognitiva creados para facilitar al paciente pensamientos alternos a los que le incitan al consumo de la sustancia, estrategias de imaginación para descubrir situaciones de riesgo y estrategias para afrontar el efecto de violación de la abstinencia (EVA).
3. Estrategias de reequilibrio del estilo de vida para aumentar las actividades alternativas al consumo de sustancias.

Señalar que el transcurso de extinción del deseo forma una parte significativa del proceso de deshabitación, puesto que los dependientes de cocaína afirman poseer un impulso hacia la sustancia arduo de oponerse. Por ello, la intervención expone a detectarlo y a afrontarlo.

Se puede conceptualizar la P/R como una intervención general sobre el estilo de vida. La aplicación de los programas de P/R puede ser de manera grupal o individual.

Los contenidos clave de la P/R son:

1. Divergencia entre fallo esporádico y recaída.
2. Situaciones de alto riesgo (SAR): Identificación, evitación y afrontamiento.
3. Entrenamiento en habilidades de afrontamiento

Programa Matrix:

El modelo de tratamiento ambulatorio Matrix (MM) fue desarrollado en los años 80 como respuesta al creciente aumento de personas que acudían al sistema sanitario con dependencia a cocaína o metanfetaminas (Obert, McCann, Marinelli-Casey, Weiner, Minsky, Brethen & Rawson, 2000).

Se haya establecido en una actitud terapéutica motivacional prolongada, en la cual no se confronta al paciente ni se responsabiliza por su adicción o recaídas. Se fundamenta en una buena relación terapeuta-paciente (NIDA, 2010).

El modelo se encuentra apoyado en teorías cognitivo conductuales, técnicas de prevención de recaídas, terapia motivacional, apoyo social y educación ámbito familiar, así como el programa de apoyo de los 12 pasos. El modelo estima necesario un contacto frecuente con el tratamiento, así como 4-5 sesiones semanales y con una duración mínimo de 4 meses.

Según Zarza, Obert, Rawson & Palau (2010), los puntos básicos del modelo Matrix son los siguientes:

1. Construir una relación terapéutica motivacional, positiva y cooperante con el paciente.
2. Progreso de una organización manifiesta, fundada en expectativas reales.
3. Instrucción psicoeducativa a pacientes y ámbito familiar.
4. Formación y entrenamiento en técnicas cognitivo-conductuales.
5. Refuerzo positivo de conductas objetivo.
6. Participación familiar.
7. Participación en grupos de autoayuda.
8. Control semanal del consumo.

En lo que atañe, al número de sesiones cambia en función de la versión de Matrix que se realice uso.

Cabe señalar que el modelo Matrix ha sido sugerido por el NIDA (2001,2009), debido a que se trata de un modelo psicosocial que contiene una variedad de elementos psicoterapéuticos y de apoyo social.

MODELO TRANSTEÓRICO DE CAMBIO DE PROCHASKA Y DiCLIMENTE

En 1982, Prochascka y Diclimente fundaron el modelo transteórico de cambio, el cual proporciona una descripción acerca de cómo se ocasiona el cambio de conducta.

El cambio de conducta implica una sucesión de cambio premeditado que cursa con diferentes fases o estadios.

Presenta la posibilidad de plantear estrategias de intervención variadas dependiendo del momento en que se encuentre el paciente en su transcurso hacia el cambio de su conducta adictiva, fomentando de esta manera la intención del paciente para cambiar su conducta.

Prochaska & Diclimente (1982), exponen un modelo tridimensional, el cual compone tres áreas bien diferenciadas entre ellas:

1. Estadios de Cambio

- Estadio de Precontemplación: No hay conciencia del problema.
- Estadio de Contemplación: Surge conciencia del problema.
- Estadio de Preparación: Implicación a renunciar a su conducta adictiva y disminución de manera gradual de la dosis ingerida.
- Estadio de Acción: Compromiso estable hacia el tratamiento.
- Estadio de Mantenimiento: Mantenimiento y fijación de los cambios logrados junto con la prevención de recaídas en el consumo.

2. Procesos de Cambio: Los procesos de cambio expresan cómo o de qué forma se ocasionan estos cambios. Son todas las actividades encubiertas o mostradas que lleva a cabo el individuo para cambiar la conducta de adicción.

3. Niveles de Cambio: Aluden a todos aquellos cambios que son precisos para dejar la conducta de adicción.

Una vez vistos los estadios de cambio del Modelo Transteórico de Prochaska y Diclemente, veremos la importancia que presenta la Entrevista Motivacional para llegar a originar ese cambio en la conducta e ir avanzando en los diferentes estadios.

La entrevista motivacional (EM):

La entrevista motivacional es un tipo de intervención directiva, presentando un estilo centrado en el paciente, para causar el cambio de comportamiento, al ayudarlo a averiguar y solucionar la ambivalencia que le provoca su problema. Se lleva a cabo en un ambiente, en el cual el profesional al comienzo escucha de forma empática, para entender la perspectiva del paciente y reducir la resistencia de éste. Facilitando que el cliente se sitúe hacia el deseo de cambiar y fomentando su percepción de eficacia (Miller & Rollnick, 2008).

Según Torres (2010), los principios generales de la Entrevista Motivacional son:

1. Expresar empatía
2. Establecer discrepancia

3. Prevenir la discusión
4. Proporcionar un giro a la resistencia
5. Promover la autoeficacia

PROPUESTA DE PROGRAMA DE DESHABITUACIÓN DE COCAÍNA: INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN TRATAMIENTO INDIVIDUAL.

El programa se llevará a cabo en un marco ambulatorio para el conjunto de los usuarios, considerando de manera inusual la posibilidad de llevarlo a cabo de forma residencial al comienzo, siempre y cuando el perfil del usuario o los apoyos sociales no se adapten adecuadamente al tratamiento ambulatorio.

El tiempo de tratamiento considerado es de 4 meses.

DESTINATARIOS:

El programa va dirigido a usuarios adultos mayores de 25 años, de ambos sexos, los cuales realizan un abuso de cocaína como forma única de consumo o bien añadida de otros estimulantes, los cuales han desarrollado una dependencia severa a dichas sustancias.

OBJETIVOS

Para la implementación del programa de deshabituación a cocaína presente, se ha tenido en cuenta los objetivos estratégicos de la Estrategia Nacional sobre Adicciones (2017-2024). Adaptados a nuestro programa planteando los siguientes:

Objetivo general: Proporcionar ayuda en el proceso de cambio para conseguir la deshabituación de cocaína.

Objetivos específicos:

- Promover conductas y hábitos de vida saludables.
- Desarrollar habilidades y capacidades personales que disminuyan la vulnerabilidad frente al consumo de cocaína y otras conductas capaces de ocasionar adicción.
- Detectar tempranamente y prevenir los consumos de mayor riesgo.
- Proporcionar estrategias de prevención y educación para la salud.
- Incrementar la capacidad para solucionar conflictos y abordar dificultades.
- Reestructurar ideas irracionales.
- Aprender técnicas de prevención de recaídas.
- Mantener la abstinencia.

- Llevar un estilo de vida autónomo y satisfactorio.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Cumplir los criterios de dependencia de la cocaína de forma exclusiva o policonsumo con adicción a sustancia principal a la cocaína según el DSM-5 (Ver anexo 3).
- Ser adultos mayores de 25 años de edad.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Los criterios de exclusión para dicho programa de tratamiento son los siguientes:

1. La inviabilidad de concluir en el uso de drogas, debido a multivariables o factores a pesar de varios intentos realizados. Derivando al usuario al recurso asistencial más apropiado.
2. Cualquier crisis de tipo físico o psicológico a lo largo de la etapa de abuso de cocaína que propondrán el ingreso en ámbito hospitalario.
3. La carencia de apoyos psicosociales apropiados para favorecer la interrupción del uso de la sustancia y el apoyo a tratamiento ambulatorio.

HORARIO

La propuesta de programa en régimen ambulatorio presenta un horario de atención idóneo a las características y necesidades del perfil de usuario.

El horario de atención dominante se da durante la tarde/noche, así de este modo posibilita asistir a las actividades terapéuticas sin cesar la jornada formativa o laboral formalizada.

FASES DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DE DESHABITUACIÓN A COCAÍNA

El programa de tratamiento de deshabituación de cocaína se desarrolla y estructura teniendo en cuenta las siguientes fases:

- **Fase de Evaluación y Diagnóstico:** Aclarar la demanda del usuario y llevar a cabo una recogida de toda la información relevante para la obtención posterior del diagnóstico. Se considera muy importante proveer la integración tanto al usuario como a su entorno familiar en el plan de tratamiento (Asociación Proyecto Hombre, 2008).

- **Fases Pre y Motivacional:** Favorecer el proceso personal de motivación al cambio en el estilo de vida del usuario, empoderando a cada paciente. Para ello, el usuario pasará por diferentes periodos (González et al., 2015):

- 1. Período de abatimiento o "crash":**

- 2. Periodo de abstinencia:**

- Prematura
- Medía y tardía

- 3. Período de extinción**

- **Fase de Prevención de Recaídas:** Ayudar a los usuarios a prever y hacer frente a los problemas de recaídas en el proceso de cambio de las conductas adictivas.

Según Marlatt & Donovan (2005), señalan que existen diferentes variables predisponentes, entre las cuales se hayan la historia familiar del paciente, el apoyo familiar, las características de personalidad entre otras. Dichas variables de vulnerabilidad intervienen en los procesos cognitivos, estados afectivos y estrategias de afrontamiento que surgirán en una situación de riesgo, las cuales pueden favorecer o impedir la aparición del consumo.

Podemos observar que los factores determinantes establecidos por Marlatt en la recaída son (Marlatt, Parks & Witkiewitz, 2002; Marlatt & Donovan, 2005): (Ver anexo 17).

En el caso de llegar a originarse la situación en la que el usuario no se encuentra preparado para hacer frente con éxito a una situación de alto riesgo, la posibilidad de que se produzca una recaída en posteriores circunstancias aumentará a causa de que ha disminuido su percepción de autoeficacia y por la antelación de expectativas positivas en relación al consumo usual de la sustancia (Becoña & Cortés, 2011).

Es aquí donde se ocasionará el "efecto de la violación de la abstinencia" (EVA), el cual según Castilla (2016) es un proceso donde seguidamente de una experiencia de recaída los sujetos sienten emociones tales como tristeza y decepción que contribuyen a reducir su percepción de autoeficacia. Este proceso se determina por dos elementos: una discrepancia cognitiva (conflicto y culpa) y un efecto de atribución personal (culpa a sí mismo como causante de la recaída).

- **Fase “ Alta Terapéutica” y Evaluación del Programa:** Recibir el alta terapéutica implica que el usuario mantiene abstinencia y posee una serie de principios que dirigen su vida, los cuales son incompatibles con el consumo de sustancias o los comportamientos adictivos, reincorporándose a la sociedad como miembros activos. Se reconoce que se ha llevado a cabo un esfuerzo fundamental para el cambio y necesario, siendo el principio de una nueva vida.

DESCRIPCIÓN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DE DESHABITUACIÓN DE COCAÍNA

La intervención consiste en un plan de tratamiento de deshabituación de cocaína con un total de 14 sesiones individuales y 5 sesiones de intervención con los familiares.

Si bien, el número de sesiones con el paciente puede fluctuar en función de en qué estadio se encuentre cada uno/a.

Antes de dar comienzo al programa de deshabituación de cocaína señalar que los usuarios a los que van dirigidos este programa, se encuentran en diferentes estadios de cambio: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento.

Para ello, aquellos que se encuentren en el estadio de precontemplación o bien en contemplación serán derivados a un Pre-programa Motivacional, donde a través de Entrevista Motivacional el terapeuta le proporcionará ayuda y guiará al usuario a que examine y resuelva su ambivalencia con respecto al consumo de cocaína.

Dicho Pre-programa Motivacional se sustentará en los principios de la Entrevista Motivacional descritos anteriormente.

Indicar que cuando dichos usuarios estén dispuestos a ejecutar el cambio, pasarán al estadio de preparación, y podrán seguir con el Programa de tratamiento de deshabituación a cocaína presente.

Aquellos usuarios que se localicen en el estadio de preparación-acción pasarán a la sesión 4, donde se trabaja el elevado deseo de consumo “craving” y los que se encuentren en el estadio de acción-mantenimiento pasarán directamente a la sesión 7, donde nos ocuparemos de la Prevención a Recaídas.

La incorporación y derivación se explica esquemáticamente en anexo 5.

En el plan de tratamiento de deshabituación a cocaína que a continuación se va a desarrollar, señalar que un aspecto primordial consiste en la alianza terapéutica entre usuario y terapeuta.

FASE DE EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO

SESION 1

- **Objetivos:**

- Presentar a usuario y acompañantes el programa de deshabituación a cocaína.
- Llevar a cabo entrevista clínica adaptada semiestructurada.
- Realizar una evaluación de la gravedad de la dependencia a la sustancia.
- Administrar el consentimiento informado.

- **Desarrollo:**

Se lleva a cabo una presentación formal tanto del terapeuta como del usuario y sus respectivos familiares. El objetivo de dicha sesión consiste en informar al usuario y a los familiares en qué va a consistir el plan de tratamiento al cual el paciente va a someterse.

Se lleva a cabo la primera recogida de información a través de una entrevista clínica adaptada semiestructurada (Ver anexo 6). Se aplica el EUROPASI (Bobes, González, Saiz & Bousoño, 1996) con la finalidad de evaluar la gravedad de la dependencia que el sujeto presente (Ver anexo 7). A continuación, administramos el contrato terapéutico al paciente para que autorice a las personas de su entorno y éstas puedan ser informadas de la evolución del mismo (Ver anexo 8). Además, podemos realizar otra entrevista por separado con los acompañantes del paciente, siempre y cuando el usuario muestre su consentimiento. Así de esta manera, lograremos recoger toda la historia del problema.

- **Duración:** 1 h y 30 min.
- **Materiales:** Despacho acondicionado y dotados de material de escritorio con buenas condiciones ambientales.

Intervención con familias

SESIÓN 1F:

- **Objetivos:**

- Informar sobre las dos siguientes sesiones de evaluación y objetivos de las mismas.
- Aclaración de dudas sobre posibles tratamientos.

- **Desarrollo:**

Se informa a los acompañantes del paciente tras previo consentimiento informado de las dos siguientes sesiones de evaluación y sus respectivos objetivos. Además, llevaremos a cabo una aclaración de dudas sobre los posibles tratamientos.

- **Duración:** 1 hora.
- **Materiales:** Despacho acondicionado y dotados de material de escritorio con buenas condiciones ambientales.

SESIÓN 2

- **Objetivos:**
 - Administrar cuestionario clínico MCMI-IV (Millon, Grossman & Millon, 2018).
 - Evaluar el estadio de cambio actual del paciente.
 - Informar al usuario de que una vez por semana o cuando se considere oportuno puede realizarse un análisis de orina.

- **Desarrollo:**

Se aplica el Inventario Clínico Multiaxial de Millon “MCMI-IV” (Millon, Grossman & Millon, 2018) para la evaluación de la personalidad y psicopatología en personas de población clínica, el cual recoge escalas del consumo de sustancias. El MCMI-IV evalúa una extensa escala de dominios distinguidos en relación con los trastornos de la personalidad contenidos en el DSM-5 y CIE-11, y los síndromes clínicos más importantes.

Se evaluará el estadio de cambio en el que el usuario se encuentra para saber si es factible solicitar un cambio de comportamiento o si por el contrario, el usuario se encuentra en una fase prematura (estadio de precontemplación-contemplación).

En esta sesión se informará a los usuarios que durante el plan de tratamiento una vez por semana o cuando se considere oportuno tendrán que aportar una muestra de orina para el análisis de drogas.

- **Duración:** 1 h y 30 min.
- **Materiales:** Despacho acondicionado y dotados de material de escritorio con buenas condiciones ambientales, test reactivos de orina, etc.

FASE MOTIVACIONAL

SESIÓN 3

- **Objetivos:**

- Devolver al usuario la información obtenida.
- Explicar objetivos concretados al usuario.
- Iniciar el Plan de Intervención Individual (PII) o derivación a pre-programa motivacional u otros recursos.

- **Desarrollo:**

Esta sesión se utiliza para la devolución de la información conseguida a través de los instrumentos utilizados en las sesiones anteriores. Explicándole los objetivos concretados al usuario.

