



Grado en Psicología

Trabajo de Fin de Grado

Curso 2016/2017

Convocatoria Junio

Modalidad: Diseño de una propuesta de intervención

Título: Programa de reforzamiento comunitario (CRA) más terapia de incentivo en un caso único de cocaína

Autora: Isabel Ortega Bastán



Tutor: José Luís Carballo Crespo

Elche a 16 de Junio de 2017

ÍNDICE

1. Resumen.....	pág 2
2. Introducción.....	pág 3-5
3. Método.....	pág 5
3.1 Participante.....	pág 5
3.2 Instrumentos de evaluación.....	pág 5-7
4. Procedimiento.....	pág 7
5. Resultados.....	pág 7-11
6. Propuesta de intervención.....	pág 12-22
7. Conclusiones.....	pág 22-23
8. Referencias bibliográficas.....	pág 24-26



RESUMEN

Las drogas pueden funcionar eficazmente sobre el reforzamiento positivo de la búsqueda y la administración de la misma, pero estas conductas pueden ser moldeables. Por ello, en el presente trabajo se realiza una propuesta de intervención mediante un programa de manejo de contingencias denominado Programa de Reforzamiento Comunitario (CRA) + Terapia de Incentivo con un único paciente consumidor de cocaína. Su finalidad, es el fomento en el mantenimiento de la abstinencia, así como la mejora en aspectos relacionados con la calidad de vida incluyendo el entorno familiar, social y laboral del sujeto. Este programa hasta ahora, ha mostrado los mejores resultados, por ello tras esta propuesta de intervención que tendrá una duración de doce meses repartidos en cuarenta y ocho sesiones, se esperan resultados que evidencien un poco más la efectividad del mismo a pesar de que solo se trabaja con un participante.

Palabras clave: *Drogas, consumo de cocaína, abstinencia, reforzamiento comunitario, propuesta de intervención.*



INTRODUCCIÓN

En Europa, la segunda sustancia ilegal más consumida es la cocaína y el segundo país con las tasas más altas de abuso es España, después de Estados Unidos (Secades-Villa et al., 2007).

Según el Observatorio Español de drogas y toxicomanías (2016), el 10 % de la población en edades comprendidas entre 15 y 64 años, ha consumido cocaína en polvo o base alguna vez en su vida, el 2% en el último año y el 1% en el último mes. La prevalencia es mayor en los adultos jóvenes y varones, los valores más elevados se encuentran en hombres de 25 a 34 años (6%) y en mujeres de 15 a 24 años (2%). Siendo la edad media de inicio a los 21'5 años. La extensión del consumo de cocaína ha seguido una tendencia estable, mostrando una mayor proporción en hombres que en mujeres en todos los grupos de edad.

Debido al consumo de esta sustancia ilegal, en 2014 la cocaína causó un mayor número de demandantes a tratamiento (36'5%), la encuesta EDADES permite reconocer algunas de las características de la población en riesgo, siendo el perfil de un varón de 35 a 37 años aproximadamente el cual no ha recibido tratamientos previos, con educación secundaria finalizada y una situación laboral estable o no y que acude a tratamiento por voluntad propia. En 2014 la cocaína se relacionó con un mayor número de episodios de urgencias, se presenta en el 43% de los casos relacionados con el consumo de drogas. Estos datos se extraen del Observatorio Español de la droga y las toxicomanías, informe del (2016). Del mismo modo se caracterizan por estar socialmente integrados, ostentar un nivel sociocultural y económico superior a la media y entre ellos la mayoría no desarrolla un patrón de consumo problemático sino más bien de tipo intermitente y en contextos sociales (Bobes, Sáiz, González y Bascarán, 2001).

