



Grado en Psicología
Trabajo Fin de Grado
Curso 2015-2016
Convocatoria Junio

Modalidad: 1. Diseño de una Propuesta de Intervención.

Título: Propuesta de Tratamiento para un caso de Adicción a la cocaína.

Autor: Yovana García Nicola

Tutor: Jose Luís Carballo Crespo

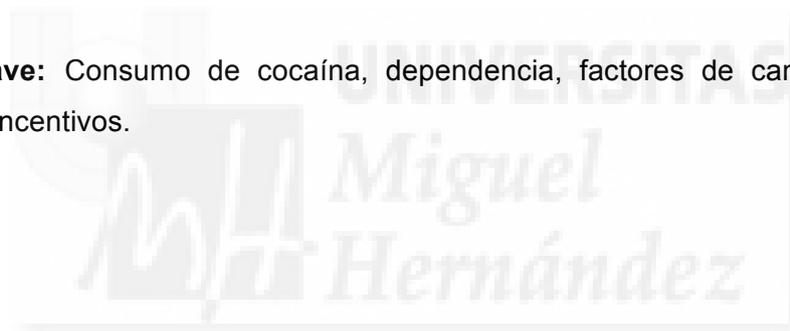
Índice

1. Resumen.....	pg 3
2. Introducción.....	pg 4-6
3. Método	
3.1 Participante.....	pg 7
3.2 Variables e Instrumentos.....	pg 7-10
3.3 Procedimiento.....	pg 10
4. Resultados	
4.1 Resultados de Variables e Instrumentos.....	pg 10-16
4.2 Propuesta de Tratamiento para la adicción a la cocaína.....	pg 16-23
5. Discusión/Conclusión.....	pg 23-24
6. Referencias Bibliográficas.....	pg 24-27
7. Anexos.....	pg 28

RESUMEN

La cocaína sigue siendo la segunda Droga de mayor consumo tras el cannabis, y España el segundo país de la Unión Europea donde más cocaína se consume tras Reino Unido. Con el paso de los años sigue aumentando la edad de inicio del consumo y el número de personas que alguna vez han consumido cocaína. Hasta ahora el Tratamiento que mejores resultados ha demostrado es la CRA, Programa de Refuerzo Comunitario mas Terapia de Incentivos. Para esta Propuesta de Tratamiento se seleccionó un sujeto con consumo de cocaína, que fue evaluado mediante varios cuestionarios para medir la dependencia y los factores de cambio. Tras esta evaluación ha sido propuesto un Tratamiento Psicológico de doce sesiones para conseguir la abstinencia.

Palabras clave: Consumo de cocaína, dependencia, factores de cambio, refuerzo comunitario, Incentivos.



INTRODUCCIÓN

El consumo de cocaína es un problema importante de salud pública (Lois y Álvarez, 2010) dado que según las Estadísticas del Plan Nacional sobre drogas (PNSD, 2015), un 20,9% ha consumido este último mes. La cocaína es la segunda droga de mayor consumo tras el cannabis en España, sin contar con las drogas legales como el tabaco y el alcohol. España es el segundo país donde más se consume cocaína en la UE tras Reino Unido con un 4,2% de prevalencia (PNSD, 2015).

La evolución en la prevalencia de consumo de cocaína y edad media de inicio en el consumo de cocaína sigue siendo entre los 21 y los 22 años. En los años que más gente ha consumido ha sido entre 2005 y 2007, habiendo descendido hasta ahora, y respecto a las personas que han consumido alguna vez en la vida cocaína, la gráfica se dispara progresivamente con un 10,2%. La cocaína se sitúa en la segunda droga con más fácil accesibilidad tras el cannabis, aunque en 2013 es menos accesible que en 2011.

Se estima que en 2013, empezaron a consumir cocaína 38.551 personas de 15-64 años, entre ellas 21.784 eran hombres y 3.442 menores de edad. En lo referente al sexo, la media de consumo es inferior en mujeres que en hombres en el último año, siendo en 2013 en hombres de un 3,3 y en mujeres de un 0,9. Dos de cada diez personas reconocen haber consumido en el último año, según los últimos datos y estadísticas del Plan Nacional sobre Drogas del 2015.

Con el paso de los años, ha aumentado el número de personas que alguna vez en la vida han consumido cocaína y ha aumentado la edad de inicio de ese consumo, lo cual indica un problema que se debe abordar. Plan Nacional sobre Drogas (2015)

Éste problema también se ve reflejado en las demandas de tratamiento, desde 1998 es la droga que más urgencias hospitalarias genera, en el 2009 era de un 40,5 % y según el último estudio del 2015 realizado por las asociaciones APA y NIDA, es la responsable de más del 60% de las urgencias directamente relacionadas con el consumo de drogas. Según Proyecto Hombre, en 2013 llegaron 4 veces más usuarios que en los 90. Según un estudio de Medicina clínica en septiembre 2015, hubieron 7 lugares de trabajos en los que el 100% de los sujetos dieron positivo a la cocaína, en los que predominaban varones.

El desarrollo de Tratamientos para la Adicción a la cocaína incluye el uso de Psicofármacos y Terapia Psicológica, en lo referente a los fármacos, a pesar de las expectativas generadas para el tratamiento de adicción a la cocaína, todavía no ha dado buenos resultados, lo cual impulsa a la continua búsqueda de nuevos métodos

terapéuticos (Navarro, 2002) seguros y eficaces para el tratamiento de adicciones a las drogas (Montoya, 2010). Aun así, es importante contar con intervenciones que ayuden a reducir el consumo de esta sustancia.

Varios investigadores han estado trabajando acerca de una vacuna contra la cocaína (Montoya, 2012) que actúa a nivel inmunológico, y se encarga de impedir que esta droga llegue al cerebro, los anticuerpos junto con la cocaína forman una barrera, la llamada Droga Proteína TA-CD, que por su gran volumen no puede acceder al cerebro, pero sigue en ensayos clínicos con más personas, (Echeverry, 2016), y no garantiza una completa eficacia, elevados costes y además provoca dilemas éticos sobre su uso (Montoya, 2012) y administración, a quién se administraría y a quién no (García-Rodríguez, 2007).

Respecto a los tratamientos farmacológicos, las personas que presentan una adicción, poseen mala adhesión a estos tratamientos, y se necesitaría poseer un buen sistema inmunológico para su aplicación, lo cual suele escasear en esta población (Montoya, 2012).

Existen estudios con antidepresivos tricíclicos como la Desipramina, que se utilizaría si no hubiese un elevado consumo de cocaína y si hay síntomas depresivos, pero no ha demostrado grandes resultados, los antidepresivos no son un pilar de tratamiento en personas que tienen dependencia de cocaína (Silva de Lima, Farrell, Lima Reisser y Soares, 2011).

El Topiramato, un eutimizante, puede reducir el riesgo de abuso de cocaína, pero para altas dosis (Johnson et al., 2013). La eficacia del Topiramato parece depender en gran medida de que los pacientes reciban regularmente terapia cognitivo-conductual (Kim y Lawrence, 2014).

Por otro lado, el Disulfiram, utilizado para reducir el consumo de alcohol, produce efectos negativos sobre el organismo para evitar las ganas de consumir (Echeverry, 2016) y sabemos que el alcohol va fuertemente ligado al consumo de cocaína. El 70% de la población dice que el primer uso de cocaína fue bajo los efectos del alcohol (Apantaku-Olajide et al., 2013).

Dada la escasa evidencia de efectividad de los tratamientos biológicos, como cualquier farmacoterapia, se debe de utilizar en el contexto de un medio terapéutico en conjunto con intervenciones psicosociales (Montoya, 2012).