Además, daremos comienzo al Plan de Intervención Individual (PII) para cada usuario, orientado a favorecer el desarrollo y/o mantenimiento de sus capacidades, su adaptación al entorno y a proporcionarle apoyos que mejoren su calidad de vida. Para ello, en la sesión se trabajará a través de una ficha (Ver anexo 9).

Tras las evaluaciones pertinentes llevadas a cabo en las dos primeras sesiones, se realizará screening y se derivará a cada uno de los pacientes a programa o sesión adecuada a su estadio de cambio.

Al finalizar las dos primeras sesiones, en caso de sospecha o evidencia de trastorno mental debemos derivar al paciente al área de psiquiatría para su consiguiente evaluación y tratamiento farmacológico en su caso. En dicho caso, una vez que haya recibido el consecuente tratamiento puede acudir a realizar el tratamiento de deshabituación de cocaína.

- **Duración:** 1 hora.
- **Materiales:** Despacho acondicionado y dotados de material de escritorio con buenas condiciones ambientales, test reactivos de orina, etc.

Aquellos usuarios que no presenten conciencia del problema del uso de cocaína (precontemplativos y contemplativos) serán dirigidos a un Pre- Programa Motivacional para que el usuario se proponga dejar la conducta de adicción.

En el Pre- Programa Motivacional se trabajarán los siguientes aspectos:

- **Objetivos:**

- Concienciar del problema del consumo de cocaína.
- Entender el concepto de ambivalencia.

- Analizar los pros y contras de llevar a cabo el consumo de cocaína.

- **Desarrollo:**

El usuario aprenderá a entender el concepto de ambivalencia y los pros y contras de realizar el consumo.

Explicaremos al usuario que el concepto de ambivalencia consiste en una lucha interna entre el deseo de no depender de la cocaína y el impulso de consumir.

Una vez detallado el concepto, le diremos al usuario que complete una ficha "Cuadro de ventajas y desventajas" del consumo de cocaína (Ver anexo 10). Así de esta manera, podremos trabajar con los posibles obstáculos que el usuario presente.

- **Duración:** 1 hora.
- **Materiales:** Despacho acondicionado y dotados de material de escritorio con buenas condiciones ambientales.

No obstante, aquellos que se encuentren en el Estadio de Preparación-Acción pasarán a la sesión 4 (fase motivacional) donde se ayudará al usuario en su proceso de motivación al cambio en su estilo de vida.

Intervención con familias

SESIÓN 2F:

- **Objetivos:**

- Hablar sobre cuestiones relevantes de tratamiento.
- Discutir temas con carga emocional.
- Explicar la importancia de manejar los diferentes estados emocionales.

- **Desarrollo:**

Hablamos tanto con el usuario como con sus acompañantes sobre cuestiones importantes de tratamiento, así como para que ambas partes tengan la oportunidad de contar cuestiones necesarias y discutir temas con carga emocional. Así de esta manera, el terapeuta explicará el nivel de importancia que presenta el manejo de los diferentes estados emocionales.

- **Duración:** 1 hora.
- **Materiales:** Despacho acondicionado y dotados de material de escritorio con buenas condiciones ambientales.

SESIÓN 4

- **Objetivos:**

- Promover un cambio en el estilo de vida.
- Fomentar hábitos de vida saludables
- Realizar un análisis de actividades biopositivas para el usuario.

- **Desarrollo:**

Nos centramos en hablar al paciente acerca de que debe llevar a cabo una planificación a corto plazo de actividades placenteras. Para esto, se realiza un análisis de las actividades biopositivas pasadas, presentes y futuras. Con esta actividad se quiere conseguir que el usuario efectúe un cambio en su vida, llevando a cabo actividades nuevas o bien volviendo a ejecutar actividades que antes hacía y actualmente no.

Con la finalidad de que el usuario disponga de tiempo para pensar tranquilamente que actividades les gustaría retomar o simplemente comenzar a realizar, le pediremos que para el próximo día como tarea para casa apunten una lista de actividades, exponer porqué ha sido esa su elección y especificar qué nivel de dificultad le va a suponer ejecutar cada actividad.

- **Duración:** 1 hora.
- **Materiales:** Despacho acondicionado y dotados de material de escritorio con buenas condiciones ambientales.

SESIÓN 5

- **Objetivos:**

- Analizar y afrontar el deseo de consumir cocaína ``craving`` para que desaparezca.
- Comprender qué es un disparador del deseo de consumir cocaína.
- Entender la relevancia de variar determinadas conductas.
- Aprender y aplicar técnicas de parada de pensamiento para evitar el proceso que lleva hasta el craving.
- Fomentar habilidades de educación para la salud.

- **Desarrollo:**

El usuario aprenderá a comprender que es un ``disparador``, la importancia de cambiar determinadas conductas y técnicas de parada de pensamiento. Le

explicaremos que existen determinadas personas, ambientes, circunstancias o emociones que se vinculan a ese consumo habitual de cocaína. Si se encuentran cerca, ello puede ocasionar deseo de consumo “craving” y acabar en recaída.

Para ello, le proporcionamos al paciente una hoja en la cual hay una lista de disparadores y les pediremos que señalen cuáles presentan. (Ver anexo 11).

Le explicamos la importancia que tiene el evitar dichos disparadores y la organización de su tiempo.

Además, le manifestamos que tendrá que llevar a cabo una modificación en sus conductas para evitar que se dispare ese deseo de consumo.

Le hablaremos también acerca del principio de parada de pensamiento, donde el usuario deberá impedir la sucesión que va desde el disparador hasta el pensamiento de consumo, de ahí al deseo y terminando en consumo.

Por ello, le explicaremos técnicas de parada de pensamiento para parar el curso entre pensamiento de consumo y el deseo cuando se presente un disparador de consumo. Así de esta manera, parando los pensamientos tendrán la oportunidad de elección de hacerlo o no. (Ver anexo 12).

- **Duración:** 1 hora.
- **Materiales:** Despacho acondicionado y dotados de material de escritorio con buenas condiciones ambientales.

SESIÓN 6

- **Objetivos:**
 - Recuperar actividades establecidas en el pasado y nuevas.
 - Explicar la relevancia de la organización a lo largo del día.
 - Aumentar las habilidades para el manejo de los estados emocionales.
 - Aprender a identificar y expresar emociones de manera correcta.

- **Desarrollo:**

Damos comienzo a la sesión, preguntando al paciente si ha realizado la tarea que tenía que llevar a cabo la semana pasada. Una vez que el paciente nos haya expuesto la lista de actividades que le gustaría hacer y su nivel de dificultad, le diremos que esta semana comenzará haciendo aquellas que le supongan una menor dificultad e irá incrementando el nivel de dificultad cada semana transcurrida. Así de esta manera, lograremos recuperar las actividades que antes realizaba el paciente y actividades nuevas.

En esta sesión, además le explicamos al usuario la relevancia que presenta la organización en su día a día. Le exponemos que organizarse es una parte primordial del transcurso de recuperarse. Llevando una buena organización y planificando las actividades que va a llevar a cabo a lo largo del día hará que logre alcanzar una abstinencia prolongada.

Le exponemos la importancia de apuntar las cosas que has planificado en una agenda, así de esta manera eres capaz de hacer lo que piensas y planificas en lugar de hacer lo que te apetece en un momento determinado. (Ver anexo 13).

- **Duración:** 1 hora.
- **Materiales:** Despacho acondicionado y dotados de material de escritorio con buenas condiciones ambientales.

SESIÓN 7:

- **Objetivos:**

- Explicar los conceptos de comportamiento pasivo, asertivo y agresivo.
- Exponer la definición de asertividad y el decálogo de los derechos asertivos.
- Proporcionar técnicas asertivas.
- Aprender a decir "NO" (asertividad) en situaciones de riesgo.

- **Desarrollo:**

La presente sesión nos servirá para la introducción de recaídas, le explicaremos al usuario los conceptos de comportamiento pasivo, asertivo y agresivo. A continuación, le explicamos en qué consiste la asertividad y le proporcionaremos el "Decálogo de los Derechos Asertivos" (Ver anexo 14).

Además, trabajaremos en consulta una serie de técnicas asertivas para ponerlas en práctica en su día a día (Ver anexo 15).

Para concluir la sesión, le explicamos al paciente una serie de normas útiles para decir "NO" al consumo de cocaína.

- **Duración:** 1 hora.
- **Materiales:** Despacho acondicionado y dotados de material de escritorio con buenas condiciones ambientales.

Aquellos usuarios que se encuentren en el Estadio de Acción-Mantenimiento irán destinados a la sesión 8, al mantenimiento de los cambios

realizados alcanzados en el estadio anterior. Siendo su principal objetivo la fase de prevención de recaídas en el consumo de cocaína.

Intervención con familias:

SESIÓN 3F:

- **Objetivos:**

- Informar del proceso a los acompañantes.
- Obtener información acerca de cómo ellos consideran que el usuario lleva el proceso.

- **Desarrollo:**

Daremos comienzo a la sesión, informando a los acompañantes sobre el proceso que el usuario va a llevar a cabo. Además, nos centraremos en la obtención de información sobre cómo ellos piensan que el paciente lleva el proceso de deshabituación de cocaína.

- **Duración:** 1 hora.

- **Materiales:** Despacho acondicionado y dotados de material de escritorio con buenas condiciones ambientales.

SESIÓN 8

- **Objetivos:**

- Comprender que la recaída es un proceso, no un acontecimiento puntual.
- Identificar factores y situaciones riesgo de recaída.
- Reforzar logros alcanzados hasta el momento.
- Mantener la abstinencia.

- **Desarrollo:**

Se expone al paciente que la recaída es un proceso natural y no un suceso puntual, donde antes que se produzca esa recaída y se llegue al consumo de cocaína, se producen una serie de síntomas previos que pueden adelantarlo. Dichos síntomas pueden servirnos de ayuda para llevar a cabo una detección temprana y una prevención de la recaída en el consumo a cocaína.

Para ello, le proporcionaremos una ficha "Los 10 peligros más frecuentes" donde tienen que leer una serie de situaciones que pueden llevar a la recaída y marcarán con una cruz aquellas que terminan ocasionando un consumo de la sustancia (Ver anexo 16). Además, deben de escribir otras situaciones que

no salgan manifestadas pero que el paciente presente. A continuación, nos centraremos en reforzar los logros obtenidos hasta el momento.

- **Duración:** 1 hora.
- **Materiales:** Despacho acondicionado y dotados de material de escritorio con buenas condiciones ambientales.

PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

SESIÓN 9

- **Objetivos:**

- Conocer los factores determinantes ambientales-intrapersonales de recaídas y cómo hacerles frente.
- Llevar a cabo una psicoeducación sobre cómo se sienten en determinados momentos.
- Mantener la abstinencia.
- Reforzar al usuario por los logros obtenidos.

- **Desarrollo:**

Le exponemos al paciente cuáles son los factores determinantes ambientales-intrapersonales de recaída (Ver anexo 17), a los que tienen que hacer frente para no presentar una recaída.

A continuación, le explicamos que es normal que en determinadas ocasiones se sientan vulnerables en gran medida hacia lugares, personas, situaciones y emociones. Esa vulnerabilidad es una consecuencia normal del periodo en el cual mantenía contacto con la cocaína y con las situaciones vinculadas al consumo.

Además, le indicaremos que manteniendo la abstinencia conseguiremos lograr que las situaciones de riesgo que en ocasiones pueden aparecer se debiliten, llevando un estilo de vida saludable. Poner en acción alternativas puede debilitar las situaciones de riesgo que al principio son muy intensas.

Al final de la sesión, reforzamos al usuario por los logros conseguidos hasta el momento, enfatizando que debe estar muy orgulloso de haber conseguido atravesar periodos de tiempo y situaciones complicadas sin llevar a cabo ese consumo de cocaína.

- **Duración:** 1 hora.

- **Materiales:** Despacho acondicionado y dotados de material de escritorio con buenas condiciones ambientales.

SESIÓN 10:

- **Objetivos:**

- Conocer los factores determinantes interpersonales de recaída.
- Comprender que no tener presente los motivos que nos condujeron a extinguir el consumo de cocaína constituyen un factor de riesgo.
- Conseguir mantener la motivación y expectativas de autoeficacia.

- **Desarrollo:**

Al comienzo de la sesión, el usuario conocerá cuales son los factores determinantes interpersonales que llevan a recaída (Ver anexo 17).

A continuación, le explicaremos al usuario que cuando la persona alcanza la abstinencia y la mantiene durante un tiempo, las consecuencias positivas de no consumir comienzan a atenuarse o a perder fuerza, mientras tanto los efectos positivos del consumo penetran en la conciencia del usuario con mayor insistencia. Para ello, debemos trabajar en la importancia que presenta el hecho de por qué se ha tomado la decisión de abandonar el consumo de cocaína.

Deberán escribir en un folio los motivos por los cuáles he decidido dejar de consumir, y se les dará una ficha ´´Recuadro: Consecuencias positivas y negativas de consumir o no consumir´´ (Ver anexo 18).

- **Duración:** 1 hora.
- **Materiales:** Despacho acondicionado y dotados de material de escritorio con buenas condiciones ambientales.

SESIÓN 11:

- **Objetivos:**

- Entender la relación entre pensamiento, emoción y comportamiento.
- Prestar atención a pensamientos y emociones y analizar cuáles se vinculan al consumo de cocaína.

- **Desarrollo:**

Se realiza una exploración del estado general del usuario, analizando los pensamientos, emociones y sensaciones que el sujeto ha experimentado a lo largo del tratamiento. La sesión se centró en exponer al paciente la relación que

existe entre pensamientos, emociones y comportamientos. Para ello, le decimos al paciente que preste atención tanto a los pensamientos como a las emociones, es decir, que sea capaz de observarlos y examinarlos. Así de este modo, el usuario sea capaz de reconocer qué pensamientos y emociones se encuentran vinculados con el consumo de cocaína.

- **Duración:** 1 hora.
- **Materiales:** Despacho acondicionado y dotados de material de escritorio con buenas condiciones ambientales.

SESIÓN 12

- **Objetivos:**

- Plantear estilos de afrontamiento adaptativos para las situaciones de riesgo.
- Saber que cada situación de riesgo puede ser afrontada de diversas maneras, lo cual puede llegar a contribuir a dar determinada confianza al usuario.

- **Desarrollo:**

Vamos a trabajar aquellas maneras de enfrentarse a las situaciones de riesgo que pueden terminar en una recaída. Por ello, es idóneo desarrollar estrategias que involucren un afrontamiento activo.

En primer lugar, le explicamos al paciente que toda persona que aspira a acabar con el consumo de cocaína se enfrenta a situaciones que le producen una dificultad a la hora de conservarse abstinente. Por ello, en esta sesión le exponemos al paciente una lista de situaciones que suelen ocurrir, y les proporcionamos una serie de alternativas para no recaer en el consumo de cocaína. En esta sesión, le preguntamos al usuario qué situación es la más complicada para él, y que tipo de solución adoptaría.

- **Duración:** 1 hora.
- **Materiales:** Despacho acondicionado y dotados de material de escritorio con buenas condiciones ambientales.

Intervención con familias

SESIÓN 4F

- **Objetivos:**

- Explicar la importancia que tiene su participación en un programa de prevención de recaídas.

- Aprender a concebir esas situaciones que predicen una recaída y se muestren atentos al respecto.
- Saber cómo actuar cuándo detectan una situación de riesgo.

- **Desarrollo:**

En esta sesión, nos centramos en explicar la importancia que tiene su participación en un programa de prevención de recaídas. Les presentaremos una serie de síntomas que anticipan una recaída (Ver anexo 19). Además, deben saber cómo actuar cuando descubren esos pequeños cambios. Para ello, deben anotar en un folio aquellas soluciones que pueden adoptar ante el riesgo de consumo de su familiar.

- **Duración:** 1 hora y 30 minutos.
- **Materiales:** Despacho acondicionado y dotados de material de escritorio con buenas condiciones ambientales.

SESIÓN 13

- **Objetivos:**

- Evaluar el progreso del usuario.
- Examinar las habilidades de prevención de recaídas.
- Proporcionar refuerzo positivo a los logros conseguidos.
- Mantener la abstinencia.
- Intervenir en caso de posible crisis.