Al tratarse de una adicción que genera en el consumidor una dependencia y deriva en una serie de problemas, es probable que el toxicómano se plantee deshacerse y cambiar su estilo de vida, dejando a un lado el consumo de esta sustancia y trabajar en ello con la ayuda de un profesional especializado a modo que no siga interfiriendo en su estado de salud. Existen tratamientos eficaces para la adicción/dependencia de la cocaína. Por un lado hallamos los tratamientos farmacológicos, aunque no le custodia una evidencia científica que avale su eficacia (Hervás, Villa, Romaguera, Rodríguez y Hermida, 2008), esto puede ser debido a que por norma general, cuando se administra un fármaco viene combinado de intervenciones psicosociales, por lo que no se podría atribuir el éxito de la terapia únicamente a los fármacos. En los casos donde el paciente muestre un consumo de

alcohol y cocaína, debido a que la cocaína se consume en mayor medida cuando se ingieren bebidas alcohólicas (García-Rodríguez, 2008), la administración de *disulfiram* que actúa como agente aversivo del alcohol (Becoña Iglesias y Cortés Tomás, 2011) junto el tratamiento psicológico, en particular, la terapia cognitivo-conductual podría ayudar a reducir el consumo de cocaína por el efecto disuasorio de la ingesta de bebidas alcohólicas. Esta combinación supera a otras intervenciones placebo y de terapia interpersonal, ya que produce un descenso del “Craving” y a su vez, mejora la adherencia y eficacia del tratamiento (Prieto, Fernández y Díaz, 2008).

Sin embargo, si se eligen tratamientos psicosociales se intensificaría la eficacia del mismo, siendo aún más efectivo si se combina con medicinas (Iglesias et al., 2008). Los estudios fiables han mostrado vigor en la terapia cognitivo-conductual (Rodríguez, Villa, Fernández, Sánchez–Hervás y Zacarés–Romaguera, 2009) que contienen la terapia individual o de grupo, terapia cognitiva o el manejo de contingencias, este último ha tenido un fuerte impulso integrando el Programa de Reforzamiento Comunitario más terapia de incentivo (CRA + *Vouchers*) para el tratamiento de la adicción a la cocaína (Secades-Villa et al., 2007). Este programa fue originado por (Budney y Higgins, 1998) para el alcoholismo y consiste en la economía de fichas, donde el paciente recibe puntos canjeables para servicios en la comunidad cuando sus resultados en las muestras de orina de detección de drogas son negativos y por ende, el mantenimiento de la abstinencia al consumo de cocaína (Prieto et al., 2008).

Los problemas terapéuticos habituales a los que un profesional se enfrenta a la hora de realizar una intervención para la dependencia a la cocaína son varios. Por un lado, la interrupción prematura, su causa más frecuente es si refleja problemas psicosociales, médicos o psiquiátricos por los cuales se obtendrían los peores resultados. Uno de los factores más importantes de abandono es el “Craving” (deseo de consumo), cuanto más elevado sea más baja será la adherencia a los tratamientos (González Salazar, 2009). Igualmente las recaídas, sobre todo al principio del tratamiento, pueden tener frecuentes recidivas debido a que todavía desconocen las habilidades necesarias para el “Craving” y el autocontrol, interceptando el tratamiento (Caballero Martínez, 2005).

Para obviar estos riesgos, uno de los tratamientos garantizados por el NIDA es el Programa de Reforzamiento Comunitario más terapia de incentivo (CRA + incentivo) junto con prevención de recaídas Marlatt y Gordon (1985), siendo su objetivo la abstinencia de la cocaína, al mismo tiempo que los pacientes deben corregir o realizar

cambios en su estilo de vida, incluyendo las relaciones interpersonales, familiares, actividades de entretenimiento y el área laboral (García-Rodríguez, 2008).

Por lo tanto, el objetivo del presente trabajo consiste en realizar una propuesta de intervención en un único caso con el fin de fomentar la abstinencia al consumo de cocaína.

MÉTODO

Participante

Para este estudio de caso único se seleccionó al sujeto en la Unidad de Conductas Adictivas (UCA) de Elda. El usuario es un varón de 33 años que trabaja como comercial de seguros. Reside en Petrer y convive con su mujer y su hijo de 17 meses. Principalmente su consumo es problemático en contexto de ocio esnifando una media de dos a cinco gramos durante el fin de semana. Recibe apoyo socio familiar ante su problema.