A nivel Psicológico, como tratamiento para la adicción o abuso de cocaína, encontramos con un buen soporte empírico en la Terapia Cognitivo-Conductual de entrenamiento en habilidades (CBT), y prevención de recaídas (Marlatt y Gordon 1985), que consiste en dotar al paciente de habilidades de comunicación, sociales, de resolución de problemas, y de afrontamiento ante situaciones en las cuales se debilita y

consume, centrarse en el entrenamiento de habilidades para responder de forma adecuada a las tentativas de consumir y afrontar los factores ambientales que le inciten (Secades-Villa, García-Rodríguez, Fernández-Hermida y Carballo, 2007) . El CBT es uno de los dos programas junto con el Programa de Refuerzo comunitario más Terapia de Incentivo , uno de los Programas avalados por el NIDA para el Tratamiento de Adicción a la cocaína. (García-Rodríguez, 2007).

Otros de los tratamientos Psicológicos son: la entrevista motivacional, el modelo Matrix, Terapia Interpersonal, y Grupos de Autoayuda aunque no tan efectivos como los otros.

El tratamiento que mejores resultados ha obtenido en EEUU con un 44,4% es el Programa de Reforzamiento Comunitario (CRA; Higgins y Budney, 2006). Este Programa, en principio fue usado para desintoxicación del alcohol, mas terapia de incentivos (Hunt y Azrin, 1973) frente al CRA sin incentivos y el grupo de mantenimiento estándar.

Éste Programa integra entrenamiento en habilidades y un componente en manejo de contingencias. Con una duración de 12 meses, programa individual ambulatorio, avalado por el National Institute on Drug Abuse (NIDA) de Estados Unidos, y siendo efectivo y eficaz ya en España (García-Rodríguez, 2007).

El consumo de sustancias Psicoactivas, en concreto el uso simultáneo de alcohol y cocaína, es una práctica frecuente en la población general (Hearn et al, 1991) Por eso, a este programa se le añade el uso del fármaco Disulfiram. Según un ensayo (Carroll et al., 2004), el Disulfiram en combinación con Psicoterapia, es más eficaz que el placebo para reducir el consumo de cocaína. (García-Rodríguez, 2007).

Se puede afirmar que el programa CRA mas terapia de incentivo puede ser una estrategia efectiva y viable en contextos naturales (Secades-Villa, García-Rodríguez, Fernández-Hermida, y Carballo, 2007).

Ante esta situación el objetivo de este estudio es elaborar una propuesta de intervención para un sujeto con adicción a la cocaína.

MÉTODO

Participante

J es un chico de 36 años, divorciado desde hace 2 años, con dos hijos pequeños, de nacionalidad Suiza. A nivel educativo, posee estudios hasta COU, y actualmente se dedica a mantenimiento de viviendas y ejerce de traductor de Inglés.

Actualmente reside en España desde hace más de 20 años, que vino a vivir con sus padres, aunque actualmente vive solo.

Es hijo único, y tiene una buena relación con su familia desde siempre. Dice tener un buen círculo de amigos y vida social amplia.

Acude a solicitar ayuda porque anteriormente de joven, sobre los 20 años consumía grandes cantidades de cocaína y alcohol, entonces vivía con sus padres aún. Hasta hace unos años, tras independizarse y seguir consumiendo, se arruinó económicamente, uno de los motivos por el cual él cree que su mujer le dejó. Gracias a sus amigos y él mismo sin asistir a terapia en aquel entonces consiguió dejarlo, pero últimamente la relación con su ex mujer es mala y cree estar volviendo a recaer en dicha adicción y siente que esta vez no va a poder hacerlo el sólo.

VARIABLES E INSTRUMENTOS

Para evaluar a J se ha utilizado en primer lugar un cuestionario inicial de 28 ítems de respuestas abiertas realizadas por el entrevistador, el cual recoge las *variables relacionadas con aspectos sociodemográficos, historia, patrón de consumo de cocaína y otras drogas*. Consta de 3 apartados, uno referente a datos personales y sociodemográficos (12 primeros ítems), otro apartado con ítems sobre el consumo de drogas y últimos consumos (14), y por último (2 ítems) en relación con el apoyo familiar. Las variables evaluadas son: *edad, sexo, nivel educativo, situación laboral, número de hijos, familia con problemas de consumo, e historial de consumo*. Anexo I.

Para evaluar la *Dependencia a la cocaína* y alcohol se utilizaron 4 cuestionarios:

Para saber la *gravedad a lo largo de la vida* del consumo de cocaína se aplicó el *LSI-C (Lifetime Severity Index for Cocaine Use Disorder)* (Hser et al, 1999) que consta de 29 ítems que configuran en 4 dimensiones: *Consumo a lo largo de la vida* (media de consumo más intenso y consumo el año anterior, la carrera de consumo sería los años consumidos al menos una vez a la semana), *consumo reciente* (frecuencia de consumo que se multiplica por 3 si el consumo más reciente se produjo hace menos de un mes, por 2 si se produjo hace menos durante los 12 meses previos, y por 1 si ocurrió hace más de un año), *dependencia Psicológica* (suma de las respuestas positivas a los ítems del 11-28 correspondientes a los 9 ítems del DSM para el diagnóstico de abuso y dependencia de cocaína), e *intentos de abandono del consumo* (veces que ha abandonado el consumo más de 30 días, duración de ese episodio más largo de no consumo y si ha realizado alguna intervención terapéutica) (Tejero y Trujols, 2003). Debido a su reciente introducción en la variedad de instrumentos para la evaluación de la gravedad del trastorno por uso de cocaína, la solidez de las propiedades psicométricas no se han estudiado lo suficiente, pero las puntuaciones obtenidas, se comportan como excelente predictor de probabilidad de

recaída y frecuencia de consumo (Hser et al., 1999; Tejero y Trujols, 2003). Su fiabilidad de constructo (0,95) y su varianza extractada (65,3%) verifican su fuerte precisión de medida.

Para la evaluación del *Síndrome de Abstinencia* se utilizó la *Escala de valoración de la gravedad selectiva para la cocaína (Cocaine Selective Severity Assessment, CSSA)* de (Kampman et al 1998) basado en la *Escala de Valoración de la Gravedad Selectiva de la Abstinencia de Alcohol (Makanjoula et al, 1982)*, un instrumento heteroaplicado, que el consta de 18 ítems que describen los síntomas que más se han asociado a la abstinencia de cocaína: *depresión, fatiga, anhedonia, ansiedad, irritabilidad, trastornos del sueño e incapacidad para concentrarse* (Dackis et al, 1987; Brower et al, 1993; Miller et al, 1993). Se muestra como un predictor útil, con un alfa de Cronbach de 0,84.

Para medir el *deseo y ansiedad por consumir droga "Craving"* de cocaína, se ha utilizado el *CCQ de Tiffany et al (1993)*, formado por 45 ítems que el paciente contestó a través de una escala tipo Likert de 7 puntos en función de acuerdo o desacuerdo, 1 sería muy desacuerdo y 7 muy de acuerdo. Hay 25 ítems directos y 20 inversos. Los ítems se refieren a 5 áreas: *deseo de consumir cocaína, intención y planificación del consumo de cocaína, anticipación de los efectos positivos del consumo, anticipación de una abstinencia o disforia, y la pérdida del control sobre el consumo, en lo referente a los últimos 7 días y el momento presente*. A cada una de las áreas corresponden 9 ítems.

Para evaluar *trastornos relacionados con el consumo de alcohol* del paciente se le aplicó el *AUDIT, Alcohol Use Disorders Identification Test*, (Saunders, Aasland, Babor, de la Fuente, & Grant, 1993) elaborado para la detección de bebedores de riesgo que se beneficiarían de reducir o dejar de beber alcohol. El cuestionario está formado por 10 ítems de respuesta múltiple. Los criterios de evaluación son a mayor puntuación, mayor sensibilidad de la persona con la dependencia del alcohol. Una puntuación de 8-15= nivel medio, habría que reducir el consumo de riesgo, una puntuación de 16 o más, sería un nivel alto en problema con el alcohol, de 16-19 necesitaría terapia breve y monitorización continuada, y 20 o más necesitaría una evaluación del diagnóstico de dependencia del alcohol (Babor, Higgins-Biddle, Saunders y Monteiro , 2001). El Análisis de fiabilidad posee un nivel de consistencia interna de alfa igual a 0,88.