- **Desarrollo:**

Nos vamos a centrar en dos cuestiones:

1. Observar el progreso del usuario.
2. Llevar a cabo una intervención en caso de que se haya ocasionado una crisis.

En el caso de que el usuario se esté recuperando de manera correcta, esta sesión estará enfocada a la evaluación del progreso, examinar las habilidades de prevención de recaídas, proporcionar refuerzo positivo a los logros alcanzados por el usuario y determinar áreas en las que el usuario puede optimizar.

Por otro lado, aquellos pacientes que presentan dificultades en lo que atañe a la recuperación o ha sentido una crisis a nivel personal, se centrará la sesión en tratar dichas cuestiones, proporcionándole tiempo al usuario para que

nos exponga que ocurre y así de esta manera elaborar un plan para ayudar a mantener o volver a la recuperación.

- **Duración:** 1 hora.
- **Materiales:** Despacho acondicionado y dotados de material de escritorio con buenas condiciones ambientales.

FASE DE ALTA TERAPÉUTICA

SESIÓN 14

- **Objetivos:**

- Reforzar los cambios de comportamiento conseguidos a lo largo del tratamiento.
- Reconocer al paciente los esfuerzos realizados y la superación de situaciones complicadas.
- Proporcionar al paciente un diploma simbolizando el fin del plan de tratamiento.

- **Desarrollo:**

En la última sesión de intervención, vamos a llevar a cabo una comparación de en qué circunstancias se encontraba el usuario cuando llegó por primera vez a consulta y cómo se encuentra en estos momentos, observando los logros obtenidos en la actualidad. Esta sesión se centrará en reforzar de manera positiva los cambios alcanzados y el esfuerzo que el usuario ha realizado a lo largo del proceso de tratamiento. Finalmente, le comentamos que a pesar de que lleve meses abstinentes, si en cualquier momento piensa que hay riesgo de recaída o bien presenta algún tipo de problema y no sabe cómo resolverlo puede llamarnos o bien acudir aquí a consulta. Finalmente, le daremos al usuario un diploma para que cada vez que lo observe vea que ha podido conseguir el objetivo que en un principio deseaba, anular el consumo de cocaína.

- **Duración:** 1 hora.
- **Materiales:** Despacho acondicionado y dotados de material de escritorio con buenas condiciones ambientales.

Intervención con familias:

SESIÓN F5:

- **Objetivos:**

- Informar sobre el proceso y los objetivos que ha cumplido el usuario.
- Enseñar las analíticas semanales realizadas y sus correspondientes test de orina negativos.
- Comentar que a partir de la 7ª semana de tratamiento se ha valorado la abstinencia del usuario.

- **Desarrollo:**

En esta sesión, nos centramos en informar a los acompañantes acerca del proceso y los distintos objetivos que ha cumplido el usuario. De paso, le enseñaremos las analíticas semanales llevadas a cabo y sus respondientes test de orina negativos. Finalmente, le comentamos que ha sido durante la 7ª semana de tratamiento cuando se lleva a cabo la correspondiente valoración de la abstinencia.

- **Duración:** 1 hora.
- **Materiales:** Despacho acondicionado y dotados de material de escritorio con buenas condiciones ambientales.

CRONOGRAMA (Ver anexo 20).

EVALUACIÓN: PROCESOS Y RESULTADOS

La presente propuesta de programa de deshabituación de cocaína no se ha implementado en la sociedad. No obstante, indicar que está totalmente dispuesta para ponerla en funcionamiento en cualquier momento, ya que las condiciones para el probable éxito del programa se dan.

Para ello, llevaríamos a cabo una evaluación de la estructura del presente programa, lo cual permite identificar la utilidad y contribución de cada uno de los recursos utilizados en el desarrollo del programa.

Según Martínez & González (2001), la evaluación se puntualiza como el procedimiento por el cual se establecen cambios fundados a partir de una intervención con sustento en la comparación entre el estado actual y el previsto. Se pretende conocer qué tanto un programa, proyecto o institución ha conseguido cumplir sus objetivos previstos o bien qué tanta cabida poseería para cumplirlos.

Una evaluación de programas consiste en una metódica investigación del mérito, valor o éxito de intervenciones llevadas a cabo para ocasionar cambios del comportamiento en diferentes contextos (Martínez, 2015).

Los objetivos de llevar a cabo el proceso de evaluación son (Ubillos & Goiburu, 2010):

- Responsabilidad
- El perfeccionamiento de programas
- Fomento de conocimientos básicos

Según la Evaluación Final de la Estrategia Nacional sobre Drogas (2000-2008).

El protocolo de evaluabilidad se mide a través de las siguientes áreas:

1. Calidad de planificación (Ver anexo 21)
2. Calidad de sistema de información (Ver anexo 22)
3. Claridad en propósitos de evaluación (Ver anexo 23)

La evaluación del proceso aporta información acerca de las actividades y métodos más adecuados para la consecución de los objetivos planteados en un principio. Para ello, se evalúa (Tejada, 2004):

1. La adecuación de las diferentes actividades realizadas.
2. La utilidad de diversas dinámicas empleadas.
3. La eficacia de las estrategias desarrolladas.

Según Ubillos (2005), los pasos para la evaluación del proceso son los siguientes:

1. Listado de aspectos a evaluar (Ver anexo 24).
2. Diseño de instrumentos de medida (Ver anexo 25).
3. Administración del instrumento de medida.
4. Análisis e interpretación de datos (Ver anexo 26).
5. Redacción de un informe de evaluación (Ver anexo 27).

RESULTADOS

La evaluación de los resultados permite adquirir información y examinar el cumplimiento de las propuestas para cada uno de los objetivos específicos del programa en términos de su actividad, su eficacia y validez para extraer conclusiones que posibiliten retroalimentar la gestión del programa (Varela, Ruano, Cerdá, Blasco, Gutiérrez & Ibarгойen, 2007).

Señalar que los indicadores de resultados de la presente propuesta de programa serán los siguientes:

- La tasa de abandonos.
- La tasa de Alta Terapéutica.
- Los resultados positivos y negativos en los test de orina.

Los pasos para llevar a cabo la evaluación de resultados serán los siguientes:

1. Identificar objetivos específicos y metas del programa.
2. Establecer los indicadores de resultados del programa.
3. Recoger y procesar la información sobre los indicadores de resultados.
4. Comparar la información de los indicadores de resultados al final del programa con los indicadores al comienzo de la formulación del mismo.
5. Examinar cómo se cumplieron los objetivos específicos del programa.
6. Registrar la información adquirida en el documento de registro de cumplimiento de los resultados del programa.

CONCLUSIONES Y LIMITACIONES

Las aportaciones más relevantes que la propuesta de programa de deshabituación de cocaína presente realiza son las siguientes:

En primer lugar, llevar a cabo una intervención psicológica terapéutica sistemática y estructurada con pacientes adultos mayores de 25 años, respetando su estadio de cambio por lo que toda intervención se encuentra adaptada de manera individual al momento del usuario, superando las limitaciones de otros tipos de intervenciones que generalizan como pueden ser las grupales o residenciales en comunidad terapéutica.

En segundo lugar, otra aportación que lleva a cabo es la inclusión de los familiares o acompañantes al tratamiento respetando en todo momento la intimidad del paciente. Así de esta manera, conseguimos orientar al profesional hacia las causas que ocasionaron el consumo de cocaína, aportando información adicional del usuario y proporcionándoles estrategias para saber cómo actuar en caso de posibles recaídas.

En último lugar, y no por ello menos importante, señalar que la principal limitación ha sido que la propuesta de programa de deshabituación de cocaína no se ha llevado a cabo, por lo que la eficacia real no la conocemos aunque tal y como aparece en el trabajo tenemos prevista la evaluación de procesos y resultados.

Otra limitación encontrada es que en el trabajo con personas consumidoras de cocaína conlleva la dificultad de la recaída, la cual limita una sistematización completa

de la intervención, de ahí que se haga hincapié en reducir al máximo dicha limitación con pautas y estrategias de prevención de recaídas.



REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (5ª ed.)*. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.
- Arias, F., Szerman, N., Vega, P., Mesías, B., Basurte, I., Morant, C., Ochoa, E., Poyo, F. & Babin, F. (2013). Cocaine abuse or dependency and other psychiatric disorders. Madrid study on dual pathology. *Revista Psiquiatría Salud Mental*, 6(3): 121-8.
- Asociación Proyecto Hombre (2008). *Evaluación de los programas de cocaína de la Asociación Proyecto Hombre*. Madrid, España: Proyecto Hombre.
- Becoña, E. & Cortés, M. (2011). *Manual de Adicciones para Psicólogos Especialistas en Psicología Clínica en Formación*. Barcelona, España: Socidrogalcohol.
- Bobes, J., González, M.P., Saiz, P.A. & Bousoño, M. (1996). Índice Europeo de Severidad de la Adicción: EuropASI. Versión española. *Actas de la IV Reunión Interregional de Psiquiatría*; 201-218.
- Caballero, L. (2005). *Adicción a cocaína: Neurobiología clínica, diagnóstico y tratamiento*. Madrid, España: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Carroll, K.M (2001). *Un enfoque cognitivo-conductual: el tratamiento de la adicción a la cocaína*. Madrid, España: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción.
- Casete, L. & Climent, B. (2014). *Cocaína: Guías clínicas Socidrogalcohol basadas en la evidencia científica*. Barcelona, España: Socidrogalcohol.
- Castilla, P. (2016). La prevención de recaídas desde el modelo de Marlatt. Aportaciones desde el trabajo social. *Trabajo Social Hoy*, 1(77), 109-133.doi: 10.12960/TSH.2016.0006
- Comín, M., Redondo, S., Daigne, C., Grau-López, L., Casas, M. & Roncero, C. (2016). Clinical differences between cocaine-dependent patients with and without

antisocial personality disorder. *Psychiatry Research*, 11(246): 587-592.doi: 10.1016/j.psychres.2016.10.083

Daigre, C., Roncero, C., Grau-López, L., Martínez- Luna, N., Prat, G. & Valero, S. (2013). Attention déficit hyperactivity disorder in cocaine-dependent adults: a psychiatric comorbidity analysis. *The American Journal on Addictions*, 22(5):466-73.doi: 10.1111/j.1521-0391.2013.12047.x

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2000). *Evaluación Final de la Estrategia Nacional sobre Drogas (2000-2008)*. Madrid, España: Ministerio de Sanidad y Política Social. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2017). *EDADES 2017: Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España (EDADES), 1995-2017*. Madrid, España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2017). *Estrategia Nacional sobre Adicciones (2017-2024)*. Madrid, España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2018). *INFORME 201: Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España: Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), 1994-2016*. Madrid, España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

García, O. (2008). *Eficacia del programa de reforzamiento comunitario (CRA) más incentivos para el tratamiento de la adicción a la cocaína*. (Tesis doctoral). Universidad de Oviedo, Asturias, España.

González, I., Tumuluru, S., González-Torres, M.A. & Gaviria, M. (2015). Cocaína: una revisión de la adicción y el tratamiento. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(127), 555-571. doi:10.4321/S0211-57352015000300008

- Lizasoain, I., Moro, M.A. & Lorenzo, P. (2002). Monografía cocaína: Aproximación histórica a la cocaína. Cocaína: aspectos farmacológicos. *Adicciones*, 14(1), 35-47. doi: <https://doi.org/10.20882/adicciones.513>
- Marlatt, G.A. & Donovan, D.M. (2005). *Relapse Prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviours* (2nd ed.). New York, Estados Unidos: The Guilford Press.
- Marlatt, G.A., Parks, G.A. & Witkiewitz, K. (2002). Clinical Guidelines for Implementing Relapse Prevention Therapy. *Addictive Behaviors Research Center*, 84(2), 191-215.
- Martínez, C. & González, A. (2001). *La evaluación para la mejora de la calidad de los centros educativos*. Madrid, España: Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED).
- Martínez, C. (2015). *Evaluación de programas e instituciones. Algunos enfoques*. Madrid, España: Facultad de Educación UNED.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2008). *La Entrevista Motivacional. Preparar para el Cambio de Conductas Adictivas*. Barcelona, España: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.
- Millon, T., Grossman, S. & Millon, C. (2018). *MCMI-IV: Inventario Clínico Multiaxial de Millon-IV*. Madrid, España: Pearson clinical.
- National Institute on Drug Abuse (2010). *Cocaína: Abuso y adicción*. Recuperado de: <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/cocaina-abuso-y-adiccion/que-es-la-cocaina>
- National Institute on Drug Abuse (2010). *Principios de tratamientos para la drogadicción: Una guía basada en las investigaciones*. Recuperado de: <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/principios-de-tratamientos-para-la-drogadiccion/principios-de-tratamientos-eficaces>

National Institute on Drug Abuse (2018). *¿Qué es la cocaína?* Recuperado de:
<https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/la-cocaina>

Obert, J., McCann, M.J., Marinelli-Casey, P., Weiner, A., Minsky, S., Brethen, P. & Rawson, R. (2000). The Matrix Model of outpatient stimulant abuse treatment: History and description. *Journal of Psychiatric Drugs*, 32(2), 157-164.

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2018). *Informe Europeo sobre Drogas 2018: Tendencias y novedades*. Lisboa, Portugal: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías.

Ochoa, E., Molins, S., Seijo, P. (2018). *Guías clínicas basadas en la evidencia científica. Comorbilidad psiquiátrica en adicciones: Trastornos por uso de sustancias y otros trastornos mentales*. Madrid, España: Socidrogalcohol.

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2018). *Resumen, conclusiones y consecuencias en materia de políticas: Informe mundial sobre las drogas (2018)*. Recuperado de:
https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_ExSum_Spanish.pdf

Organización Mundial de la Salud (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Madrid, España: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud (2018). *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11). Estandarización mundial de la información de diagnóstico en el ámbito de la salud*. España: Organización Mundial de la Salud.

Pascual, F; Torres, M; Calafat, A. (2001). Aproximación histórica a la cocaína. De la coca a la cocaína. *Adicciones*, 13 (2), 7-22.

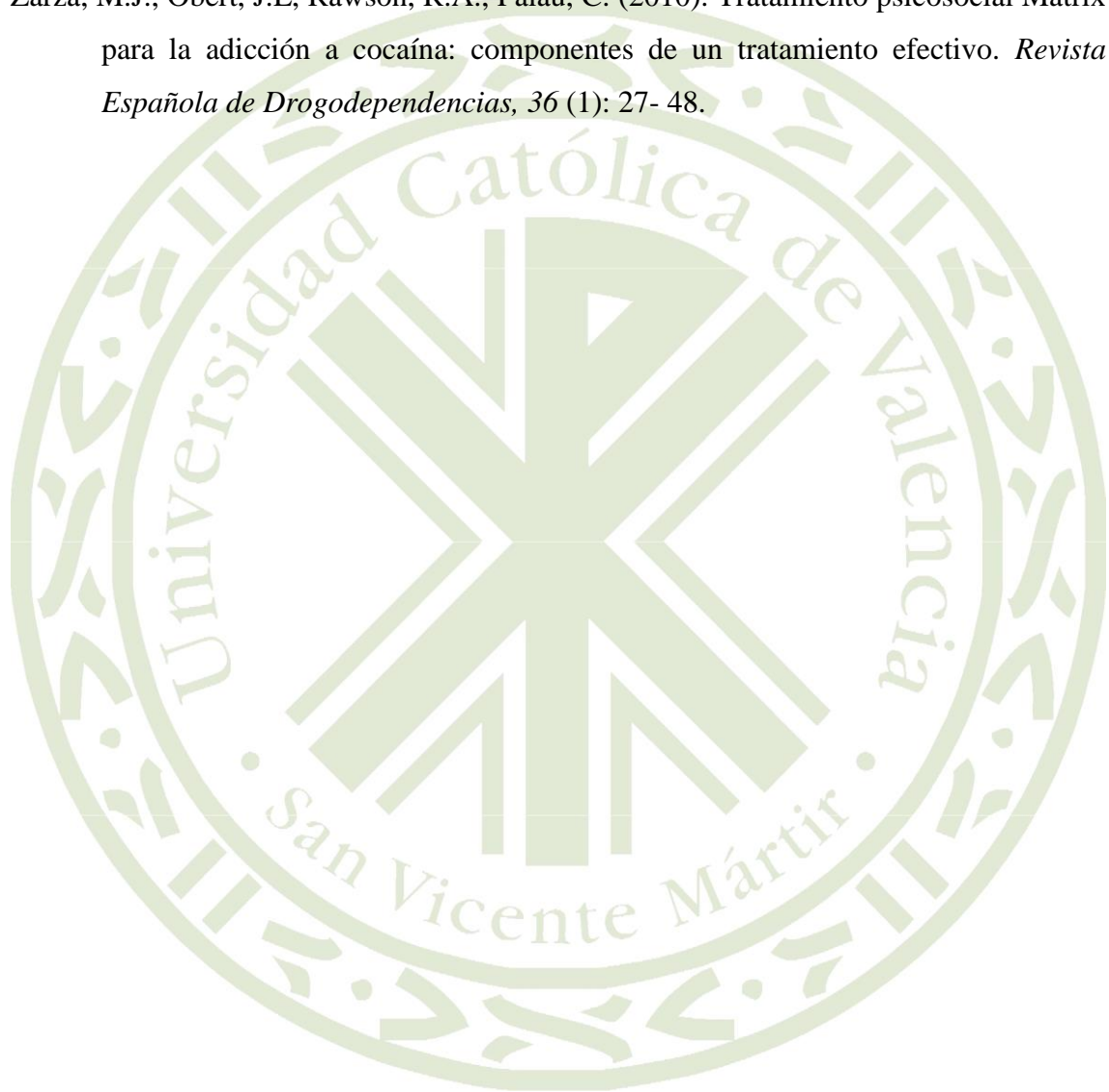
Prochaska, J.C. & DiClemente, C.C. (1982). Transtheoretical therapy. Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19(3), 276-288.