Instrumentos de evaluación

Variables sociodemográficas

Se ha utilizado una entrevista (ad hoc) para recopilar información sobre datos sociodemográficos: Edad, género, lugar de residencia, nivel educativo, situación laboral, económica, social y familiar.

Consumo y dependencia cocaína

La historia y patrón de consumo, delimitación e importancia del problema, los determinantes de la conducta-problema y las expectativas y objetivos del paciente, se han evaluado mediante un conjunto de ítems recogidos en la entrevista (ad hoc).

Se utilizaron los criterios diagnósticos para medir la dependencia de la cocaína DSM-IV–TR (American Psychiatric Association, 1998). 7 ítems que coinciden con los criterios diagnósticos de dependencia donde el paciente debe responder Si/No.

Para medir el grado de deseo “Craving” ante el consumo de cocaína se ha administrado el *Cuestionario de Evaluación del Craving* (López Durán y Becoña, 2006). Es un cuestionario autoadministrado de 10 preguntas y evalúa los aspectos más importantes del Craving, (frecuencia, intensidad en el momento actual y semana previa, Craving ante estímulos ambientales, probabilidad de consumo, intención, pérdida de control una vez se comienza a ingerirlo y si se tiene la sustancia delante, anticipación de una mejora de la abstinencia y de los efectos positivos). Basado en los cuestionarios

de Tiffany et al. (1993) y Weiss et al. (1995). Esta escala presenta una estructura factorial de un solo factor y una adecuada fiabilidad, de 0.85 (López Durán y Iglesias, 2006).

Autoeficacia

Para valorar el grado de confianza situacional de resistencia al consumo ante diversas situaciones, se procedió a la aplicación del *BSCQ* “*Brief Situational Confidence Questionnaire*” (Breslin et al., 2000) que muestra la seguridad que tiene el paciente a evitar el consumo ante contextos de alto riesgo. Contiene 8 ítems con una escala de respuesta que va de 0% de confianza a 100%. Debe marcar en qué nivel de confianza se halla en las diferentes situaciones. Su tiempo de aplicación varía entre 5-10 minutos.

Alcohol

Para identificar trastornos relacionados con el uso del alcohol se aplicó el *AUDIT*, *Alcohol Use Disorders Identification Test*, (Saunders, Aasland, Babor, de la Fuente, y Grant, 1993), cuestionario autoadministrado de 10 preguntas (consumo de riesgo, posibles síntomas de dependencia y consumo perjudicial), su rango de puntuación oscila de 0-40, donde de 0-7 es el corte de bebedor sin problemas, 8-12 de riesgo y a partir de 13 con problemas físico-psíquicos y posible dependencia. Su consistencia interna es de 0.88. El tiempo de aplicación oscila entre 3-5 minutos.

Otras variables psicológicas

Para la evaluación de sintomatología depresiva se aplicó el *Beck Depression Inventory (BDI)* (Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961), cuestionario autoaplicado de 21 ítems con 4 alternativas de respuesta diferenciadas en dos factores, subescala: afectiva y somática. La puntuación obtenida gradúa la intensidad-gravedad de los síntomas. Depresión ausente: 0-9. Depresión leve: 10-18. Depresión moderada: 19-29. Depresión grave: ≥ 30 . Muestra una alta consistencia interna 0.86. Para su cumplimentación se necesita 10 minutos (Conde, Esteban y Useros, 1976).

Para detectar síntomas psicopatológicos se aplicó el “*The Brief Symptom Inventory*” (*BSI*) *Adaptación Española* (Derogatis, 2001), consta de una lista de 53 ítems agrupados en 9 escalas de síntomas (somatización, obsesión-compulsión, depresión, ansiedad, agresividad-hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, sensibilidad interpersonal y psicoticismo) y 3 índices generales (severidad global, malestar por síntomas positivos e índice total de síntomas positivos). El sujeto valora mediante una escala tipo Likert donde 0 nada y 4 mucho. Fiabilidad: consistencia interna 0,71- 0,85.