Para evaluar los *Factores de cambio* se han utilizado estos tres cuestionarios: Para la *motivación* del paciente al cambio, y la disposición para el inicio del tratamiento, se aplicó el *Stages of Change Readines and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES)* (Miller y Tonigan, 1996). Está formado por 19 ítems con 5 opciones de respuesta de: No

rotundo, no normal, interrogante, si normal y sí rotundo, de (1-5) en puntuación relativamente, y agrupados todos los ítems en tres factores: reconocimiento, ambivalencia y primeros pasos o adopción de medidas. En cuanto a sus propiedades psicométricas, ha mostrado una consistencia interna elevada (0,69-0,89). Los análisis de fiabilidad de sus escalas poseen coeficientes de fiabilidad de entre 0,60 y 0,96 y test-retest intraclase de 0,82-0,91.

Para evaluar las *habilidades de afrontamiento* se ha escogido el *Coping Behaviour Inventory (CBI)* (Litman et al., 1983) adaptado al consumo de cocaína. Formado por 36 ítems para identificar la frecuencia con que el sujeto utiliza habilidades de afrontamiento para controlar situaciones de recaída, y que dicho sujeto utiliza para no consumir cocaína. Los 36 ítems tipo Likert, se distribuyen en 4 factores: *Pensamiento positivo* (pensamientos positivos del sujeto ante la no consumición de cocaína, asumir la realidad y afrontarla sin miedos), *pensamiento negativo* (pensamientos sobre las consecuencias que la cocaína le ha ocasionado en la vida y sobre todo, a nivel personal y con otras personas), *evitación* (estrategias de uso para no consumir y evitar situaciones de riesgo) y *distracción* (habilidades de escape utilizadas para romper el ciclo de consumo y pensamientos o actividades distractoras utilizadas). Los cuatro factores explican el 44,39% de la varianza total.

Para medir la *confianza* ante ciertas situaciones, se utilizó el *BSCQ (Brief Situational Confidence Questionnaire)*, desarrollado como alternativa al "SCQ" (Breslin et al., 1997), utilizando una escala de 0-100. Está formado por 8 clases de situaciones en las que algunas personas experimentan un problema de alcohol o drogas y el paciente debe contestar como de *confiado se siente ante esas situaciones: ante emociones desagradables, ante malestar físico, ante emociones agradables, impulsos y tentaciones de consumir, ante conflictos con los demás, ante presión social para consumir y ante momentos agradables con los demás*. Los coeficientes de correlación para las subescalas oscilan entre 0,56 a 0,80.

La herramienta de evaluación para el consumo de cocaína durante la Intervención será un *marcador Bioquímico de orina* para detectar el *consumo de cocaína*. Será realizado las 8 primeras semanas durante cada sesión, y las últimas 4 y período de seguimiento cuando el terapeuta estime para reforzar el mantenimiento de la conducta, refuerzo intermitente.

PROCEDIMIENTO

Se contactó con un conocido que estaba volviendo a tener problemas con la cocaína y el alcohol. Se concertó una cita con el paciente a media tarde, se realizó en primer lugar el primer cuestionario de datos sociodemográficos, familiares e historia de

consumo que no llevó más de 10 minutos y se prosiguió con el pase de cuestionarios de *Dependencia de cocaína y alcohol* en primer lugar y de *Motivación al cambio* para finalizar. En su totalidad fue una duración aproximada de 2 horas.

RESULTADOS

Como muestra el siguiente cuadro en relación a el consumo de cocaína, *Tabla1*, el consumo a lo largo de la vida, fue de 200 veces o más, la frecuencia de consumo durante los último 12 meses ha sido de 3 a 4 veces a la semana, y en la época que más cocaína ha consumido, la frecuencia era de casi cada día o diariamente. La edad de inicio de consumo de J fue a los 18 años.

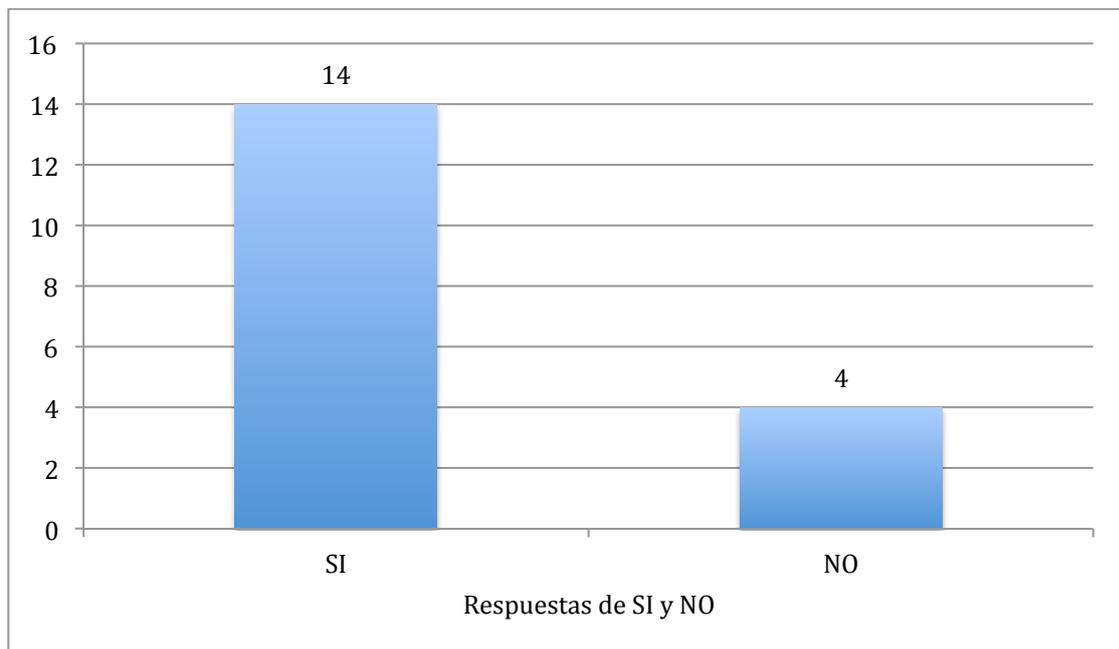
Tabla 1. Datos y Frecuencia de consumo.

1. Número de veces que ha tomado cocaína a lo largo de la vida.	200 veces o más
2. Frecuencia con la que ha tomado cocaína durante los 12 meses anteriores.	3-4 veces a la semana
3. Frecuencia con la que tomaba cocaína en la época que más ha consumido.	Diariamente o casi cada día
4. Edad de inicio de consumo.	18 años

En *Dependencia Psicológica a la cocaína*, el sujeto posee 14 ítems positivos de 18 como muestra la *Figura 1*. Lo cual indica que la mayoría de los ítems del DSM para el diagnóstico de dependencia a la cocaína son positivos, relacionados con el “*craving*”, poca capacidad de control, abstinencia, intención de aliviar la abstinencia, tolerancia, abandono progresivo de intereses y placeres alternativos, persistencia en el consumo, dedicación de tiempo en la búsqueda y planificación de la sustancia, mayor consumo del que pretendía, además de daños causados a otros por el consumo.