- Ruiz, J.C. (2015). Cuando la cocaína era legal: breve historia de la farlopa: Comenzó utilizándose en el ejército y luego Sigmund Freud contribuyó a su expansión. Hasta que la prohibieron. *VICE: Reportajes y documentales originales sobre temas de importancia de todo el mundo*. Recuperado de: <https://www.vice.com/es/article/ggeqew/historia-de-la-cocaina-429>
- Secades, R. & Fernández, J.R (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína. *Psicothema*, 13(3): 365-380.
- Sichra, E. (2015). El significado de la hoja de coca para el indígena de los Andes: Qué función cumple esta planta en la vida de los campesinos andinos y cómo afecta la cocaína su modo de vivir. *Revela: Realidades y visiones sobre Latinoamérica*, 2 (1), 3-4. Recuperado de: <http://revistarevela.com/es/el-significado-de-la-hoja-de-coca-para-el-indigena-de-los-andes/>
- Sistema Autòmic Valencià d'informació en Adiccions. (2018). *Indicador de tratamiento. Comunidad Valenciana, España: Generalitat Valenciana Conselleria de Sanitat*.
- Szerman, N., Marín-Navarrete, R., Fernández-Mondragón, J. & Roncero, C (2015). Patología dual en poblaciones especiales: una revisión narrativa. *Revista Internacional de Investigación en Adicciones*, 1, 50-67.doi: 10.28931/riiad.2015.1.07
- Tejada, J. (2004). *Evaluación de programas: Investigación e innovación formativa*. Cataluña, España: Centros de Innovación y Formación Ocupacional (CIFO).
- Tirapu-Ustárroz, J., García-Molina, A., Luna-Lario, P., Roig-Rovira, T. & Pelegrín-Valero, C. (2008). Modelos de funciones y control ejecutivo (I). *Revista Neurología*, 46: 684-92.
- Torres, G.A. (2010). La entrevista motivacional en adicciones. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39, 171-187. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80619869012>

Turbi, A.M. (2016). *Mujeres drogodependientes y medio penitenciario. Análisis del proceso de la recaída y variables influyentes en el mismo* (tesis doctoral). Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir, Valencia, España.

Ubillos, S. & Goiburu, E. (2010). *Evaluación del Proceso y de Resultados*. Barcelona, España: Universidad de Burgos.

Zarza, M.J., Obert, J.L, Rawson, R.A., Palau, C. (2010). Tratamiento psicosocial Matrix para la adicción a cocaína: componentes de un tratamiento efectivo. *Revista Española de Drogodependencias*, 36 (1): 27- 48.



ANEXOS

- ANEXO 1:** Prevalencia de consumo de cocaína (I).
- ANEXO 2:** Prevalencia de consumo de cocaína (II).
- ANEXO 3:** Criterios Diagnósticos DSM-5.
- ANEXO 4:** Criterios diagnósticos CIE-11.
- ANEXO 5:** Incorporación y derivación del programa
- ANEXO 6:** Entrevista clínica adaptada semiestructurada.
- ANEXO 7:** Índice Europeo de Gravedad de la Adicción (EuropASI).
- ANEXO 8:** Contrato de Consentimiento Terapéutico.
- ANEXO 9:** Plan de Intervención Individual (PII).
- ANEXO 10:** Ficha 1: Cuadro de ventajas y desventajas
- ANEXO 11:** Cuestionario de disparadores externos.
- ANEXO 12:** Ficha 2: Técnicas de parada de pensamiento.
- ANEXO 13:** Ficha 3: Calendario.
- ANEXO 14:** Decálogo de los Derechos Asertivos.
- ANEXO 15:** Técnicas asertivas.
- ANEXO 16:** Ficha 4: Los diez peligros más frecuentes
- ANEXO 17:** Factores determinantes ambientales-intrapersonales e interpersonales de recaída
- ANEXO 18:** Ficha 5: Consecuencias positivas y negativas de consumir o no consumir.
- ANEXO 19:** Ficha 6: Antecedentes más comunes que anticipan una recaída.
- ANEXO 20:** Cronograma de las sesiones.
- ANEXO 21:** Calidad de la planificación.
- ANEXO 22:** Sistema de información.
- ANEXO 23:** Evaluación del proceso.
- ANEXO 24:** Diseño del instrumento de medida.
- ANEXO 25:** Análisis e interpretación de datos.
- ANEXO 26:** Redacción del informe.

ANEXO 1: Prevalencia de consumo de cocaína (I)**Tabla 1:** Estimación de la prevalencia entre la población de adultos jóvenes

ESTIMACIONES DE LA PREVALENCIA				
	AÑO QUE SE REALIZO LA ENCUESTA	A LO LARGO DE LA VIDA DE ADULTOS (15-64) %	ÚLTIMOS 12 MESES, ADULTOS-JÓVENES (15-34) %	A LO LARGO DE LA VIDA, ESTUDIANTES %
DINAMARCA	2017	6,4	3,9	2
IRLANDA	2015	7,8	2,9	3
ESPAÑA	2015	9,1	3,0	3
PAISES BAJOS	2016	5,9	3,7	2
REINO UNIDO	2016	9,7	4,0	2

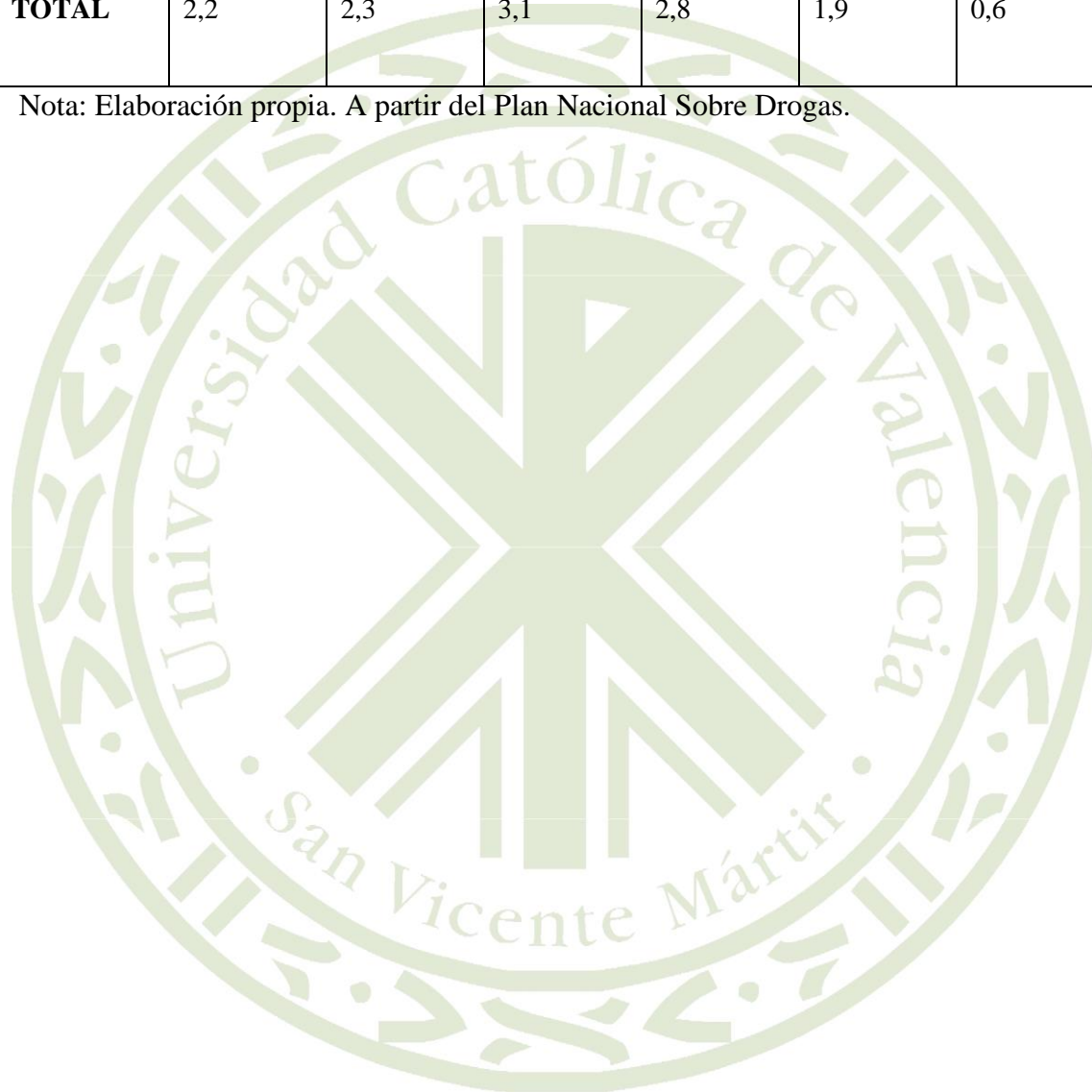
Nota: Elaboración propia. A partir del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2018).

ANEXO 2: Prevalencia de consumo de cocaína (II).

Tabla 2: Prevalencia de consumo de cocaína polvo y/o base durante los últimos 12 meses, en función de sexo y edad (%). España, 2017.

	15-64	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64
MUJERES	1,0	1,4	1,4	0,9	1,2	0,2
HOMBRES	3,4	3,3	4,9	4,6	2,7	1,1
TOTAL	2,2	2,3	3,1	2,8	1,9	0,6

Nota: Elaboración propia. A partir del Plan Nacional Sobre Drogas.



ANEXO 3: Criterios Diagnósticos DSM-5

DSM-5

Trastorno por consumo de estimulantes

Criterios diagnósticos

A. Patrón de consumo de sustancias anfetamínicas, cocaína y otros estimulantes que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:

1. Se consume el estimulante con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de estimulantes.
3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir el estimulante, consumirlo o recuperarse de sus efectos .
4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir estimulantes.
5. Consumo recurrente de estimulantes que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
6. Consumo continuado de estimulantes a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por sus efectos.
7. El consumo de estimulantes provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
8. Consumo recurrente de estimulantes en situaciones en las que provocan un riesgo físico.
9. Se continúa con el consumo de estimulantes a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por ellos.
10. Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:
 - a. Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de estimulantes para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de un estimulante.

Nota: No se considera que se cumple este criterio en aquellos individuos que sólo toman estimulantes bajo supervisión médica adecuada, como por ejemplo un tratamiento para un trastorno por déficit de atención/hiperactividad o narcolepsia.

11. Abstinencia, manifestada por alguno de los hechos siguientes:

- a. Presencia del síndrome de abstinencia característicos de los estimulantes.
- b. Se consume el estimulante (o alguna sustancia similar) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

Especificar si:

En remisión parcial: Después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de estimulantes, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un mínimo de 3 meses pero sin llegar a 12 meses (excepto el criterio A4, "Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir estimulantes", que puede haberse cumplido).

En remisión continuada: Después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de estimulantes, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un periodo de 12 meses o más (excepto el criterio A4, "Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir estimulantes", que puede haberse cumplido).

Especificar si:

En un entorno controlado: Este especificador adicional se utiliza cuando el individuo está en un entorno con acceso restringido a los estimulantes.

Especificar la gravedad actual:

Leve: Presencia de 2-3 síntomas

305.70 (F15.10) Sustancia anfetamínica

305.60 (F14.10) Cocaína

305.70 (F15.10) Otro estimulante o estimulante no especificado

Moderado: Presencia de 4-5 síntomas

304.40 (F15.20) Sustancia anfetamínica

304.20 (F14.20) Cocaína

304.40 (F15.20) Otro estimulante o un estimulante no especificado

Grave: Presencia de 6 o más síntomas

304.40 (F15.20) Sustancia anfetamínica

304.20 (F14.20) Cocaína

304.40 (F15.20) Otro estimulante o un estimulante no especificado

INTOXICACIÓN POR ESTIMULANTES

Criterios diagnósticos

- A. Consumo reciente de una sustancia anfetamínica, cocaína u otro estimulante.
- B. Comportamiento problemático o cambios psicológicos clínicamente significativos (p.ej euforia o embotamiento afectivo, cambios en la sociabilidad, hipervigilancia, sensibilidad interpersonal, ansiedad, tensión o rabia, comportamientos estereotipados, juicio alterado) que aparecen durante o poco después del consumo de un estimulante.
- C. Dos (o más) de los signos o síntomas siguientes que aparecen durante o poco después del consumo de un estimulante:
 - 1. Taquicardia o bradicardia
 - 2. Dilatación pupilar
 - 3. Tensión arterial elevada o reducida
 - 4. Sudoración o escalofríos
 - 5. Náuseas o vómitos
 - 6. Pérdida de peso
 - 7. Agitación o retraso psicomotores
 - 8. Debilidad muscular, depresión respiratoria, dolor torácico o arritmias cardíacas.
 - 9. Confusión, convulsiones, discinesias, distonías o coma.
- D. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluida una intoxicación con otra sustancia.

Especificar la sustancia específica (es decir, sustancia anfetamínica, cocaína u otro estimulante).

Especificar si:

Con alteraciones de la percepción: Este especificador se puede usar cuando hay alucinaciones con un juicio de realidad inalterado, o aparecen ilusiones auditivas, visuales o táctiles, en ausencia de delirium.

Para la intoxicación por anfetamina, cocaína u otro estimulante, sin alteraciones de la percepción.

Para la intoxicación por anfetamina, cocaína u otro estimulante, con alteraciones de la percepción.

ABSTINENCIA DE ESTIMULANTES

Criterios diagnósticos

- A. Cese (o reducción) de un consumo prolongado de una sustancia anfetamínica, cocaína u otro estimulante.
- B. Humor disfórico y dos (o más) de los siguientes cambios fisiológicos, que aparecen en el plazo de unas horas o varios días tras el Criterio A:
 - 1. Fatiga
 - 2. Sueños vividos y desagradables
 - 3. Insomnio o hipersomnia
 - 4. Aumento del apetito
 - 5. Retraso psicomotor o agitación
- C. Los signos o síntomas del Criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- D. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluidas una intoxicación o abstinencia de otra sustancia.

Especificar la sustancia específica que provoca el síndrome de abstinencia (es decir, sustancia anfetamínica, cocaína u otro estimulante).

ANEXO 4: Criterios diagnósticos CIE-11.

CIE-11

Trastornos debidos al consumo de cocaína:

6C45.0 Episodio de consumo nocivo de cocaína

6C45.1 Patrón nocivo de consumo de cocaína

6C45.10 Patrón nocivo de consumo de cocaína, episódico.

6C45.11 Patrón nocivo de consumo de cocaína, continuo.

6C45.1Z Patrón nocivo de consumo de cocaína, sin especificación.