Estos ítems provienen del SCL-90-R, forma extensa del BSI. Tiempo de aplicación de 5-10 minutos.

PROCEDIMIENTO

En primer lugar, se contactó con la Unidad de conductas adictivas (UCA) de Elda, con el fin de proponer a los profesionales la intención de evaluar a un sujeto que actualmente o recientemente consume cocaína. Desde la primera toma de contacto, se especificaron los fines de dicha evaluación y la confidencialidad del mismo.

Se programó una reunión con la psicóloga de la UCA, donde tuvo lugar una primera toma de contacto y se habló más detalladamente del trabajo que se pretendía efectuar. Se comenzó evaluando al sujeto con una serie de instrumentos en la consulta de la psicóloga de la UCA, con una duración aproximada de 60 minutos. Asimismo determinados cuestionarios fueron cumplimentados por el sujeto de manera autónoma en casa.

RESULTADOS

En la entrevista psicológica, el paciente expone que acude a recibir tratamiento por su adicción a cocaína y alcohol por decisión propia. Refiere que la drogodependencia ha afectado considerablemente en el área laboral por la dejadez, falta de concentración e incumplimiento de horarios y tareas. Así como el entorno familiar y social se ha visto afectado, ya que casi pierde el enlace y contacto con ellos. Relata que desea recuperarse a todos los niveles y que se siente motivado hacia el cambio de un estilo de vida. En lo que respecta al ansia por consumir; anteriormente cualquier momento era bueno y su consumo era compulsivo, notaba nervios en el estómago, falta de apetito y buscaba el modo de contactar para adquirir la droga. No contempla la posibilidad de nuevos consumos, ya que se mantiene ocupado los 7 días de la semana trabajando, pero asegura que si emergan no sabría manejarlos. Comenzó a consumir hace 8-10 años de manera ocasional, desde los últimos dos su consumo es abusivo, de 5-6 veces al mes pero en grandes cantidades (2-5 gramos). Sus desencadenantes son: fin de semana, alcohol, evento social, amigos consumidores, euforia y diversión. Su deseo disminuye: entre semana, viajes familiares y entorno no consumidor.

Según los criterios de dependencia para el consumo de sustancias, como se observa en la *Figura 1*, el sujeto muestra 5 ítems positivos de 7, lo cual indica un patrón desadaptativo de sustancias interfiriendo negativamente en las actividades y relaciones

socio familiares y laborales, poca capacidad para manejar el deseo o “Craving”, tolerancia, mayor consumo del esperado una vez iniciado y gran pérdida de tiempo en la confección de la sustancia.