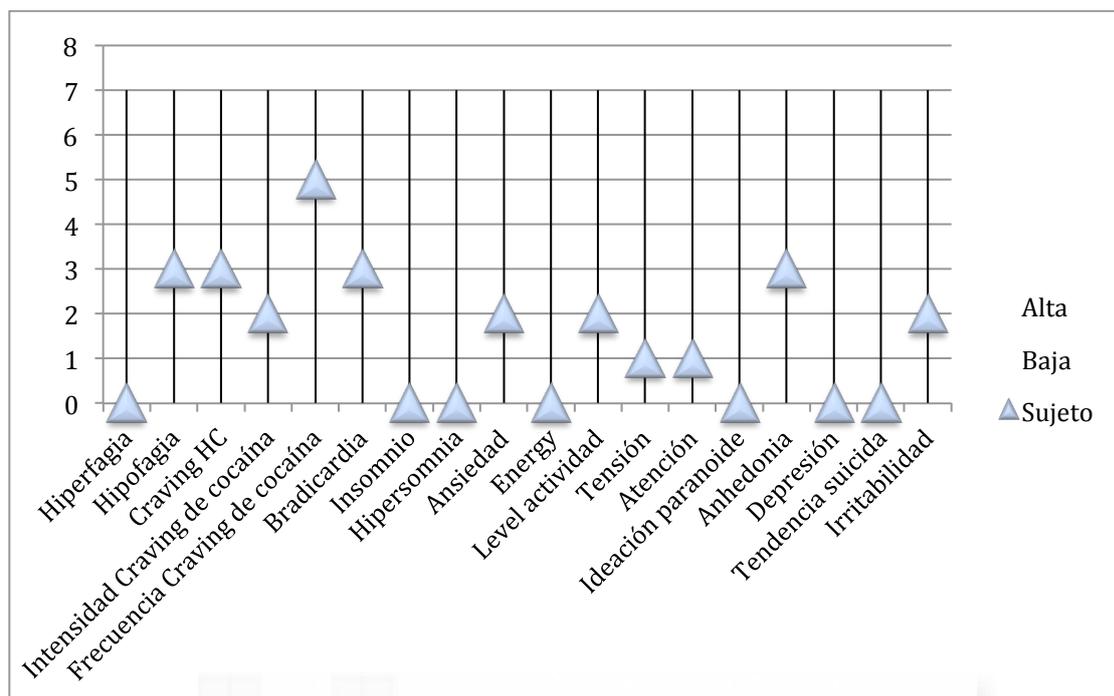
Además, el sujeto también presenta un consumo de riesgo de alcohol, con una puntuación en el AUDIT de 23 sobre 40, lo cual indica que posee un problema de riesgo o abuso de alcohol.

Figura 1. *Dependencia Psicológica a la cocaína*



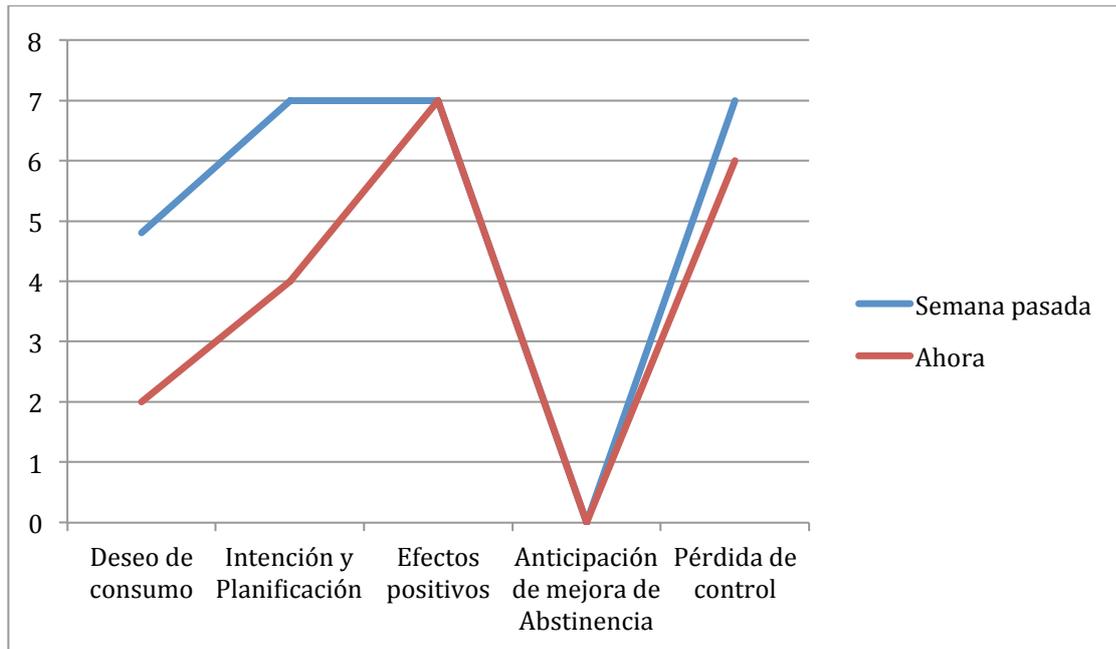
Tal y como se observa a continuación en la *Figura 2*, en relación a los resultados de la *abstinencia a la cocaína*, no posee síntomas asociados a la abstinencia inicial de cocaína, aunque sí señala con frecuencia sentir deseo de consumir cocaína en las últimas 24 horas, pero con una puntuación de 20, de una puntuación máxima de 70. La puntuación total de los ítems es de 29 de un mínimo de 0 y máxima de 111 aproximadamente. El único ítem y factor a destacar es la *Frecuencia del Craving* con una puntuación de 5 en una escala de (0-7) lo cual indica la frecuencia elevada con la que siente deseos de consumir cocaína.

Figura 2. Resultados en *gravedad selectiva para la cocaína*.



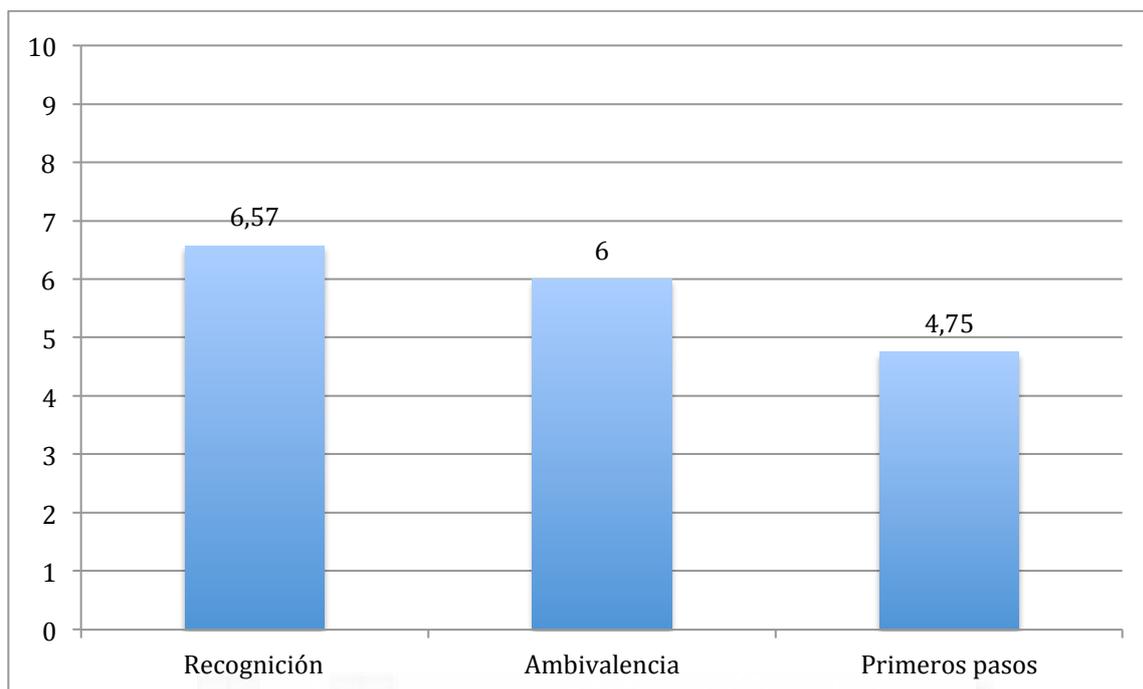
En relación al *Craving*, como se muestra a continuación en la *Figura 3*, se evaluaron los 5 Factores por separado, de la semana pasada en general y en este momento. Los factores más destacados en la evaluación han sido *Intención y planificación del consumo de cocaína*, puesto que sentía deseos irresistibles de consumir e impulsos, hubiese tomado en cuanto hubiese tenido ocasión, *Efectos positivos de consumo*, ya que refiere más efectos positivos de su consumo que negativos, y la *Pérdida de control*, el sujeto dice no poder controlar su consumo.