6C45.2 Dependencia de la cocaína

6C45.20 Dependencia de la cocaína, consumo actual

6C45.21 Dependencia de la cocaína, remisión completa temprana

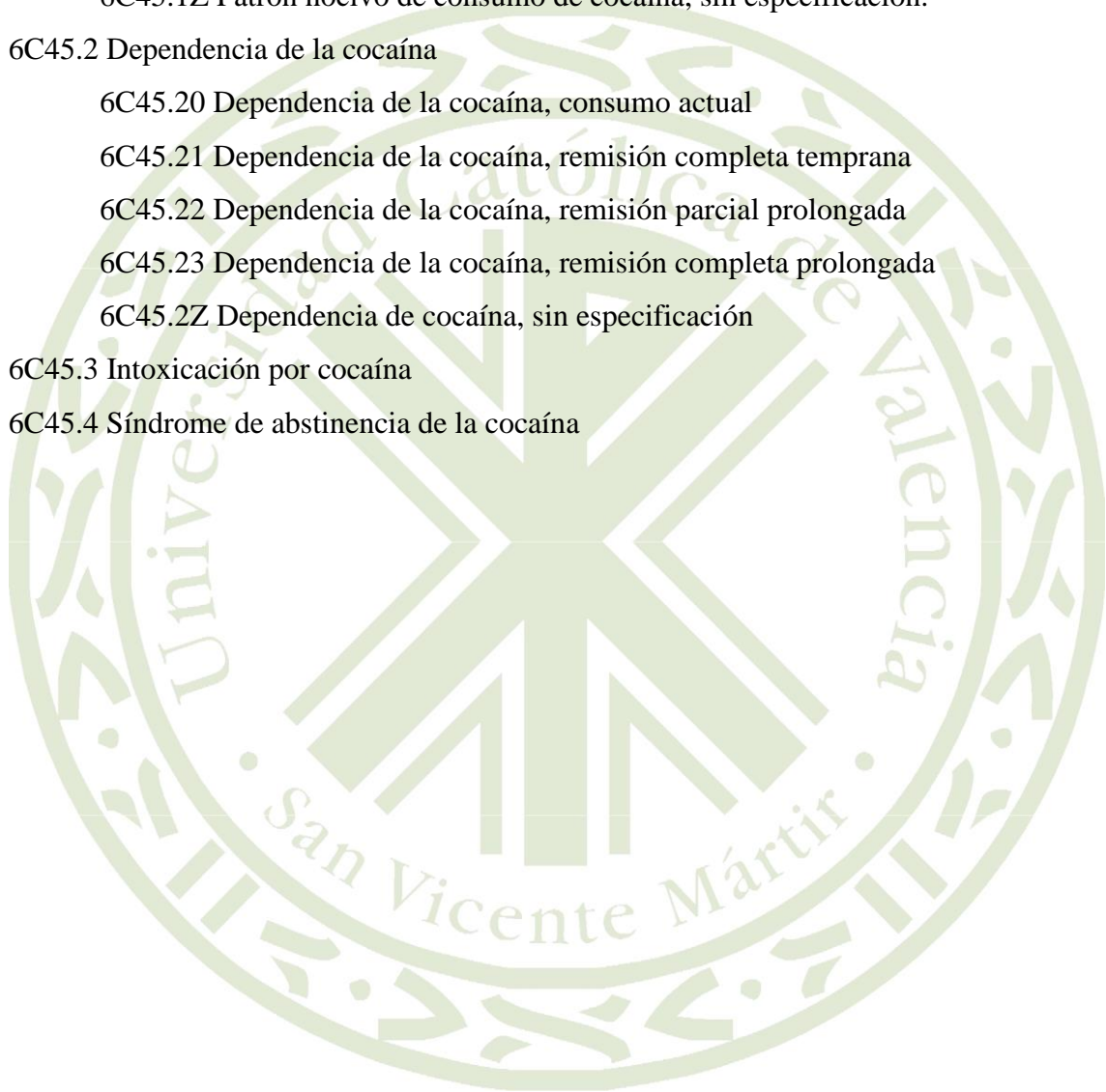
6C45.22 Dependencia de la cocaína, remisión parcial prolongada

6C45.23 Dependencia de la cocaína, remisión completa prolongada

6C45.2Z Dependencia de cocaína, sin especificación

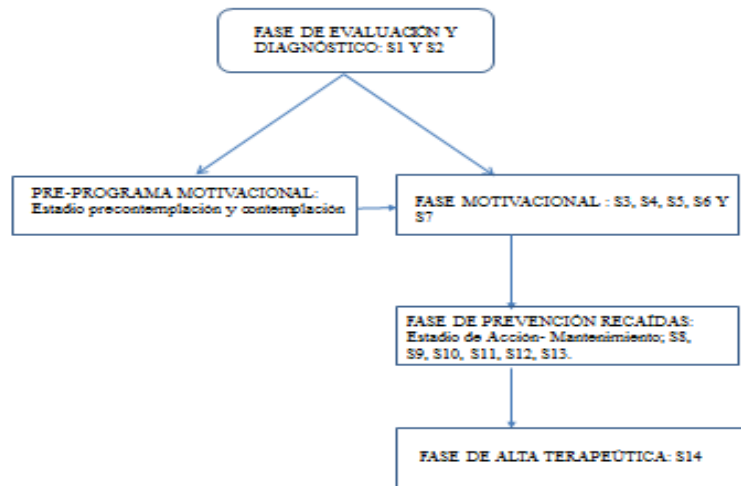
6C45.3 Intoxicación por cocaína

6C45.4 Síndrome de abstinencia de la cocaína



ANEXO 5: Incorporación y derivación del programa

Figura 1: Incorporación y derivación



Nota: Elaboración propia.



ENTREVISTA CLÍNICA ADAPTADA SEMIESTRUCTURADA

1. Nombre y apellidos:

2. Sexo:

Hombre: _____

Mujer: _____

3. Estado Civil:

Casado/a: _____

Viudo/a: _____

Pareja de hecho: _____

Separado/a: _____

Divorciado/a: _____

Soltero/a: _____

4. Estudios:

No sabe leer/ escribir: _____

Graduado ESO: _____

Bachiller/FP: _____

Grado Universitario: _____

5. Situación de empleo actual:

Autónomo: _____

Estudiante: _____

Labores del hogar: _____

Desempleado: _____

Incapacitación: _____

Pensionista: _____

Contrato temporal: _____

6. Domicilio: _____

¿Con quién convive habitualmente?

7. Situación judicial:

Sin antecedentes: _____

Pendiente de juicio: _____

Cumplimiento de condena: _____

Libertad condicional: _____

Condena cumplida: _____

8. ¿Padece alguna enfermedad?

9. Droga principal de consumo: _____

Edad de inicio: _____

Años de consumo: _____

Vía de administración: _____

Años de abuso: _____

10. ¿Ha recibido algún tratamiento previo?: _____

¿Cuándo?

¿Durante cuánto tiempo?

11. ¿Policonsumo o poliuso?

12. Antecedentes familiares

Personas que en su núcleo familiar hayan tenido problemas con las drogas:

Padres: _____

Hermanos: _____

Tíos: _____

Abuelos: _____

13. ¿Ha experimentado ideación suicida?

14. ¿Ha realizado en alguna ocasión uno o más intentos suicidas?

15. Enfermedades infecciosas:

¿Ha padecido o padece alguna de estas enfermedades infecciosas?

Hepatitis B: _____

Hepatitis C: _____

ETS: _____

Mantoux: _____

Otros: _____

EuropASI

Índice Europeo de Gravedad de la Adicción

Artículo Original

Kokkevi A, Hastgers C. European adaptation of a multidimensional assesment instrument of drug and alcohol dependence. *Eur Addict Res* 1995; 1: 208-210.

Artículo de Adaptación al Castellano

Bobes J, González MP, Saiz PA, Bousoño M. Índice Europeo de Severidad de la Adicción: EuropASI. Versión española. Actas de la IV Reunión Interregional de Psiquiatría, 1996; 201-218.

Evalúa

Gravedad de la dependencia.

Composición

141 ítems

Duración Cumplimentación

45-60 minutos.

Descripción

- Instrumento heteroaplicado. Es necesario un entrenamiento previo.
- Es una entrevista clínica semiestructurada que abarca ocho aspectos de la problemática del dependiente que pueden haber contribuido a su síndrome de abuso de sustancias.
- Los ítems se distribuyen en 6 áreas: situación médica (16 ítems), situación laboral (26 ítems), consumo de alcohol y drogas (28 ítems), problemas legales (23 ítems), relaciones familiares y sociales (26 ítems) y estado psiquiátrico (22 ítems).
- Cada área contiene ítems objetivos y dos ítems subjetivos al final.
- Aporta una valoración por el entrevistador de la veracidad de la información referida por el paciente, concretamente de la comprensión o de la intención de distorsionar.

■ Corrección

- Los ítems subjetivos son valorados por el paciente mediante una escala de 5 puntos: 0 (*en absoluto*), 1 (*ligeramente*), 2 (*moderadamente*), 3 (*considerablemente*) y 4 (*extremadamente*).
- La valoración del entrevistador se basa en las respuestas a los ítems objetivos, a partir de los cuales determina un intervalo de dos o tres dígitos. Para seleccionar uno de los dígitos del intervalo se basa en la respuesta del sujeto a los ítems subjetivos.
- Proporciona dos tipos de puntuaciones por escala:
 - Valoración estimada por el evaluador (VGE), cuya puntuación oscila entre 0 y 9.
 - Una puntuación compuesta (PC) derivada de la suma ponderada de alguno de los ítems de cada escala.
- Se considera mayor gravedad a mayor puntuación. No existen puntos de corte propuestos.

■ Referencias Bibliográficas

- Bobes J, G-Portilla MP, Bascarán MT, Bousoño M. Capítulo 3. Instrumentos de evaluación para los trastornos debidos al consumo de sustancias psicotropas: alcohol y otras drogas. En: *Banco de Instrumentos Básicos para la Práctica de la Psiquiatría Clínica*. Ars Médica. 2ª ed, 2002 p. 15-26.
- Iraurgi I, González F, *et al.* Capítulo 2. En: Iraurgi I, González F, editores. Instrumentos de Evaluación en Drogodependencias. Aula Médica, 2002 p. 80-120.

Cuestionario

Instrucciones

1. Cumplimentar totalmente.

Cuando sea preciso utilizar: X = pregunta no contestada; N = pregunta no aplicable

Use un sólo carácter por ítem.

2. Las preguntas rodeadas por un círculo van dirigidas al estudio de seguimiento. Las preguntas con asterisco son acumulativas, y deberían ser reformuladas para el seguimiento.

3. Existe espacio al final de cada sección para realizar comentarios adicionales.

A. Nº de identificación

*E. Hora de inicio

horas minutos

B. Tipo de tratamiento

1. *Desintoxicación ambulatoria*
 2. *Desintoxicación hospitalaria*
 3. *Tratamiento sustitutivo ambulatorio*
 4. *Tratamiento libre de drogas ambulatorio*
 5. *Tratamiento libre de drogas hospitalario*
 6. *Centro de día*
 7. *Hospital psiquiátrico*
 8. *Otro hospital/servicio*
 9. *Otro:* _____
 0. *Sin tratamiento*

*F. Hora de fin

horas minutos

G. Tipo

1. *Ingreso*; 2. *Seguimiento*

H. Código de contacto

1. *Personal*; 2. *Telefónico*

I. Sexo

1. *Varón*; 2. *Mujer*

C. Fecha de admisión

día mes año

J. Código del entrevistador

D. Fecha de la entrevista

día mes año

K. Especial

1. *Paciente finalizó la entrevista*
 2. *Paciente rehusó*
 3. *Paciente incapaz de responder*

*Ítems opcionales

Escalas de gravedad

Las escalas de severidad miden estimaciones de necesidades de tratamiento en cada área. El rango de escala oscila desde 0 (*no necesita ningún tratamiento*) hasta 9 (*tratamiento necesario en situación de riesgo vital*).

Cada escala está basada en historia de síntomas problema, estado actual y valoración subjetiva de sus necesidades de tratamiento en cada área. Para una mejor calificación de esta severidad consultar el manual.

Información general

1. Lugar de residencia actual

1. Ciudad grande (>100.000)
 2. Mediana (10-100.000)
 3. Pequeña rural (<10.000)

2. Código de la ciudad

*3. Desde cuándo vive usted en esa dirección

*4. Ese lugar de residencia, ¿es propiedad de usted o de su familia?

0 = No; 1 = Sí

5. Edad

6. Nacionalidad

7. País de nacimiento del

Entrevistado

Padre

Madre

8. ¿Has estado ingresado en el último mes en un centro de este tipo?

1. No
 2. Cárcel
 3. Tratamiento de alcohol o drogas
 4. Tratamiento médico
 5. Tratamiento psiquiátrico
 6. Únicamente desintoxicación
 7. Otro: _____

9. ¿Cuántos días?

*Items opcionales

Cuestionario

Sumario de la autoevaluación del paciente

- 0. Ninguna 3. Considerable
- 1. Leve 4. Extrema
- 2. Moderado

Resultados de los tests adicionales

Perfil de gravedad

Problemas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Médico										
Empleo/deportes										
Alcohol										
Drogas										
Legal										
Familia/social										
Psicológico										

I. SITUACION MEDICA

1. ¿Cuántas veces en su vida ha estado hospitalizado por problemas médicos?
(Incluir sobredosis, delirium tremens, excluir desintoxicaciones)

veces

2. ¿Hace cuánto tiempo estuvo hospitalizado por última vez por problemas médicos?

años
meses

3. ¿Padece algún problema médico crónico que continúa interfiriendo en su vida?

 0. No; 1. Sí: _____

4. ¿Alguna vez ha estado infectado de hepatitis?

 0. No; 1. Sí; 2. No lo sé; 3. Rehúsa contestar

5. ¿Alguna vez se ha realizado las pruebas del VIH?

 0. No; 1. Sí; 2. No lo sé; 3. Rehúsa contestar

6. En caso afirmativo, ¿hace cuántos meses?

meses

7. ¿Cuál fue el último resultado del test?

 0. VIH-negativo; 1. VIH-positivo; 2. No lo sé; 3. Rehúsa contestar

8. ¿Está tomando alguna medicación prescrita de forma regular para un problema físico?

 0. No; 1. Sí

9. ¿Recibe alguna pensión por invalidez médica? (excluir invalidez psiquiátrica)

 0. No; 1. Sí

10. ¿Ha sido tratado por un médico por problemas médicos en los últimos 6 meses?

 0. No; 1. Sí

Cuestionario

I. SITUACION MEDICA (cont.)

11. ¿Cuántos días ha tenido problemas médicos en el último mes?
días

12. ¿Cuánto le han molestado o preocupado estos problemas médicos en el último mes?

0. Ninguna; 1. Leve; 2. Moderado; 3. Considerable; 4. Extrema

13. ¿Qué importancia tiene ahora para usted el tratamiento de estos problemas médicos?

0. Ninguna; 1. Leve; 2. Moderado; 3. Considerable; 4. Extrema

Escala de gravedad para el entrevistador

14. ¿Cómo puntuaría la necesidad del paciente de tratamiento médico?

Puntuaciones de validez

La información anterior está significativamente distorsionada por:

15. ¿Imagen distorsionada del paciente? 0. No; 1. Sí

16. ¿La incapacidad para comprender del paciente? 0. No; 1. Sí

Comentarios:

II. EMPLEO/SOPORTES

1. Años de educación básica
años

2. Años de educación superior (*Universidad/Técnicos*)
años

3. Grado académico superior obtenido

4. ¿Tiene carnet de conducir en vigor? a. No; 1. Sí

5. ¿Cuánto duró el período más largo de empleo regular?
años meses

6. ¿Cuánto duró el período más largo de desempleo?
años meses

7. Ocupación habitual (*o última*) _____
(especificar detalladamente)

8. Patrón de empleo usual en los últimos 3 años

- | | |
|--|---|
| 1. <i>Tiempo completo</i> | 5. <i>Servicio militar</i> |
| 2. <i>Tiempo parcial (horario regular)</i> | 6. <i>Retirado/invalidez</i> |
| 3. <i>Tiempo parcial (horario irregular, temporal)</i> | 7. <i>Desempleado (incluir ama de casa)</i> |
| 4. <i>Estudiante</i> | 8. <i>En ambiente protegido</i> |

9. ¿Cuántos días trabajó durante el último mes?
días
(excluir tráfico, prostitución u otras actividades ilegales?)