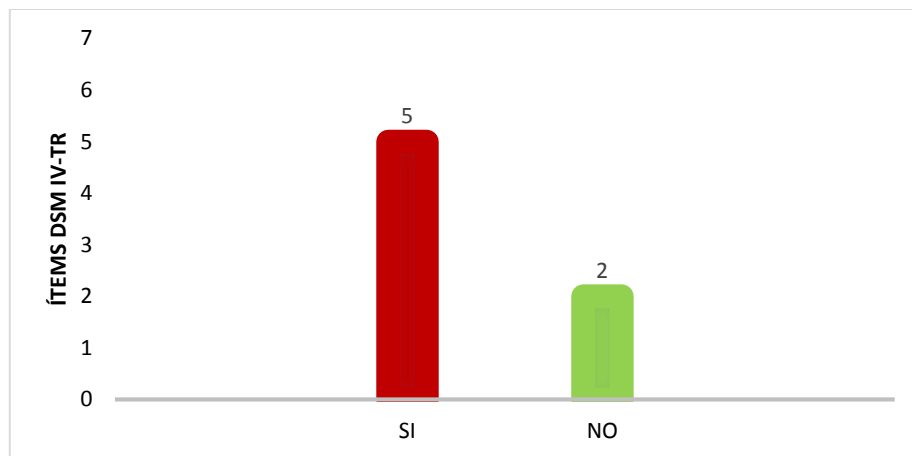


Figura 1: Dependencia psicológica a la cocaína

Mediante la evaluación de los aspectos más importantes del Craving, en la *Figura 2* se observa el deseo de consumo que posee en estos momentos el paciente. Como muestra la gráfica, el paciente ha obtenido como resultado un bajo nivel de Craving, exceptuando la dimensión de pérdida de control, que refleja que ante la disponibilidad de la sustancia y en el momento de empezar a consumir no manejaría la situación dejándose llevar por el apetito. Actualmente, el sujeto se muestra en la fase de abstinencia donde disminuye su ansiedad y el Craving continua siendo bajo. Cabe destacar, que su intención hacia el consumo así como la anticipación de una mejora de la abstinencia y de los efectos positivos es baja, por lo que podría facilitar la contención del consumo ante la apetencia y/o presencia de estímulos condicionados.

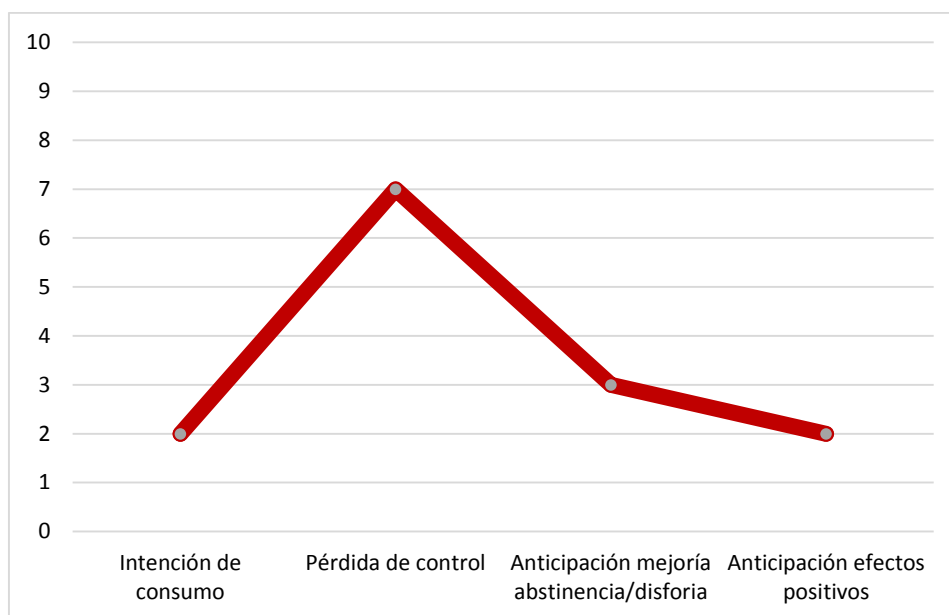


Figura 2: Escala Cuestionario Craving

En la *Figura 3* se muestra la autoeficacia percibida por el paciente en determinadas ocasiones. El sujeto muestra unas puntuaciones elevadas denotando una alta confianza ante su resistencia al consumo, excepto en las situaciones donde el sujeto está contento, se encuentra en una celebración o está compartiendo momentos agradables con sus amigos disminuyendo su confianza, reflejando también una pérdida del control en la evitación de la ingesta de cocaína y alcohol. Cabe destacar, su elevada confianza ante emociones desagradables, por ejemplo en caso de depresión, malestar o necesidad física y presión social donde en el caso que se sintiera nervioso, tuviese necesidad de consumir bebidas alcohólicas, o que alguien le ofreciese tomar drogas, percibe una seguridad elevada 90% y 100%.