Figura 3. Craving de cocaína Antes y Ahora



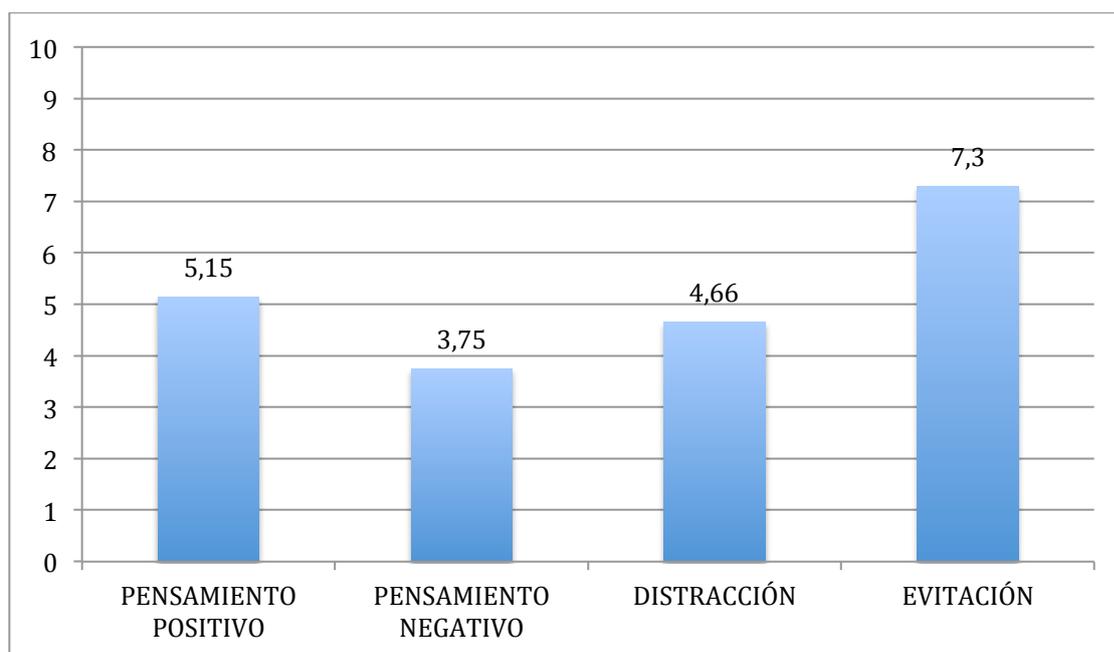
Respecto a la *Reconocimiento*, el paciente (ver Figura 4), niega que el alcohol le esté causando problemas graves, rechaza la etiqueta diagnóstica de bebedor problema, no expresa deseo de cambio con convicción y seguro, y no se considera adicto a las drogas. Respecto al factor *Ambivalencia*, no se pregunta si bebe demasiado, se cree con control, y no cree causar daño a otras personas. No reconoce ni tampoco niega el tener un problema con el alcohol. Ha contestado muchos ítems en neutro, ni si ni no, referente a si cree tener un problema con las drogas, si su consumo hiera a otras personas, si tiene un serio problema con las drogas, etc, Y en *Primeros pasos*, reconoce no haber hecho nada para cambiar, ni dejar de beber, pero sí pide ayuda.

Figura 4. Puntuaciones en motivación.



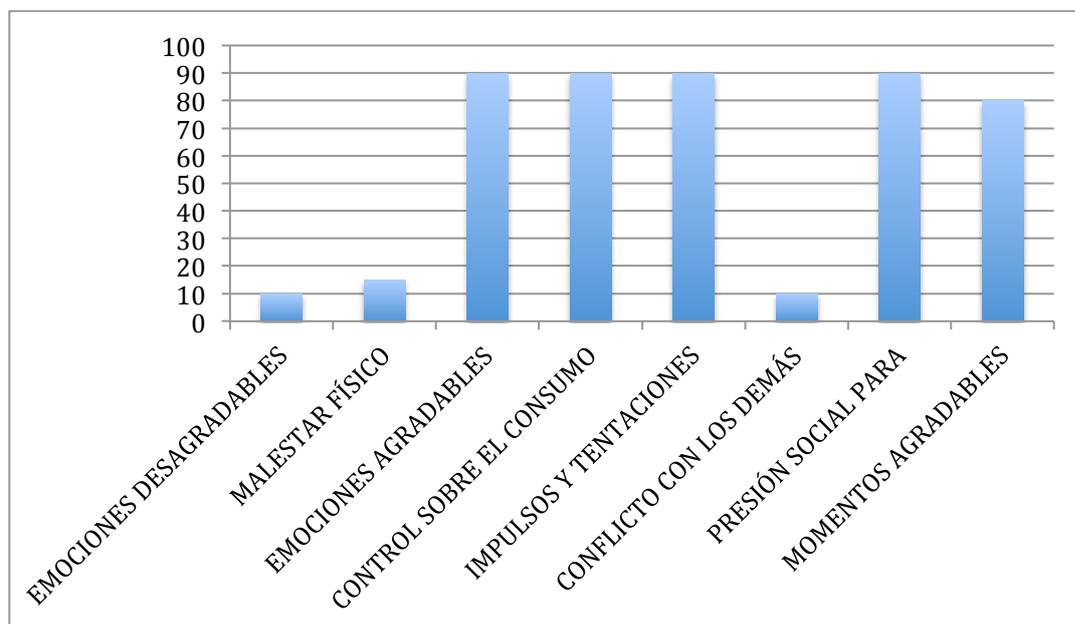
Los resultados obtenidos para la evaluación de las Habilidades de Afrontamiento, (ver Figura 5). En lo que refiere al Factor *Pensamiento positivo*, es consciente de los efectos positivos de no consumir cocaína, a la vez que sabe afrontar sus malos sentimientos, aunque algunas veces le es más fácil evitar la vida que afrontarla. En el Factor de *Pensamientos negativos*, piensa en los efectos negativos de consumir cocaína pero no cree que haga tanto daño ni defraude tanto a amigos y familia, o que esté metido en un gran lío con dicha droga. Para el Factor *Distracción*, de lo que se considera utilizar estrategias de distracción por sí mismo para no consumir o que las conozca como por ejemplo, dice nunca telefonar a un amigo para evitar consumir, o pocas veces dejar el dinero en casa, aunque sí trabaja duro y se compra algo especial, o sale a dar un paseo, aunque nunca le resultó gratificante el comer una buena comida en lugar de consumir. Finalmente la puntuación para el Factor *Evitación*, las acciones que él hace para evitar la tentación de consumir si las utiliza, como por ejemplo, evitar los lugares donde consumía, frecuentar compañía de no consumidores, permanecer en casa escondido, aunque no dice darse cuenta de que esté afectando a su salud.

Figura 5. Puntuaciones en Habilidades de Afrontamiento



Según el BSCQ, (ver Figura 6,) las situaciones ante las que J no siente ninguna confianza, son ante emociones desagradables, si le salen las cosas mal, o si se siente deprimido, ante malestar físico como problemas para conciliar el sueño, nerviosismo o sentirse tenso, y ante conflictos con los demás como discusiones con amigos o compañeros de trabajo. En el resto, emociones agradables para celebrar, su control sobre el consumo de drogas o alcohol, impulsos o tentaciones de consumir o beber, o por presión social para lo mismo, o momentos agradables con los demás, se siente confiado casi al 100% con el mismo, por lo cual denota bastante confianza en sí mismo y ante momentos desagradables posee menos confianza como es normal. Por lo tanto se encuentra dentro de lo que se estima normalidad en seguridad de no consumir ante determinadas situaciones.