¿Recibió dinero para su mantenimiento de alguna de las siguientes fuentes durante el último mes?

10. ¿Empleo? a. No; 1. Sí

11. ¿Paro? a. No; 1. Sí

12. ¿Ayuda social? a. No; 1. Sí

13. ¿Pensión o seguridad social? a. No; 1. Sí

14. ¿Compañeros, familiares o amigos? a. No; 1. Sí

15. ¿Legal? a. No; 1. Sí

Cuestionario

II. EMPLEO/SOPORTES (cont.)

¿Recibió dinero para su mantenimiento de alguna de las siguientes fuentes durante el último mes? (cont.)

16. ¿Prostitución? 0. No; 1. Sí

17. ¿Otras fuentes? 0. No; 1. Sí

18. ¿Cuál es la principal fuente de ingresos que tiene?

19. ¿Tiene deudas? 0. No; 1. Sí: _____ (cantidad)

20. ¿Cuántas personas dependen de usted para la mayoría de su alimento, alojamiento, etc.?

21. ¿Cuántos días ha tenido problemas de empleo/desempleo en el último mes?
días

22. ¿Cuánto le han molestado o preocupado estos problemas de empleo en el último mes?

0. Ninguna; 1. Leve; 2. Moderado; 3. Considerable; 4. Extrema

23. ¿Qué importancia tiene ahora para usted el asesoramiento para estos problemas de empleo?

0. Ninguna; 1. Leve; 2. Moderado; 3. Considerable; 4. Extrema

Escala de gravedad para el entrevistador

24. ¿Cómo puntuaría la necesidad del paciente de asesoramiento para empleo?

Puntuaciones de validez

La información anterior está significativamente distorsionada por:

25. ¿Imagen distorsionada del paciente? 0. No; 1. Sí

26. ¿La incapacidad para comprender del paciente? 0. No; 1. Sí

Comentarios:

III. USO DE ALCOHOL Y DROGAS

--	--	--	--	--	--

	Edad (inicio)	A lo largo de la vida	Último mes	Via admon.*
1. Alcohol: cualquier dosis	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Alcohol: grandes cantidades	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Heroína	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Metadona/LAAM	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. Otros opiáceos/analgésicos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6. Benzodiazepinas/barbitúricos/ sedantes/hipnóticos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7. Cocaína	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8. Anfetaminas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9. Cannabis	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10. Alucinógenos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11. Inhalantes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12. Otros	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
13. Más de 1 sustancia/día (ítems 2 a 12)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

*Via de administración: 1= oral; 2= nasal; 3= fumado; 4= inyección no IV; 5= inyección IV

14. ¿Alguna vez se ha inyectado? a. No; 1. Sí

14a. Edad en que se inyectó por primera vez

años

Se inyectó: • A lo largo de la vida

años

• En los últimos 6 meses

meses

• En los últimos meses

días

14b. Si se inyectó en los últimos 6 meses

1. No compartió jeringuilla; 2. Algunas veces compartió jeringuilla con otros;
3. A menudo compartió jeringuilla

15. ¿Cuántas veces ha tenido?

Delirium tremens

Sobredosis por drogas

Cuestionario

III. USO DE ALCOHOL Y DROGAS (cont.)

16. Tipo de servicios y número de veces que ha recibido tratamiento

	Alcohol	Drogas		Alcohol	Drogas
1. Desintoxicación ambulatoria	<input type="text"/>	<input type="text"/>	6. Centro de día	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Desintoxicación residencial	<input type="text"/>	<input type="text"/>	7. Hospital psiquiátrico	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Tto. sustitutivo ambulatorio	<input type="text"/>	<input type="text"/>	8. Otro hospital/servicio	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Tto. libre de drogas ambulatorio	<input type="text"/>	<input type="text"/>	9. Otro tratamiento	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. Tto. libre de drogas residencial	<input type="text"/>	<input type="text"/>			

17. ¿Cuántos meses duró el periodo más largo que estuvo abstínente como consecuencia de uno de esos tratamientos?

Alcohol meses Drogas meses

18. ¿Qué sustancia es el principal problema? Por favor utilice los códigos anteriores o:

00= no problemas; 15=alcohol y otras drogas (adicción doble); 16= poliatóxicomano.
Cuando tenga dudas, pregunte al paciente

19. ¿Cuánto tiempo duró el último periodo de abstinencia voluntaria de esta sustancia principal, sin que fuese como consecuencia del tratamiento?

meses 00= nunca abstínente

20. ¿Hace cuántos meses que terminó esa abstinencia?

meses 00= todavía abstínente

21. ¿Cuánto dinero diría usted que ha gastado en el último mes en:

Alcohol? _____ euros Drogas? _____ euros

22. ¿Cuántos días ha estado recibiendo tratamiento ambulatorio para alcohol o drogas en el último mes? (Incluye grupos de autoayuda del tipo Alcohólicos Anónimos [AA], Narcóticos Anónimos [NA])

días

III. USO DE ALCOHOL Y DROGAS (cont.)

23. ¿Cuántos días en el último mes ha experimentado usted:

Problemas relacionados con el alcohol?
días

Problemas con otras drogas?
días

24. ¿Cuánto le han molestado o preocupado en el último mes estos:

Problemas relacionados con el alcohol? 0. Ninguna; 1. Leve; 2. Moderado; 3. Considerable; 4. Extrema

Problemas con otras drogas? 0. Ninguna; 1. Leve; 2. Moderado; 3. Considerable; 4. Extrema

25. ¿Qué importancia tiene ahora para usted el tratamiento para estos problemas:

Relacionados con el alcohol? 0. Ninguna; 1. Leve; 2. Moderado; 3. Considerable; 4. Extrema

Con otras drogas? 0. Ninguna; 1. Leve; 2. Moderado; 3. Considerable; 4. Extrema

Escala de gravedad para el entrevistador

26. ¿Cómo puntuaría la necesidad del paciente de tratamiento para:

Abuso de alcohol?

Abuso de otras drogas?

Puntuaciones de validez

La información anterior está significativamente distorsionada por:

27. ¿Imagen distorsionada del paciente? 0. No; 1. Sí:

28. ¿La incapacidad para comprender del paciente? 0. No; 1. Sí:

Comentarios:

Cuestionario

IV. SITUACION LEGAL

1. ¿Esta admisión ha sido promovida o sugerida por el Sistema Judicial? (juez, tutor de la libertad condicional, etc.) 0. No; 1. Sí

2. ¿Está en libertad condicional? 0. No; 1. Sí

¿Cuántas veces en su vida ha sido acusado de:

3. Posesión y tráfico de drogas?

4. Delitos contra la propiedad? (robos en domicilios, tiendas, fraudes, extorsión, falsificación de dinero, compra de objetos robados)

5. Delitos violentos? (atracos, asaltos, incendios, violación, homicidio)

6. Otros delitos?

7. ¿Cuántos de esos cargos resultaron en condenas?

¿Cuántas veces en su vida ha sido acusado de:

8. Alteración del orden, vagabundeo, intoxicación pública?

9. Prostitución?

10. Conducir embriagado?

11. Delitos de tráfico? (velocidad, conducir sin carnet, conducción peligrosa, etc.)

12. ¿Cuántos meses en su vida ha estado en la cárcel?
meses

13. ¿Cuánto tiempo duró su último periodo en la cárcel?
meses

14. ¿Cuál fue la causa? (si ha habido múltiples cargos codifique el más grave)

15. En el momento actual, ¿está pendiente de cargos, juicio o sentencia? 0. No; 1. Sí

16. ¿Por qué? (si hay múltiples cargos codifique el más grave)

IV. SITUACION LEGAL (cont.)

17. ¿Cuántos días en el último mes ha estado detenido o encarcelado?

días

18. ¿Cuántos días en el último mes ha realizado actividades ilegales para su beneficio?

días

19. ¿Cómo de serios piensa que son sus problemas legales actuales? (*excluir problemas civiles*)

0. Ninguna; 1. Leve; 2. Moderado; 3. Considerable; 4. Extrema

20. ¿Qué importancia tiene ahora para usted el asesoramiento para esos problemas legales?

0. Ninguna; 1. Leve; 2. Moderado; 3. Considerable; 4. Extrema

Escala de gravedad para el entrevistador

21. ¿Cómo puntuaría la necesidad del paciente de servicios legales o asesoramiento? 0. No; 1. Sí

Puntuaciones de validez

La información anterior está significativamente distorsionada por:

22. ¿Imagen distorsionada del paciente? 0. No; 1. Sí

23. ¿La incapacidad para comprender del paciente? 0. No; 1. Sí

Comentarios:

Cuestionario

Historia familiar

¿Alguno de sus familiares ha tenido lo que usted llamaría un problema importante de alcoholismo, abuso de otras drogas o un problema psiquiátrico, que le llevó o hubiera debido llevarle a recibir tratamiento?

Instrucciones:

Ponga un "0" en la categoría familiar cuando la respuesta sea claramente **no para todos los familiares de la categoría,**

"1" cuando la respuesta es claramente **sí para algún familiar dentro de esa categoría,**

"X" cuando la respuesta **no esté del todo clara o sea no sé, y**

"N" cuando **nunca haya existido un familiar en dicha categoría. En caso de que existan más de 2 hermanos por categoría, codifique los más problemáticos.**

Rama materna

	Alcohol	Drogas	Psiquiátrico
Abuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abuelo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tío	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro impte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Rama paterna

	Alcohol	Drogas	Psiquiátrico
Abuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abuelo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tío	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro impte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hermanos

	Alcohol	Drogas	Psiquiátrico
Hermano 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hermano 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hermana 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hermana 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hermanastro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

V. RELACIONES FAMILIARES/SOCIALES

1. Estado civil:

1. Casado 3. Viudo 5. Divorciado
2. Casado en 2ª nupcias 4. Separado 6. Soltero

2. ¿Hace cuánto tiempo tiene este estado civil?

 años meses

3. ¿Está satisfecho con esa situación? 0. No; 1. Indiferente; 2. Sí

4. Convivencia habitual (en los últimos 3 años)

1. Pareja e hijos 4. Padres 7. Solo
2. Pareja 5. Familia 8. Medio protegido
3. Hijos 6. Amigos 9. No estable

5. ¿Cuánto tiempo ha vivido en esa situación?

 años meses

(Si es con padres o familia contar a partir de los 18 años)

6. ¿Está satisfecho con esa convivencia? 0. No; 1. Indiferente; 2. Sí

¿Vive con alguien que:

6a. Actualmente tiene problemas relacionados con el alcohol? 0. No; 1. Sí

6b. Usa drogas psicoactivas? 0. No; 1. Sí

7. ¿Con quién pasa la mayor parte de su tiempo libre?

1. Familia, sin problemas actuales de alcohol o drogas
2. Familia, con problemas actuales de alcohol o drogas
3. Amigos, sin problemas actuales de alcohol o drogas
4. Amigos, con problemas actuales de alcohol o drogas

8. ¿Está satisfecho con la forma en que utiliza su tiempo libre? 0. No; 1. Indiferente; 2. Sí

9. ¿Cuántos amigos íntimos tiene?

Cuestionario

V. RELACIONES FAMILIARES/SOCIALES (cont.)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Instrucciones para 9a a 18:

Ponga un "0" en la categoría familiar cuando la respuesta sea claramente **no para todos los familiares de la categoría**, "1" cuando la respuesta es claramente **sí para algún familiar dentro de esa categoría**, "X" cuando la respuesta **no esté del todo clara o sea "no sé"** y "N" cuando **nunca haya existido un familiar en dicha categoría**.

9a. Diría usted que ha tenido relaciones próximas, duraderas, personales con alguna de las siguientes personas en su vida?

Madre	<input type="checkbox"/>	Hermanos/hermanas	<input type="checkbox"/>	Hijos	<input type="checkbox"/>
Padre	<input type="checkbox"/>	Pareja sexual/esposo	<input type="checkbox"/>	Amigos	<input type="checkbox"/>

Ha tenido periodos en que ha experimentado problemas serios con:

	Ultimo mes	A lo largo de la vida
10. Madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> a. No; 1. Sí
11. Padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> a. No; 1. Sí
12. Hermanos/hermanas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> a. No; 1. Sí
13. Pareja sexual/esposo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> a. No; 1. Sí
14. Hijos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> a. No; 1. Sí
15. Otro familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> a. No; 1. Sí
16. Amigos íntimos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> a. No; 1. Sí
17. Vecinos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> a. No; 1. Sí
18. Compañeros de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> a. No; 1. Sí

¿Algunas de estas personas (10-18) ha abusado de usted:

	Ultimo mes	A lo largo de la vida
18a. Emocionalmente? (insultándole, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> a. No; 1. Sí
18b. Físicamente? (produciéndole daños físicos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> a. No; 1. Sí
18c. Sexualmente? (forzándole a mantener relaciones sexuales)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> a. No; 1. Sí

V. RELACIONES FAMILIARES/SOCIALES (cont.)

19. ¿Cuántos días en el último mes ha tenido problemas serios:

A. Con su familia?

días

B. Con otra gente? (excluir familia)

días

¿Cuánto le han molestado o preocupado en el último mes sus:

20. Problemas familiares?

0. Ninguna; 1. Leve; 2. Moderado; 3. Considerable; 4. Extrema

21. Problemas sociales?

0. Ninguna; 1. Leve; 2. Moderado; 3. Considerable; 4. Extrema

¿Qué importancia tiene ahora para usted el asesoramiento para esos:

22. Problemas familiares?

0. Ninguna; 1. Leve; 2. Moderado; 3. Considerable; 4. Extrema

23. Problemas legales?

0. Ninguna; 1. Leve; 2. Moderado; 3. Considerable; 4. Extrema

Escala de gravedad para el entrevistador

24. ¿Cómo puntuaría la necesidad del paciente de asesoramiento familiar y/o social?

Puntuaciones de validez

La información anterior está significativamente distorsionada por:

25. ¿Imagen distorsionada del paciente? 0. No; 1. Sí

26. ¿La incapacidad para comprender del paciente? 0. No; 1. Sí

Comentarios:

Cuestionario

VI. ESTADO PSIQUIATRICO

1. ¿Cuántas veces ha recibido tratamiento por problemas psicológicos o emocionales?

Tratamiento hospitalario

Tratamiento ambulatorio

2. ¿Recibe una pensión por incapacidad psíquica? a. No; 1. Sí

Ha pasado un período de tiempo significativo (no directamente debido al uso de alcohol o drogas) en el cual usted:

Ultimo mes A lo largo de la vida

3. ¿Experimentó depresión severa? a. No; 1. Sí

4. ¿Experimentó ansiedad o tensión severa? a. No; 1. Sí

5. ¿Experimentó problemas para comprender, concentrarse o recordar? a. No; 1. Sí

6. ¿Experimentó alucinaciones? a. No; 1. Sí

7. ¿Experimentó problemas para controlar conductas violentas? a. No; 1. Sí

8. ¿Recibía medicación prescrita por problemas emocionales o psicológicos? a. No; 1. Sí

9. ¿Experimentó ideación suicida severa? a. No; 1. Sí

10. ¿Realizó intentos suicidas? a. No; 1. Sí

10a. ¿Cuántas veces intentó suicidarse?
veces

11. ¿Cuántos días en el último mes ha experimentado esos problemas psicológicos/emocionales?
días

12. ¿Cuánto le han molestado o preocupado en el último mes estos problemas psicológicos o emocionales?

a. Ninguna; 1. Leve; 2. Moderado; 3. Considerable; 4. Extrema

13. ¿Qué importancia tiene ahora para usted el tratamiento para estos problemas psicológicos?

a. Ninguna; 1. Leve; 2. Moderado; 3. Considerable; 4. Extrema

VI. ESTADO PSIQUIATRICO (cont.)

Los siguientes ítems han de ser cumplimentados por el entrevistador

Durante la entrevista, el paciente se presentaba:

14. Francamente deprimido/retraído a. No; 1. Sí

15. Francamente hostil a. No; 1. Sí

16. Francamente ansioso/nervioso a. No; 1. Sí

17. Con problemas para interpretar la realidad,
trastornos del pensamiento, ideación paranoide a. No; 1. Sí

18. Con problemas de comprensión, concentración
o recuerdo a. No; 1. Sí

19. Con ideación suicida a. No; 1. Sí

Escala de gravedad para el entrevistador

20. ¿Cómo puntuaría la necesidad del paciente de
tratamiento psiquiátrico/psicológico?