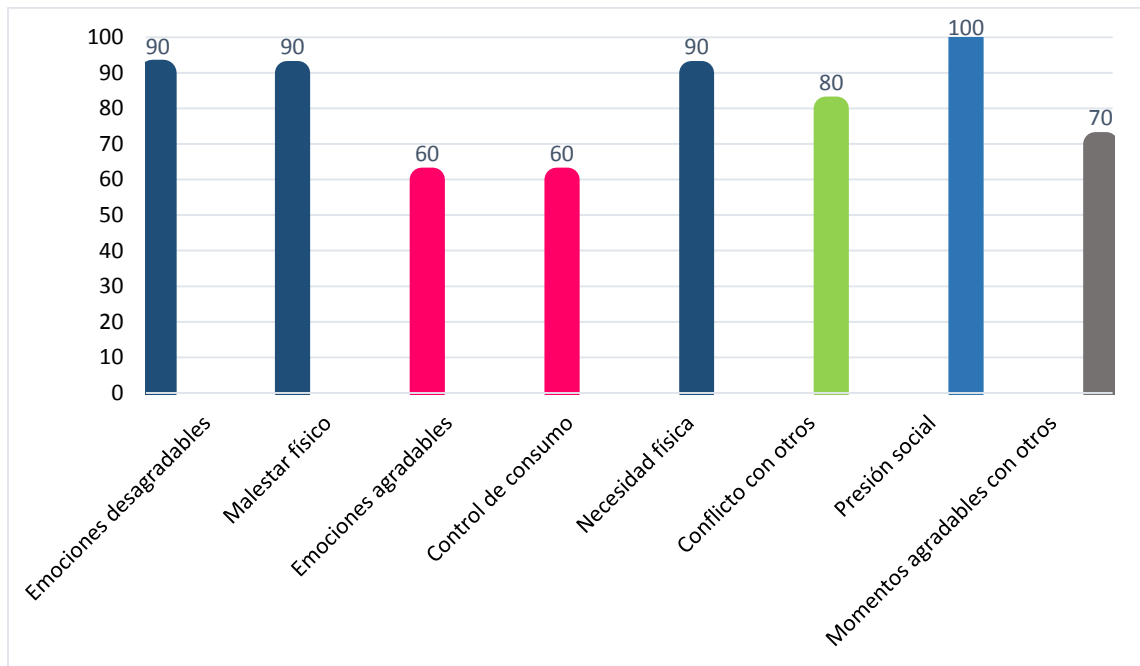


Figura 3: Confianza situacional, BSCQ.

Por otro lado, el paciente ha obtenido una puntuación en el AUDIT 16 sobre 40, como se observa en la Figura 4, presentando un problema de riesgo de abuso de alcohol y posible dependencia ante un consumo perjudicial.

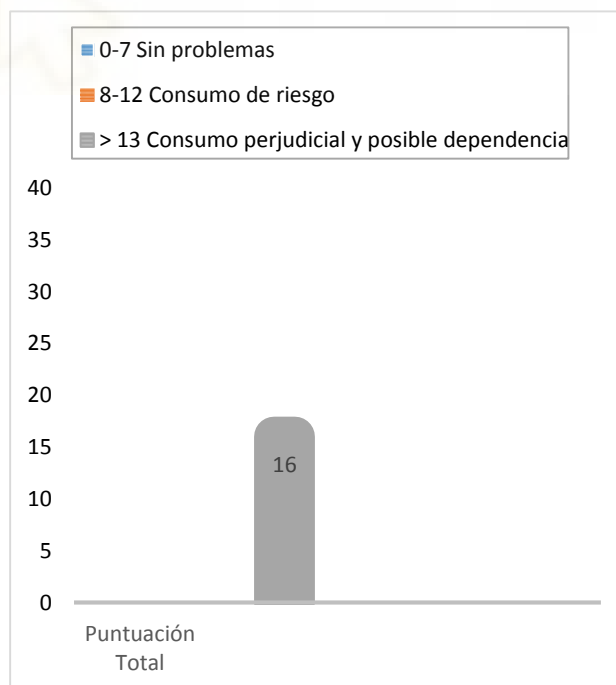


Figura 4: Consumo de Alcohol, AUDIT.

Tras la corrección de BDI, el evaluado ha obtenido una puntuación de 7 puntos. Por lo tanto, muestra depresión ausente o mínima en el diagnóstico de sintomatología depresiva. En la *Figura 5* se observa la puntuación de los ítem en función de cómo se ha sentido el paciente en los últimos 7 días incluyendo el día de aplicación del cuestionario. 0 indica nada y 4 mucho. Estos datos demuestran que el sujeto no posee síntomas de malestar (distrés) psicológico general ya que en todos los factores se encuentra por debajo del punto de corte.