Figura 6. Puntuaciones en autoeficacia



PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

Dado que el sujeto J presenta un claro cuadro de dependencia a la cocaína, se propone el Tratamiento recomendado por el NIDA (Budney y Higgins, 1998), que consiste en CRA más Terapia de Incentivos (Higgins et al., 1991; García-Rodríguez, 2007).

El CRA trabaja la terapia conductual de pareja, habilidades para prevenir y afrontar recaídas, cambios en el estilo de vida, abstinencia, asesoramiento para pacientes desempleados, estrategias para reducir las barreras del tratamiento, si se consumen otras drogas, o existen otras psicopatologías., manejo en el estado de ánimo, y análisis funcional. En este programa abarca cuatro áreas fundamentales para el cambio en el estilo de vida: relaciones sociales y familiares, actividades de ocio y área vocacional.

El programa de CRA incluye también, el manejo de contingencias , donde los pacientes pueden ganar vales (*Vouchers*), y canjearlos por actividades de ocio, descuentos en servicios, etc. Además de integrar el Refuerzo Comunitario. Este programa se adapta a cada individuo de manera personalizada en lo referente al número de sesiones y orden.

Se propone conseguir la abstinencia a través de 12 sesiones, divididas en 12 semanas, 1 sesión por semana principalmente, y luego de seguimiento una sesión al

mes durante 3 meses. A continuación, en la *Tabla 2*, se muestra la organización de dichas sesiones.

Tabla 2. Componentes del Programa CRA más Terapia de Incentivo.

Semana 1	Se Presenta el Plan de Tratamiento. Se establecen Objetivos.
De la semana 2 a la 5	Análisis Funcional. Hábitos de sueño. Habilidades de rechazo. Asesoramiento en relaciones sociales. Prevención o consejo del VIH.
De la semana 6 a la 8	Relaciones sociales. Asesoramiento en Actividades de Ocio. Entrenamiento en Habilidades Sociales.
De la semana 9 a la 11	Hábitos de sueño. Orientación Profesional. Relaciones Sociales. Entrenamiento en Relajación. Revisión de los Progresos de l Tratamiento. Establecimiento de Objetivos para la última semana 12.
Semana 12	Añadir componentes o continuar la terapia en las áreas trabajadas durante las primeras semanas.

Se iniciará un Programa de Reforzamiento con Incentivos, en el que el sujeto, cada vez que obtenga un resultado negativo en el marcador bioquímico de orina para el consumo de cocaína, se le darán una especie de “Vales”, que irá acumulando y podrá canjear por descuentos en servicios, comercios, cines, conciertos, etc. El refuerzo al principio será continuo, pero luego el refuerzo pasará a ser intermitente para mantener la conducta de no consumo e ir bajando la cantidad de puntos hasta la supresión total. Durante la intervención, como herramienta de evaluación, se usarán

las bioquímicas de orina para la detección de consumo de cocaína. Las 8 primeras semanas, las bioquímicas se realizarán en cada sesión, y las últimas 4 semanas se realizarán cuando el terapeuta crea conveniente. La semana que la bioquímica de orina para la detección de consumo sea positiva, se realizará un análisis funcional para ver los motivos de esa caída, y si fuese negativo, se realiza un reforzamiento y una discusión. En relación a los resultados de esas Bioquímicas se otorgarán los refuerzo o incentivos a continuación detallados.

-Semana 1 negativo: Vale de 30 puntos canjeable por 2 entradas al cine o una cena para 2 personas.

-Semana 2: Vale de 30 puntos canjeable por una cena para 2 personas o dos entradas al teatro.

-Semana 3: Vale de 30 puntos canjeable por un día de almuerzo y excursión multiaventura individual o para 2, o dos entradas al parque acuático.

-Semana 4: Vale de 30 puntos canjeable por un descuento del 30% en una compra de una tienda de ropa (precio máximo 100 euros).

-Semana 1+2+3+4= Una noche de hotel con cena y taller de Bachata y Salsa o spa. Todo esto si no ha usado los 4 vales de las 4 semanas anteriores sino que los ha acumulado.

-Semana 5 + 6: Entradas para dos a un concierto.

-Semana 7 + 8: Curso de cocina para dos personas o curso de informática.

-Semana 9-12: Cualquier día y refuerzo intermitente a elegir por el terapeuta.

A continuación se reflejan cada una de las Sesiones de la Intervención con sus respectivos objetivos, tareas y descripciones.

SESIONES DE TRATAMIENTO

SESIÓN 1

Objetivos:

- Revisar resultados de cuestionarios.
- Establecer Objetivos que se quieren alcanzar con el tratamiento.
- Proponer el Plan de Tratamiento.
- Psicoeducación sobre el consumo de cocaína.

Tareas:

- Explicar el funcionamiento de las bioquímicas de orina, los vales, y el plan de reforzamiento e incentivos.

- Explicar en que consiste el tratamiento, sesiones, duración, etc.
- Realizar un contrato conductual.
- Ofrecerle información al paciente sobre la cocaína, su consumo y efectos a corto y largo plazo.

Descripción:

En la primera sesión, lo que se haría en primer lugar sería informar sobre los resultados de los cuestionarios iniciales y exponerle el plan de tratamiento para que sea consciente de todo el proceso y los resultados a obtener. En segundo lugar, se realiza un contrato conductual que consiste en un contrato firmado por terapeuta y paciente en el cual se detalla el procedimiento del tratamiento, normas a cumplimentar por parte de ambos, consecuencias positivas del cumplimiento y negativas del no cumplimiento. A continuación, se realizaría psicoeducación sobre la adicción, abuso de cocaína y de los síntomas de la abstinencia, se le recomendarían algunos artículos para leer sobre las consecuencias del consumo de cocaína, además de presentarle una presentación power point informativa. Se le explicará también que el terapeuta irá anotando en unos gráficos visibles para el paciente cada semana los resultados de las bioquímicas y ser consciente de su proceso y avances. Durante las sesiones, siempre habrán objetivos para la siguiente sesión y tareas para casa.

Durante el tratamiento, puede ocurrir alguna crisis o problema, lo cual sería normal (tal como una depresión), habría que explicarle que éste tratamiento puede ayudarle a resolver esa crisis y vincularlo, sino fuese posible, se puede discutir el dejarlos para su abordaje al final del tratamiento o los últimos 15 minutos de cada sesión.

SESIÓN 2,3,4 Y 5.

Objetivos:

- Enseñar al paciente a realizar el Análisis Funcional.
- Entrenar en Hábitos de Sueño si fuese necesario.
- Proporcionar Habilidades de Rechazo.
- Asesorar en relaciones sociales.
- Asesorarle a nivel vocacional si lo solicitase.
- Prevenir y aconsejar del riesgo del VIH.

Tareas:

- Enseñarle en que consiste el Análisis Funcional.
- Dotar al paciente de herramientas para poder rechazar el consumo de cocaína.

- Elaborar un plan de auto-manejo mediante el Rol-playing.
- Enseñar y aconsejar actividades y rutinas para conciliar mejor el sueño si fuese necesario.
- Estrategias y métodos para conocer a gente nueva.
- Ver un vídeo sobre el VIH.
- Entregarle folletos, profilácticos, y un cuestionario a cumplimentar en casa sobre el vídeo.
- Discutir, comentar y resolver dudas si las hubiesen siempre al final de cada sesión.