Puntuaciones de validez

La información anterior está significativamente distorsionada por:

21. ¿Imagen distorsionada del paciente? a. No; 1. Sí

22. ¿La incapacidad para comprender del paciente? a. No; 1. Sí

Comentarios:

CONTRATO DE CONSENTIMIENTO TERAPÉUTICO

Yo D/D^a: _____, con DNI _____

Por la presente me comprometo a realizar el Tratamiento que he convenido con mi terapeuta, al cual acudo de manera voluntaria, colaborando de forma activa en los siguientes aspectos:

1. Proporcionaré todos los datos médicos, psicológicos y sociales que sean de interés terapéutico, conociendo el principio de confidencialidad.
2. Acudiré puntualmente a las diferentes actividades asistenciales implantadas en mi Plan de Intervención:
 - Sesiones de tratamiento.
 - **AUTORIZO A INFORMAR DE MI EVOLUCIÓN** a las siguientes personas:
 1. _____, con DNI _____
 2. _____, con DNI _____
 3. _____, con DNI _____
3. En virtud de la L.O. 3/2018, de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, en cualquier momento podré solicitar la revisión o revocación de este contrato terapéutico y establecer otro.

En Valencia, a ____ de _____, de 201__

Fdo: _____ Fdo: _____

(Usuario)

(Terapeuta)

ANEXO 9: Plan de Intervención Individual (PII)

PLAN DE INTERVENCIÓN INDIVIDUAL (PII)

NOMBRE Y APELLIDOS:

EDAD:

FECHA INICIO: _____ FECHA FINAL PII: _____

Es importante que te pongas nuevos objetivos y planes. Describe tu situación actual en la que te encuentras y los objetivos para las áreas de la vida que te gustaría llegar a lograr.

ÁREAS :

- ÁREA PERSONAL:

- ÁREA FAMILIAR:

- ÁREA SOCIAL:

- ÁREA ACADÉMICA:

- ÁREA PROFESIONAL:

- ÁREA FINANCIERA:

- ÁREA DEPORTIVA:

- ÁREA OCIO Y TIEMPO LIBRE:



ANEXO 10: Ficha 1: Cuadro de ventajas y desventajas

FICHA 1: CUADRO DE VENTAJAS Y DESVENTAJAS DEL CONSUMO DE COCAÍNA

VENTAJAS DEL CONSUMO

DESVENTAJAS DEL CONSUMO



ANEXO 11: Cuestionario de disparadores externos

CUESTIONARIO DE DISPARADORES EXTERNOS

NOMBRE Y APELLIDOS:

Marca con una X aquellas situaciones, actividades o contextos en los que ha llevado a cabo un consumo de cocaína con asiduidad, y deja en blanco aquellas situaciones, actividades o contextos en los que nunca ha presentado un consumo de la sustancia.

Sólo en casa: ___

En casa con amigos: ___

En casa de amigos: ___

Fiestas/eventos: ___

Viendo televisión: ___

Bares/discotecas: ___

Montaña/playa/campo: ___

Conciertos/festivales: ___

Con amigos que consumen drogas: ___

En vacaciones: ___

Antes de una cita: ___

Durante la cita: ___

Después de la cita: ___

Antes de la Relación Sexual: ___

Durante la Relación Sexual: ___

Después de la Relación Sexual: ___

Cuando llevo dinero: ___

Cuando paso por casa del camello: ___

Conduciendo: ___

Después de cobrar mi salario: ___

Después de salir de trabajar: ___

En el trabajo/universidad:

Los fines de semana: ___

Con mi familia: ___

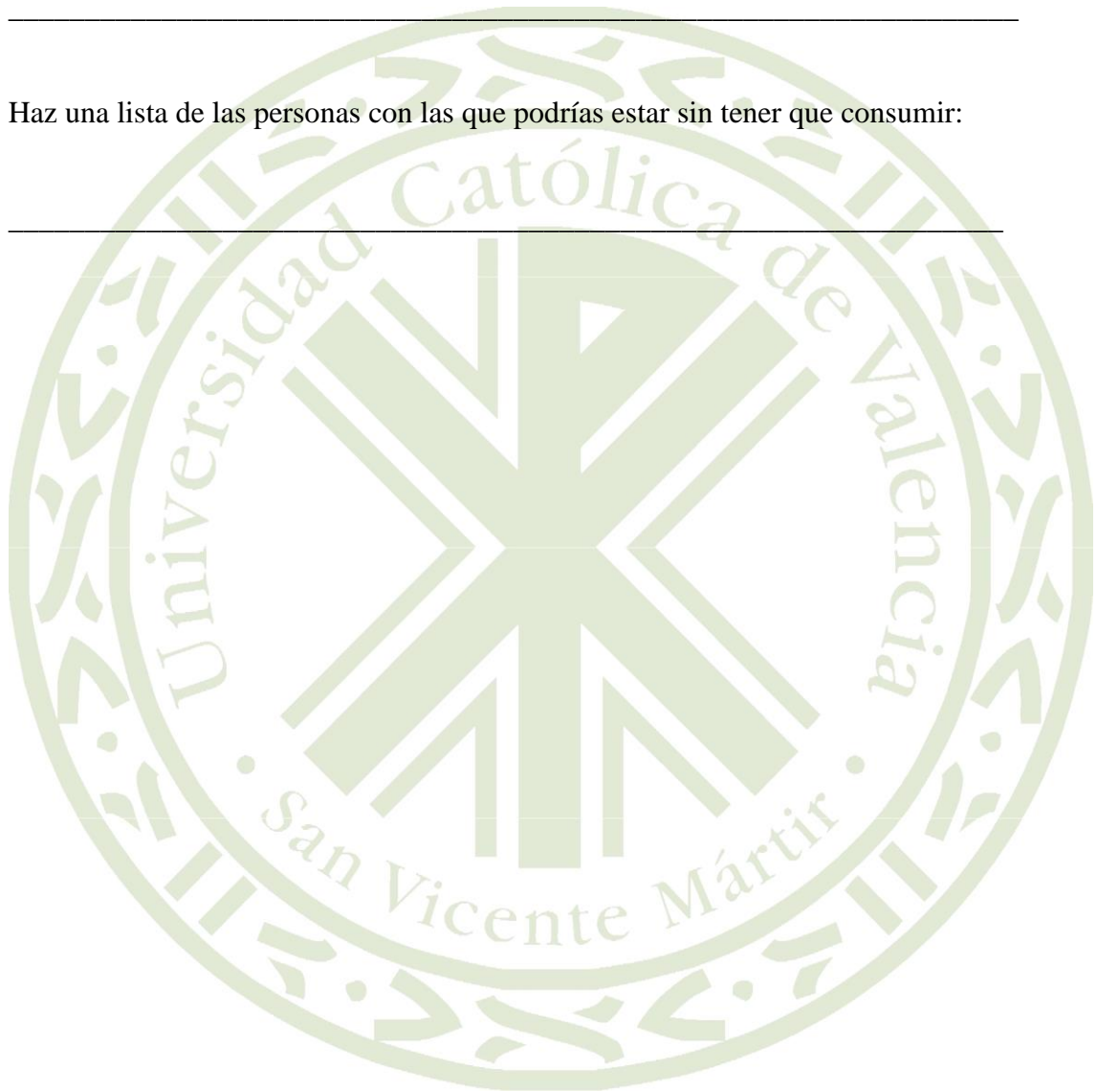
Cuando siento dolor físico: ___

Cuando siento dolor emocional: ___

A continuación, haz una lista de aquellas situaciones o contextos donde has llevado un consumo con asiduidad:

Haz una lista de aquellos lugares donde no consumirías:

Haz una lista de las personas con las que podrías estar sin tener que consumir:



FICHA 2: TÉCNICAS DE PARADA DE PENSAMIENTO

La manera más fácil de cerciorarnos de que un pensamiento no llevará al consumo es pararlo antes de que se desenvuelva un deseo muy intenso. Parar el pensamiento al comienzo dispone los deseos más intensos de consumir. Es muy importante realizarlo una vez que eres consciente de que estás pensando en consumir la sustancia.

Este proceso no es automático. Tú eres la persona que decides si continuar pensando en consumir y comenzar el proceso de recaída o, por el contrario, paras los pensamientos.

A continuación, le proporcionamos una serie de técnicas de parada de pensamiento:

- **Visualización:** Fantasea una escena en la cual destrozarse el poder que presentan los pensamientos de consumo. Por ejemplo, imagina un botón en tu mente que puedes apagar o encender para parar los pensamientos de consumo. Al mismo tiempo, dispón de otra imagen que reemplace a estos pensamientos.
 - **Gomazo:** Lleva consigo una goma en la muñeca que no oprima. En todas aquellas ocasiones en que te des cuenta de que presentas pensamientos de consumo, tira de la goma y suéltala contra la muñeca y di "NO" como manera de detener dichos pensamientos. Seguidamente después piensa en algo completamente diferente. Dispón de algún tema para pensar que te resulte de interés.
 - **Relajación:** Los sentimientos de vacío y sensaciones extrañas en el estómago son manifestaciones del deseo de consumo. Muchas veces se pueden calmar respirando hondo y extrayendo el aire lentamente. Practica esta respiración tres veces seguidas. Si llevas a cabo la práctica de la mejor manera posible notarás como tu cuerpo reduce la tensión. Repite esta práctica cada vez que dichos sentimientos y emociones regresen a ti.
 - **Llamar a alguien:** Llamar a una persona de tu entorno cercano te supondrá evadirte de estos sentimientos y te ayudará a escucharte a ti mismo y tus propios pensamientos. Elabora una lista de aquellas personas que te apoyan y estén libres para ti en toda ocasión.
-

ANEXO 14: Decálogo de los Derechos Asertivos

DECÁLOGO DE LOS DERECHOS ASERTIVOS

1. Tenemos derecho a juzgar nuestro propio comportamiento, nuestros pensamientos y nuestras emociones, y a tomar la responsabilidad en su iniciación y de sus consecuencias.
2. Tenemos derecho a no dar razones o excusas para justificar nuestro comportamiento.
3. Tenemos derecho a juzgar si nos incumbe la responsabilidad de encontrar soluciones para los problemas de otras personas.
4. Tenemos derecho a cambiar de parecer.
5. Tenemos derecho a cometer errores y a ser responsables de ellos.
6. Tenemos derecho a decir *"no lo sé"*.
7. Tenemos derecho a ser independientes de la buena voluntad de los demás antes de enfrentarnos con ellos. (Tenemos derecho a ser independientes del afecto de los demás para relacionarnos con ellos).
8. Tenemos derecho a tomar decisiones ajenas a la lógica.
9. Tenemos derecho a decir *"no lo entiendo"*.
10. Tenemos derecho a decir *"no me importa"*.



ANEXO 15: Técnicas asertivas

Técnicas asertivas	
1. El disco rayado	Consiste en ser persistente y en repetir lo que se quiere sin enojarse, ni irritarse ni levantar la voz. El procedimiento consiste en repetir lo que se desea con voz tranquila, sin dejarse llevar por aspectos irrelevantes ante los intentos de desviar el tema por parte del interlocutor, insistiendo hasta que la persona acceda a nuestra demanda, acepte un compromiso o una negativa. Ejemplo: "Sí, pero..."; "Sí, lo sé, pero mi punto de vista es..."; "Estoy de acuerdo, pero..."; "Sí, pero yo decía...".
2. El compromiso viable	Es una alternativa a la aplicación de la técnica del disco rayado cuando nuestro interlocutor se muestra asertivo con nosotros y ceder terreno no supone doblegarse ante el otro. Siempre cabe llegar a un acuerdo cuando el compromiso no afecte a nuestros sentimientos personales.
3. El acuerdo asertivo	También denominada "aserción negativa". Se utiliza ante críticas de nuestra competencia personal, nuestros hábitos o nuestra apariencia física, pero por motivos reales y no lógicos o de sentido común. Consiste en responder a la crítica reconociendo que se ha cometido un error o admitiendo el contenido de la crítica, pero separándolo del hecho de ser una buena o mala persona, de forma serena, sin adoptar actitudes defensiva o ansiosas y, claro está, sin enfadarnos. Ejemplo: "Sí, me olvidé de la cita que teníamos. Por lo general suelo ser más responsable..."; "Es cierto, no estuve muy acertado..."; "Ya me he dado cuenta, tengo una manera de andar muy particular...".
4. La pregunta asertiva	También denominada "interrogación negativa". Al aplicarla al ser criticado, suscitamos nuevas críticas acerca de nosotros o más información por parte de nuestro interlocutor acerca de nuestro comportamiento, y todo ello de forma relajada y sin inmutarnos. Con su uso se facilita aclarar el motivo verdadero de la crítica, sirviéndonos para diferenciar las críticas



	<p>bienintencionadas de los ataques personales. No implica crítica alguna contra nuestro interlocutor, y le invita a formular nuevas críticas y a examinar sus valores de lo que está bien y mal. Consiste en incitar a la crítica para obtener información que podrá utilizar en su argumentación.</p> <p>Ejemplo: <i>"Entiendo que no te guste el modo en que actúe el otro día, ¿qué fue lo que te molestó exactamente?"; "¿Qué hay en mi forma de hablar que te desagrada?"; "¿Qué es lo que te molesta de mí que hace que no te guste?"</i></p>
5. El banco de niebla	<p>También denominada "acuerdo parcial". Supone que los demás también tienen sentimientos y que pueden tener razones legítimas para hacer las objeciones que nos hacen. Se utiliza para enfrentarse a las críticas que no se ajustan a hechos reales, sino que son opinables. Su uso permite aceptar las opiniones, deseos, sentimientos y objeciones de los demás aunque no los compartamos. Consiste en enfrentarse a las críticas sin negarlas y no contraatacando con otras críticas.</p> <p>Ejemplo: <i>"Es verdad lo que dices, pero aún así deseo..."; "Puede que tengas razón, pero..."; "Es posible que..., pero..."</i></p>
6. Procesar el cambio	<p>Consiste en desplazar el foco de la discusión hacia el análisis de lo que ocurre entre nuestro interlocutor y nosotros mismos, dejando aparte el tema de la misma.</p> <p>Ejemplo: <i>"Nos estamos saliendo de la cuestión..."; "Nos vamos a desviar del tema y acabaremos hablando de cosas pasadas..."; "Me parece que estás enfadado..."</i></p>
7. La claudicación simulada	<p>Similar al banco de niebla pero con un objetivo diferente. Con esta técnica se aparenta ceder terreno sin cederlo realmente. Consiste en mostrarse de acuerdo con el argumento de la otra persona, pero sin cambiar de postura.</p> <p>Ejemplo: <i>"Es posible que tengas razón, seguramente podría ser más generoso..."; "Quizá no debería mostrarme tan duro, pero..."</i></p>
8. Ignorar	<p>Consiste en ignorar la razón por la que el interlocutor parece estar enfadado y aplazar la discusión hasta que se haya calmado. Se puede utilizar también cuando percibimos que nosotros mismos estamos alterados.</p> <p>Ejemplo: <i>"Veo que estás muy enfadado, así que ya discutiremos esto luego..."; "Disculpa, discutiremos esto luego porque ahora mismo me encuentro muy alterado..."</i></p>
9. El quebrantamiento del proceso	<p>Consiste en responder a la crítica que intenta provocarnos con una sola palabra o con frases muy breves.</p> <p>Ejemplo: <i>"Sí"; "No"; "Quizá"...</i></p>
10. La ironía asertiva	<p>Consiste en responder positivamente a la crítica hostil.</p> <p>Ejemplo: Responder a <i>"eres un..."</i> con un <i>"gracias"</i>.</p>
11. El aplazamiento asertivo	<p>Consiste en aplazar la respuesta a la afirmación que intenta desafiarlos hasta que nos sintamos tranquilos y capaces de responder a ella apropiadamente.</p> <p>Ejemplo: <i>"Sí... es un tema interesante..."; "Tengo que reservarme mi opinión al respecto..."; "No quiero hablar de eso ahora"</i>.</p>

ANEXO 16: Ficha 4: Los diez peligros más frecuentes

FICHA 4: LOS DIEZ PELIGROS MÁS FRECUENTES

Por favor, señala a continuación cuáles de estos peligros (o cualquier otro que hayas podido identificar) son factores de riesgo para usted:

1. Estar en contacto con drogas, gente que consume drogas o lugares donde habitualmente consumía drogas.
2. Sentimientos negativos tales como enojo, tristeza, soledad, culpa, miedo y ansiedad.
3. Sentimientos positivos que tenga que celebrar.
4. Aburrimiento.
5. Consumir cualquier droga, incluyendo alcohol.
6. Dolores físicos.
7. Oír historias de fiestas o acontecimientos donde se consumen drogas.
8. Poseer de forma repentina gran cantidad de dinero.
9. Drogas prescritas por el médico que generen sensaciones parecidas a las experimentadas cuando consumía, a pesar de que se use según las indicaciones.
10. Ninguna de las anteriores se aplica a mi caso.