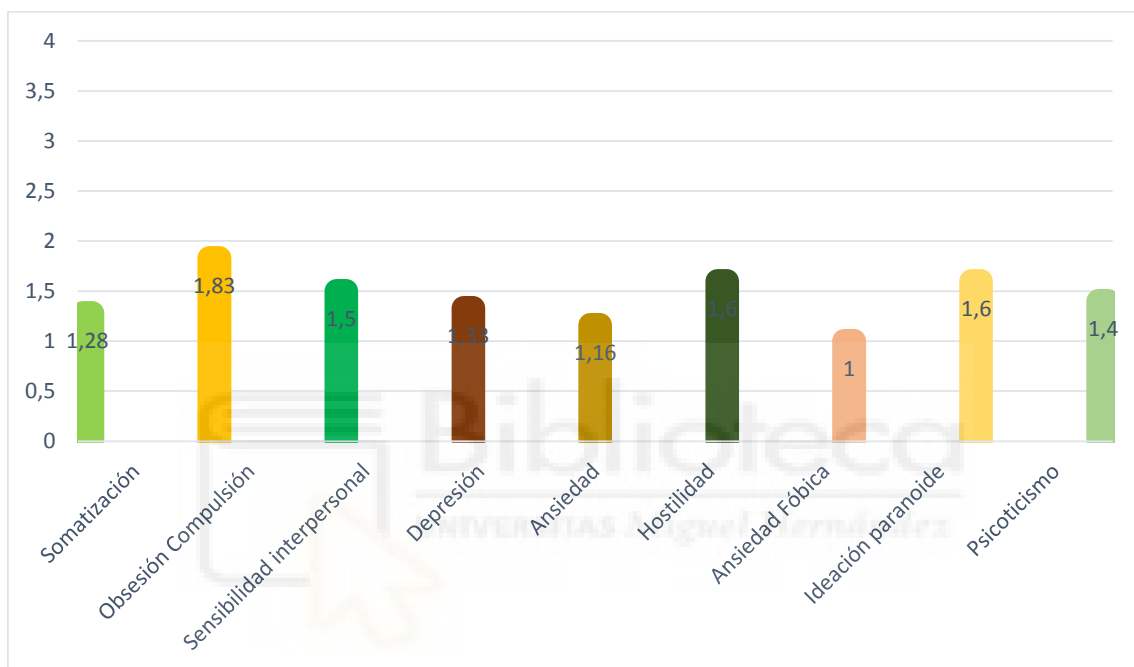


Figura 5: Inventario Breve de Síntomas, BSI.

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

La duración del programa de intervención será de cuarenta y ocho sesiones en régimen ambulatorio, con una frecuencia de asistencia de una vez a la semana durante doce meses. Se realizará una sesión semanal, de sesenta minutos de duración, las sesiones grupales en cambio tendrán una duración de 90 minutos. Todas las semanas se realizará antes de la sesión un análisis de orina hasta finalizar el tratamiento. Las sesiones serán individuales principalmente, pero en algunos casos el sujeto acudirá a talleres grupales, ya que son las formas de tratamiento más comunes para el abuso de drogas.

El objetivo fundamental es la abstinencia a la cocaína. El sujeto recibirá un incentivo o recompensa por cada muestra de orina negativa. Este sistema de incentivos se contempla en el programa de reforzamiento comunitario (CRA) más terapia de incentivo, se trata de un tratamiento psicológico eficaz para la dependencia a la cocaína avalado por el National Institute on Drug Abuse (NIDA). En este programa de manejo de contingencias, el usuario recibirá sistemáticamente puntos canjeables para bienes y servicios en la comunidad como reforzadores, con la intención de realizar un cambio en su estilo de vida. Cabe destacar, que estos puntos canjeables nunca serán de tipo monetarios. Los vales (vouchers) serán canjeables por entradas a conciertos y espectáculos, cursos, bonos descuento para restaurantes gimnasios o transporte público entre otros. A su vez, los incentivos formarán parte del tratamiento psicológico, es decir, ayudarán de forma positiva en su paso por el programa terapéutico (Secades-Villa, García-Rodríguez, Fernández-Hermida y Carballo, 2007). Además se evaluará la abstinencia semanalmente al paciente durante todo el tratamiento con reactivos *Quickscreen Test de Eve Layper* (son bioquímicos que detectan el consumo de cocaína en la orina de forma rápida 5-10 minutos).