Descripción:

En estas sesiones le enseñaremos en que consiste el Análisis Funcional, se le explicará que consiste en identificar las situaciones de riesgo, que suelen ser los precipitantes que hacen que consuma (determinadas personas, lugares, horas del día, consumo de alcohol...), la conducta (que en este caso es la de consumir cocaína), las consecuencias positivas de ese consumo, y las negativas, para así identificar esos precipitantes y evitarlos o realizar conductas incompatibles con ese consumo. El Análisis Funcional se realizaría cada vez que fuese necesario en las sesiones.

Si tuviese problemas con el sueño, también se le explicaría que en el período de abstinencia, al principio es normal tener insomnio. Para combatir ese insomnio y establecer un buen horario, sería necesario ejercer rutinas, como por ejemplo, levantarse a la misma hora cada mañana, no hacer siesta, no consumir cafeína después de las 4pm, no irse a la cama hasta que no tenga sueño, no realizar ejercicio físico por la tarde, etc.

Para el rechazo de cocaína, se realizarían planes de automanejo, y ejercicios de Rol-playing, que consisten en imaginar situaciones en las que le es difícil decir que no o rechazar el consumo y representarla intercambiando los papeles, por ejemplo, primero sería el paciente quien le ofrece cocaína al terapeuta y luego al contrario. Es muy útil para trabajar habilidades de afrontamiento. Una de las habilidades de afrontamiento es la racionalidad, una tercera parte de recaídas es por la presión social directa, un plan de automanejo es afrontar los disparadores del consumo de cocaína mediante el análisis funcional, y desarrollar un plan, elegir una situación en la que sea difícil decir que no, o que le suponga un problema, hacer una tormenta de ideas, considerar los efectos de cada una de las estrategias, calificar sus dificultades, seleccionar una y discutir como llevarla a cabo para finalmente ponerla en práctica.

En estas sesiones también se le enseñarían habilidades de rechazo de consumo de cocaína, enseñarle a decir que no, luego recordarle que su primer objetivo en este tratamiento es no consumir, luego debe de reforzar su convencimiento

y autoeficacia para no consumir y sentirse bien consigo mismo por no hacerlo. La técnica de modelado encubierto en imaginación por ejemplo, también sería una técnica para practicar y reforzar el rechazo al consumo, haciéndole pensar al paciente en que pasaría si por ejemplo una noche sale y le ofrecen cocaína y consume, cómo se encontraría el al otro día.

Se realizaría también asesoramiento vocacional si lo solicitase, que consistiría en enseñarle a realizar currículum, pasos a tramitar en la oficina de empleo, formaciones a las que puede acceder, etc. Otra de las tareas sería asesorarle en relaciones sociales, analizar las situaciones con las que se enfrenta a la hora de relacionarse con gente y abordarlas, practicar si es necesario o mejorar las tácticas para llevarlas a cabo y comentarlas después.

Por última tarea, se le presentará un video educativo donde se explican las vías de transmisión del VIH, las precauciones que debe de tomar, los peligros y consecuencias, las relaciones sexuales, y conductas de riesgo, finalmente se le pasaría un cuestionario y se le daría información para casa.

SESIÓN 6, 7 Y 8

Objetivos:

- Educación en relaciones sociales.
- Asesoramiento en actividades de ocio.
- Entrenar en habilidades sociales.

Tareas:

- Enseñarle a relacionarse con no consumidores, saber decir que no, técnicas asertivas, expresar sus sentimientos de forma adecuada, etc.
- Encontrar actividades alternativas.
- Rol playing.

Descripción:

En estas sesiones, sería informado de varias actividades que oferta la localidad para poder participar y conocer a gente, ampliar y mejorar su círculo personal y social. Además de buscar actividades placenteras que antes hacía o que le gustaría hacer o aún no ha hecho, para el mismo sentirse bien, conocer gente, y sentirse bien físicamente además de combatir el estrés y ocupar su tiempo, organizar su día a día, ocupar ese tiempo que antes dedicaba a consumir cocaína.

Otra tarea a realizar en estas sesiones sería enseñarle habilidades para manejar y usar el tiempo, aprender a planificar, organizar y priorizar las actividades de

su vida diaria que antes dedicaba en mayoría al consumo de cocaína como por ejemplo aprender a programar y ejecutar los eventos y actividades diarias mediante el sistema A,B y C, donde A son los ítems de más valor, B, las de nivel medio y C, los de nivel de importancia medio-bajo. Se planificaría en un horario y luego se revisarían las que ha cumplido y las que no a lo largo de la semana. No olvidar que debe de ser realista.

SESIÓN 9,10 Y 11

Objetivos:

- Entrenar en relaciones sociales.
- Enseñar hábitos de sueño si fuese necesario.
- Orientar a nivel vocacional si lo solicitase.
- Entrenar en relajación.
- Asesoramiento en relaciones de pareja si fuese necesario.

Tareas:

- Entrenar en técnica de respiración y relajación de Jacobson.
- Darle algún audio o incluso grabarle el mismo para que pueda practicar en casa.
- Invitarle a venir con su pareja si tuviese en ese instante y quiere, y enseñarles habilidades de comunicación, y realizar ejercicios.

Descripción:

En estas sesiones practicaríamos algunos de los ejercicios y técnicas anteriores, además de introducir la Técnica de respiración y relajación de Jacobson que consiste en tensar y destensar voluntariamente los grupos musculares, para así conseguir voluntariamente relajarse en situaciones que le provoquen ansiedad como en período de abstinencia. También se puede luego revisar mentalmente que todos los grupos musculares estén relajados y pensar en alguna escena agradable para terminar.

SESIÓN 12

Objetivos:

- Entrenar en relajación.
- Revisar progresos del tratamiento.
- Establecer objetivos para las próximas semanas.

Tareas:

-Repasar gráficas de progresos como de analíticas. También repasar los objetivos iniciales del programa.

Descripción:

En esta última sesión se volverá a entrenar en relajación, y se revisarán los progresos y resultados obtenidos tras el tratamiento. Además, de programar objetivos para las próximas semanas y repasar en las sesiones de seguimiento.

Las sesiones de seguimiento se realizarán una vez al mes durante 3 meses. El sujeto al finalizar el tratamiento, tiene habilidades y estrategias para no consumir cocaína, pero será seguido y ayudado siempre que sea necesario.

Objetivos:

-Asegurar que mantiene su abstinencia, calidad de vida y su salud sigue mejorando.

Tareas:

-Volver a pasarle los cuestionarios iniciales (LSI-C, CSSA, *Craving* o gravedad, AUDIT, SOCRATES, CBI y BSCQ)

Si siguiese con un problema de consumo de alcohol a pesar de la abstinencia de cocaína, habría que tratar con Disulfiran y proponer bebidas no alcohólicas alternativas, enseñar en habilidades de rechazo del alcohol, y autorregistro.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La cocaína es la segunda droga más consumida en España, además de ser la droga que más urgencias hospitalarias genera, además de no poseer tratamiento farmacológico efectivo. Por lo tanto, es un problema de salud pública muy importante y necesario abordar. El objetivo general de esta propuesta de tratamiento para la adicción a la cocaína, es conseguir la abstinencia de consumo de cocaína de un sujeto mediante una propuesta de tratamiento que consiste en el Refuerzo Comunitario (CRA; Higgins y Budney, 2006), más terapia de incentivos (Hunt y Azrin, 1973). Ya que es el tratamiento que mejores resultados ha obtenido en EEUU y recientemente validado en España (García-Rodríguez, 2007).