ANEXO 17: Factores determinantes ambientales-intrapersonales e interpersonales de recaída

Tabla 3: Clasificación de determinantes de recaída.

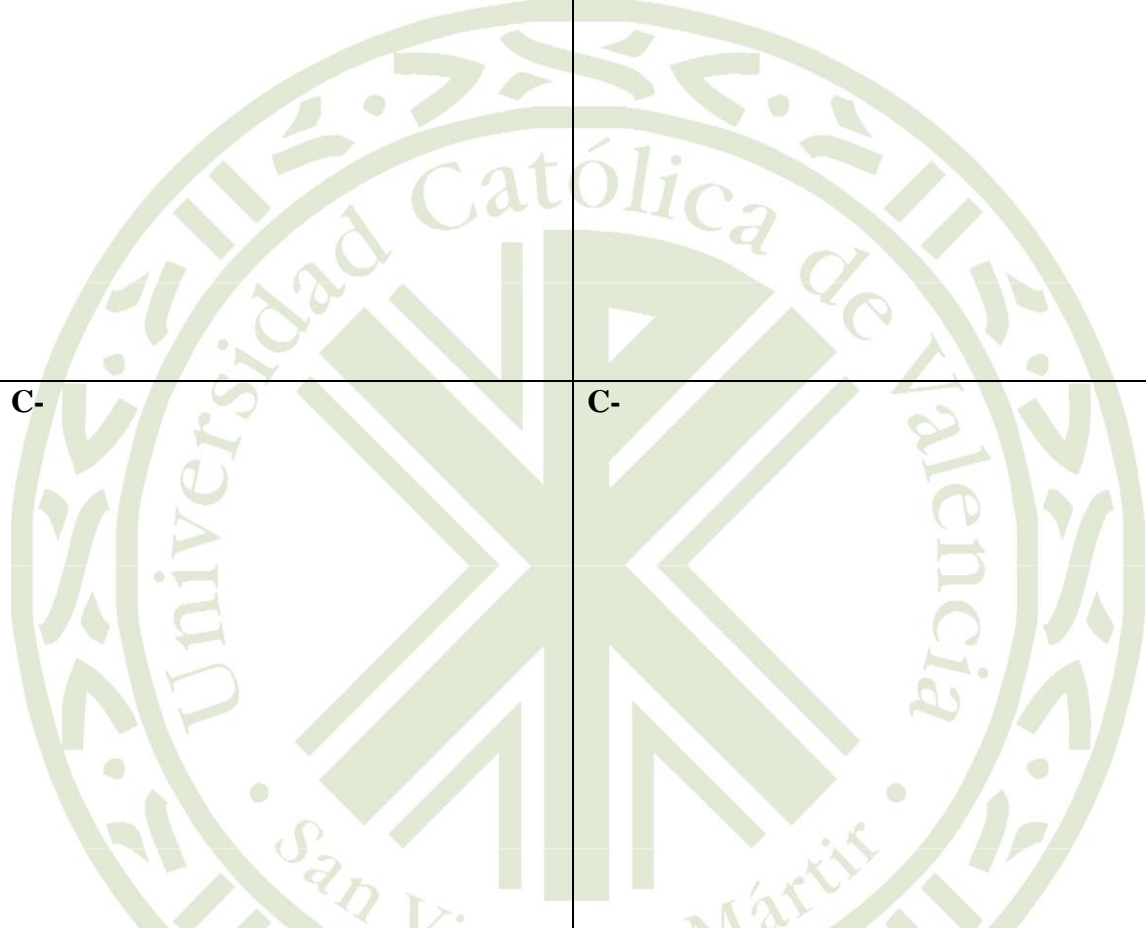
FACTORES DETERMINANTES AMBIENTALES-INTRAPERSONALES	FACTORES DETERMINANTES INTERPERSONALES
1. Hacer frente a estados emocionales negativos.	1.Hacer frente a los conflictos interpersonales (ira/frustración).
2. Hacer frente a estados emocionales físicos-fisiológicos.	2.Presión social. <ul style="list-style-type: none">- Presión social directa.- Presión social indirecta.
3. Potenciar estados emocionales positivos. Incluyendo situaciones donde se hace uso de la sustancia para potenciar estados placenteros.	3.Mejora de los estados emocionales positivos.
4. Poner a prueba el autocontrol a nivel personal.	
5. Ceder ante la situación de riesgo o impulso del consumo de la sustancia.	

Nota: Elaboración propia. A partir de la tesis doctoral: Mujeres drogodependientes y medio penitenciario. Análisis del proceso de la recaída y variables influyentes en el mismo (Turbi, 2016).

ANEXO 18: Ficha 5: Consecuencias positivas y negativas de consumir o no consumir

FICHA: Consecuencias positivas y negativas de consumir o no consumir

CONSUMO	ABSTINENCIA
C+	C+
C-	C-

A large, light green watermark of the University of Valencia seal is centered on the page. The seal is circular and contains the text 'Universidad Católica de Valencia' and 'San Vicente Mártir' around a central emblem.

FICHA 6: Antecedentes más comunes que anticipan una recaída

- El usuario comienza a infringir pequeños límites que impuso durante el primer periodo de la abstinencia.
- La persona habla sobre que ya no presenta un problema, que puede consumir cocaína en ocasiones especiales.
- Comienzan a surgir conductas asociadas al consumo en el pasado tales como llegar tarde a casa, no coger el teléfono, poca higiene, comer poca cantidad y mal, etc.
- La persona se muestra mucho más reservada de lo normal (no habla acerca de sus preocupaciones o bien no comparte tiempo con la familia).
- Empieza a relacionarse con personas consumidoras, quitándole importancia.
- La conciencia de enfermedad no se haya presente, lo que se pone de manifiesto con frases tal que así: ``ya no tengo un problema``, ``ya estoy curado``, ``tengo que pasármelo bien``.

ANEXO 20: Cronograma de las sesiones

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
SEMANA 1	Sesión 1: Evaluación y diagnóstico. (20:00- 21:30h)	Sesión 1F (20:00- 21:00h)		Sesión 2: Evaluación y diagnóstico. (20:00-21:30h)	
SEMANA 2	Sesión 3: Fase motivacional. (20:00- 21:00h)	Sesión 2F (20:00- 21:00h)		Sesión Pre- Programa Motivacional: (20:00:21:00h).	
SEMANA 3	Sesión 4: (20:00- 21:00h)			Sesión 5: (20:00-21:00h)	
SEMANA 4	Sesión 6: (20:00- 21:00h)				
SEMANA 5	Sesión 7: (20:00- 21:00h)	Sesión 3F: (20:00- 21:00h)			
SEMANA 6	Sesión 8: (20:00- 21:00h)				
SEMANA 7	Sesión 9: Prevención de recaídas (20:00- 21:00h)				

SEMANA 8	Sesión 10: (20:00- 21:00h)				
SEMANA 9	Sesión 11: (20:00- 21:00h)				
SEMANA 10					
SEMANA 11	Sesión 12: (20:00- 21:00h)	Sesión 4F: (20:00- 21:30h)			
SEMANA 12					
SEMANA 13	Sesión 13: (20:00- 21:00h)				
SEMANA 15					
SEMANA 16	Sesión 14: Alta terapéutica (20:00- 21:00h)	Sesión 5F: (20:00- 21:00h)			

ANEXO 21: Calidad de la planificación

CALIDAD DE LA PLANIFICACIÓN

1. ¿Hay un diagnóstico de los problemas que se quieren solucionar con la intervención?
2. ¿Se ha recogido el diagnóstico en algún documento de la intervención?
3. ¿Se identifican claramente los problemas y necesidades en el diagnóstico?
4. ¿Están cuantificados o son medibles?
5. ¿Se han definido indicadores que permitan establecer la situación de partida para la posterior valoración de la intervención en relación con la solución de los problemas identificados?
6. ¿Se cuenta con teorías de base que traten de explicar los problemas que se quieren resolver?
7. ¿Se han identificado las causas de los problemas?
8. ¿Se han definido las dimensiones temporales de la intervención?
9. ¿Se han definido las dimensiones geográficas de la intervención?
10. ¿Se ha explicitado a quiénes afectan los problemas detectados de manera adecuada?
¿Se ha definido la población objetivo?
11. ¿Se han definido claramente los objetivos perseguidos con la intervención?
12. ¿Son claros los objetivos?
13. ¿Son concisos los objetivos?
14. ¿Están cuantificados o son medibles o valorables?
15. ¿Responden los objetivos de la intervención a las necesidades y problemas detectados?
16. ¿Se ha definido el espacio temporal en el que se pretenden conseguir los objetivos?
17. ¿Se han determinado distintos niveles de objetivos?
18. ¿Los objetivos responden a causa-efecto lógicas?
19. ¿Son coherentes los objetivos entre sí? ¿La consecución de los objetivos de un nivel supone o puede suponer con bastante probabilidad la obtención del objetivo final?
20. ¿Se han concretado los objetivos en todas y cada una de las sesiones?
21. ¿Son estas propuestas de actuación concisas?
22. ¿Puntualizan un compromiso de acción?
23. ¿Se pueden medir o evaluar?
24. ¿Consta relación entre las actividades presentadas y los objetivos expuestos?

SISTEMA DE INFORMACIÓN

1. ¿Hay información suficiente acerca de los aspectos de la intervención a evaluar que pueda facilitarse para la evaluación?
2. ¿Se ha concretado algún método para la recogida de información sobre la intervención?
3. ¿Dicho método es rápido, eficaz, fiable y no presenta demasiados costes?
4. ¿Se han especificado indicadores para reunir de manera sistemática la información sobre el progreso de la intervención y sus tareas?
5. ¿Son importantes los indicadores para la intervención?
6. ¿Son importantes los indicadores para contestar a las preguntas de evaluación formuladas?
7. ¿Hacen alusión a los objetivos planteados?
8. ¿Hacen alusión a las actividades diseñadas?
9. ¿Son los indicadores fiables?
10. ¿Son los indicadores fáciles de conseguir?
11. ¿Son fáciles de interpretar?

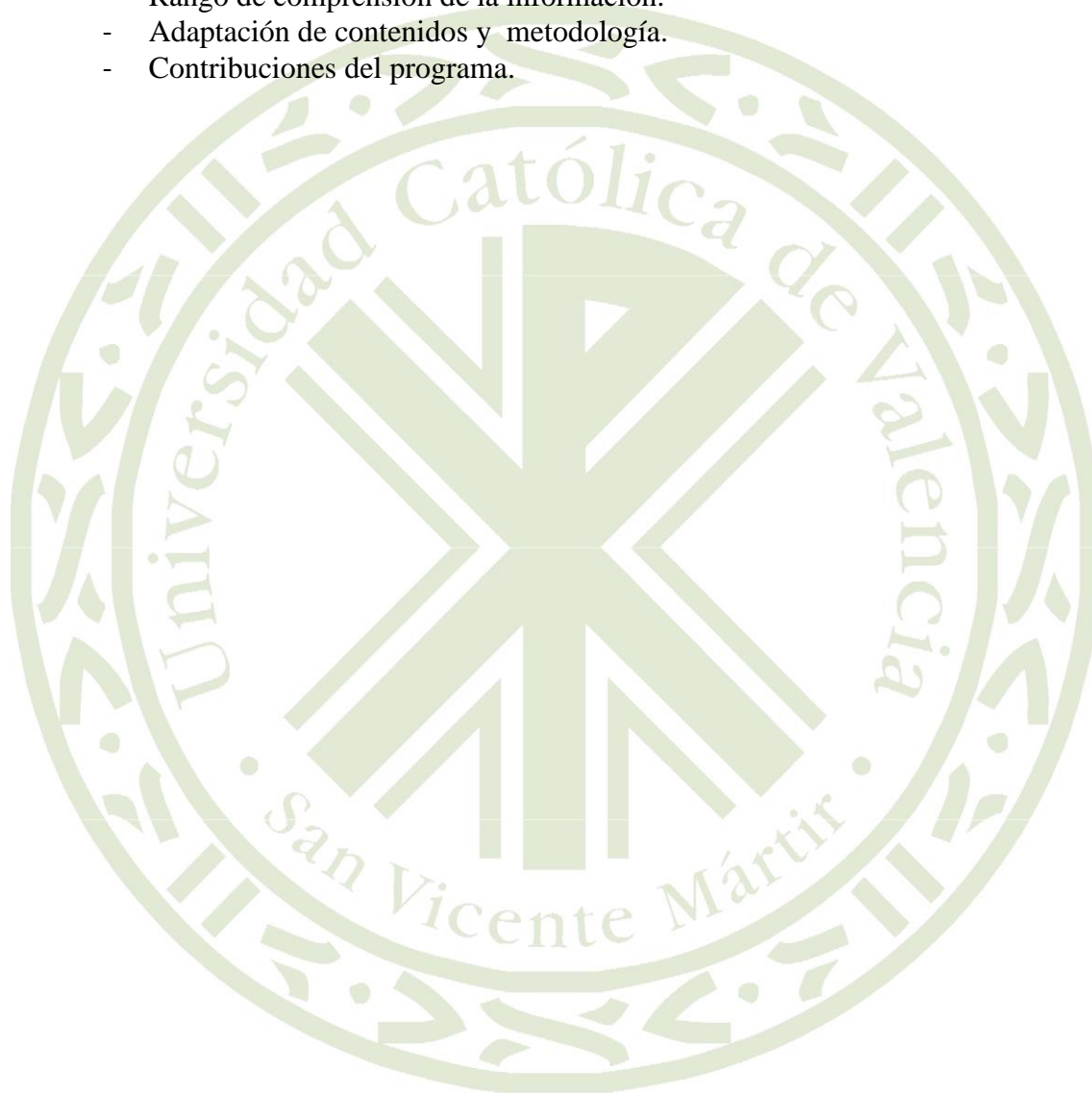
INTENCIONES DE LA EVALUACIÓN POSTERIOR

1. ¿Se han determinado los propósitos de la evaluación?
2. ¿Se han especificado las preguntas a las que la evaluación debe dar contestación?
3. ¿Se han determinado el tipo de usuario implicado en la intervención?
4. ¿Se han señalado las dimensiones temporales de la intervención que van a tenerse en cuenta en la evaluación?
5. ¿Divisan los usuarios involucrados en la intervención la utilidad de la evaluación?
6. ¿Se hará uso de la información que aporte la evaluación?
7. ¿Podría la evaluación ocasionar influencia en la intervención?

ANEXO 23: Evaluación del proceso

EVALUACIÓN DEL PROCESO: LISTADO DE ASPECTOS A EVALUAR

- Valoración general del programa.
- Grado de satisfacción con el programa.
- Utilidad del programa.
- Espacio temporal consignado al programa.
- Interés originado por el programa.
- Grado de implicación suscitada por el programa.
- Participación de los usuarios.
- Rango de comprensión de la información.
- Adaptación de contenidos y metodología.
- Contribuciones del programa.



ANEXO 25: Análisis e interpretación de datos

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

- Creación de matriz de datos
- Introducción de los datos de los cuestionarios
- Depuración de la matriz de datos
- Lanzamiento de los análisis
- Interpretación de los resultados



REDACCIÓN DEL INFORME

- Descripción breve del programa
- Descripción de los objetivos
- Descripción de la muestra
- Descripción del procedimiento de evaluación
- Descripción de los resultados
- Conclusiones y futuras líneas de actuación