El sujeto que se ha evaluado, presenta casi todos los criterios del consumidor de cocaína, además de alta frecuencia del craving, deseo o compulsión por consumir, pérdida de control de esos impulsos y consumo entre tantos, asocia más efectos positivos que negativos de consumo y dedica bastante tiempo a la búsqueda y planificación del mismo. Está empezando a reconocer que tiene un problema y solicita

ayuda, por lo tanto la motivación es elevada, más que fundamental para que este tratamiento sea eficaz, además de su validez empírica. Las 12 sesiones son muy prácticas, dinámicas y educativas que abordan los problemas más importantes que conllevan al consumo de ésta sustancia o como consecuencia de ello, tales como entrenamiento en habilidades sociales, afrontamiento y resolución de problemas, asesoramiento vocacional y terapia de pareja. Los resultados de esta propuesta, aunque sólo fuese un sujeto, sería un ejemplo más a añadir de que este programa altamente eficaz.

El programa CRA más Incentivos, puede ser una estrategia efectiva y viable, a pesar de la falta de seguimiento en estudios más largos y con mayor número de sujetos (García-Rodríguez, 2007), que sería una de las limitaciones con las que nos hemos encontrado para la realización de esta propuesta y conseguir así la abstinencia y no recaída de consumo de cocaína. Otra limitación quizás podría ser la difícil localización de criterios para evaluar algunos de los cuestionarios que se han utilizado, aunque eran de los más adecuados en propiedades psicométricas para los factores que se querían evaluar.

REFERENCIAS

- Tejero i Pociello A. y Trujols i Albert J. (2003). *Instrumentos Clínicos para la evaluación de la dependencia de cocaína*. Barcelona: Psiquiatría Editores, S. L. .
- Apantaku-Olajide T., Darker C. D., Smyth B. P. (2013) Onset of cocaine use: associated alcohol intoxication and psychosocial characteristics among adolescents in substance abuse treatment., *J Addict Med.* 7(3), 183-8.
- Babor T.F., Higgins-Biddle J.C., Saunders J.B., Monteiro M.G. (2001) *The Alcohol Use Disorders Identification Test AUDIT*. Japan. World Health Organization
- Becoña Iglesias, E., y Cortés Tomás, M. (2008). Guía clínica de intervención psicológica en adicciones. Guías clínicas basadas en la evidencia científica.
- Budney, A.J. y Higgins, S.T. (1998). *A Community Reinforcement Plus Vouchers Approach: Teatring Cocaine Addiction*. Rocville: National Institute on Drug Abuse.
- Carroll, K. M., Fenton, L. R., Ball, S. A., Nich, C., Frankforter, T. L., Shi, J. y Rounsaville, B. J. (2004). Efficacy of disulfiram and cognitive behavior therapy in cocaine-

dependent outpatients: a randomized placebo-controlled trial. *Archives of General Psychiatry*, 61(3), 264-272.

García Rodríguez, O., Secades Villa, R., Álvarez Rodríguez, H., Río Rodríguez, A., Fernández Hermida, J. R., Carballo J.L., Errasti Pérez, J. M. Y Al-hababí Díaz, S. (2007). Efectos de los Incentivos sobre la retención en un tratamiento ambulatorio para adictos a la cocaína. *Psicotema*, 19 (1), 134-139.

García-Rodríguez,O. (2007). *Eficacia del programa de reforzamiento comunitario (CRA) más Incentivos para en Tratamiento de adicción a la cocaína*. (Tesis Doctoral) Oviedo.

González R.G. y Suárez M.A. (2002). Evaluación en programas de prevención de recaída: adaptación española del Inventario de Habilidades de afrontamiento (CBI) de Litman en dependientes del alcohol. Madrid. *Adicciones*, 2.

Echeverry V. (2016). *Tratamientos farmacológicos en la coadministración de alcohol y cocaína: efectos en la expresión de genes en el córtex pre frontal de la rata* (Tesis Doctoral). Madrid.

González R.G., Suárez M.A., (2002) Evaluación en programas de prevención de recaída: adaptación española del Inventario de Habilidades de Afrontamiento (CBI) de Litman en dependientes de alcohol. Madrid. *Adicciones*, 14.

Hser, Yih-ing D., Shen, Klaikang, D., Grella, Christine D., Anglin M., Douglas D., (1999), Lifetime Severity Index for Cocaine Use Disorder (LSI-Cocaine): A Predictor of Treatment Outcomes *Journal of Nervous & mental Disease*. 187.

Juárez, A.S, Méndez, S.B, Jurado, N, Munguía, A, Antón, B. (2005) Inmunodepresión activa contra la cocaína, 38 (6).

Kampman K.M., Volvipelly J.R., Mcginnis D.E., Alterman A.I., Weinrieb R.M., De Angelo L., Epperson L.E. (1998), Reliability and validity of the cocaine selective severity assessment 23, 449-461.

Kim JH, Lawrence AJ (2014) Drugs currently in Phase II clinical trials for cocaine addiction. *Expert Opin Investig Drugs*. 23(8), 1105-22.

- Lois, E., Álvarez, J.A. (2010) Motivación y retención en un tratamiento de adicción a la cocaína. *Proyecto Hombre*. Asturias.
- Miller, P. M., y Tonigan, J. S. (1996). Assessing drinkers' motivation for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). *Psychology of Addictive Behaviors*, 10, 81-89.
- Montoya I. D., (2010). Avances en la investigación de inmunoterapias contra las drogas de abuso. *Revista colombiana de psiquiatría*, 39.
- Montoya I.D. (2012). Advances in the development of biologic to treat drug addictions and overdose.
- Navarro, J.F. (2002). Utilización de vacunas para el tratamiento de la dependencia a la cocaína y a la nicotina. (*Artículo 49.043*) *Psiqu Biol.*, 9 (4): 175-7.
- National Institute on Drug Abuse. (1999). *Principles of drug addiction treatment*, Washington: U.S. Department of Health and Human Services.
- Plan Nacional Sobre Drogas. (2015). *Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES)*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Sanchez Hervás, E., Secades Villa, R., Zacarés Romaguera, F., García Rodríguez, O., Fernández Hermida, J.R., Santoja Gómez, F.J. (2008). Tratamiento psicológico para dependientes a la cocaína en la red sanitaria pública. *Trastornos Adictivos*, 10.
- Secades Villa, R., y Fernández Hermida, J.R. (2003). Guía de tratamientos Psicológicos eficaces para la drogadicción: alcohol, cocaína y heroína. En M. Pérez Álvarez, J. R. Fernández Hermida, C. Fernández Rodríguez & I. Amigo Velázquez (Eds), *Guía de tratamientos Psicológicos eficaces* (pp.107-139). Madrid: Pirámide
- Secades Villa, R., García Rodríguez O., Fernández Hermida J.R., y Carballo J. L., (2007) Fundamentos psicológicos del tratamiento de las drogodependencias. *Papeles del Psicólogo*, 28(1), 29-40.

Silva de Lima M., Farrell M., Lima Reisser A. ARL., Soares B. (2011). Antidepressants for cocaine dependence.

Tiffany S.T., Singleton E., Haertzen C.A., Henningfield J.E.(1993). The development of a cocaine questionnaire. *34*, 19-28.



ANEXO 1

Datos Sociodemográficos



Fecha:

Nombre:	
Apellidos:	
Sexo:	
Fecha de Nacimiento:	
Lugar de Nacimiento:	
Lugar de Residencia:	
Estado civil:	
Edad:	
Nivel de estudios:	Básicos Medios Universitarios
Familiares más cercanos:	
Hijos:	
Con quien reside:	

Acude de manera voluntaria:	SI NO
Fuente de referencia principal que ha influido para iniciar el tratamiento:	
Motivo por el que acude a tratamiento:	
Frecuencia de uso de esa droga en el último mes:	
Ya ha venido a tratamiento previo por dicha droga:	
Consume alguna otra droga:	
Cuál:	
Cantidad:	
Desintoxicaciones hospitalarias:	
Vía frecuente de administración:	
Tiempo transcurrido desde la última vez que consumió:	
Algún tratamiento farmacológico:	
Algún tratamiento Psicológico alguna vez:	
Actualmente:	
Enfermedades o consumo de drogas en la familia:	

Colaboración familiar en el proceso:	
Observaciones:	



Yovana García Nicola