A continuación se muestra la estructura de las sesiones, el programa se debe respetar manteniendo la distribución aunque el estilo terapéutico sea flexible, adaptándose a las necesidades del paciente. Se mostrará aceptación en todo momento, y se colaborará junto al paciente durante el proceso, reforzando positivamente todo progreso y esfuerzo observado y conseguido por el usuario. El tratamiento será individualizado y se facilitará refuerzo telefónico en los momentos de mayor dificultad en el mantenimiento de la abstinencia.

CUADRO 1. Estructura del programa CRA

1. *Terapia de incentivo (sesión 1, 2)*

2. *Habilidades de afrontamiento de consumo de drogas (sesión 3 , 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10)*

Análisis funcional

Plan de automanejo

Entrenamiento en habilidades de rechazo

3. *Cambios en el estilo de vida (sesión 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22)*

Manejo del tiempo

Asesoramiento social-actividades de ocio

Entrenamiento en solución de problemas

Asesoramiento vocacional

Entrenamiento en habilidades sociales

Prevención VIH/SIDA

4. *Asesoramiento en las relaciones de pareja (sesión 23, 24)*

5. *Consumo de otras drogas (sesión 25, 26, 27, 28)*

Alcohol

6. *Otros trastornos (sesión 29, 30, 31, 32)*

Depresión

Ansiedad

Insomnio

7. *Prevención de recaídas (sesión 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40)*

8. *Seguimiento (sesión 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48)*

Componente 1. Terapia de Incentivo (sesión 1, 2)

Objetivos:

- Establecer una buena alianza terapéutica
- Orientación al proceso de tratamiento
- Explicación de la terapia de incentivo
- Mejorar las expectativas

Tareas: Contrato conductual, establecimiento de objetivos, primera toma de contacto con el programa (vales, plan de reforzamiento con incentivos, tipos de refuerzos, gráfica resultados de analíticas urinarias) abordaje de preocupaciones y dudas, transmisión de mensajes positivos.

Descripción

El primer contacto terapéutico consistirá en llegar a un acuerdo y un compromiso terapeuta/paciente con la finalidad de trabajar juntos hacia un mismo objetivo. Por lo tanto, se realizará un contrato conductual, con el objetivo de que el paciente se implique y sincere con el tratamiento establecido, manteniéndose abstinentes para así evitar el abandono precoz. Se establecerán los objetivos a trabajar, siendo el primer objetivo lograr la abstinencia a la cocaína.

Se expondrán los puntos a trabajar y se tendrán en cuenta las expectativas del paciente valorando si son realistas. Es importante aclararle que este tratamiento no solo va a consistir en el mantenimiento de la abstinencia sino también, a través de un trabajo conjunto, instaurar un estilo de vida más saludable y gratificante, afectando positivamente a sus relaciones interpersonales. Seguido de esto, se especificarán las bases del tratamiento, describiendo en que consiste la terapia cognitivo-conductual y de forma detallada el programa de reforzamiento comunitario (CRA + terapia de incentivo) y el funcionamiento del sistema de recompensas así como el valor de los puntos.

Durante todo el programa se trabajará la terapia de incentivo, ya que al inicio de las sesiones se tomará una muestra de orina para la detección de cocaína. Al finalizar la sesión, si la muestra resulta negativa, se le administrará un vale a modo de refuerzo y se proporcionará retroalimentación positiva. Por el contrario, se discutirán los motivos y se propondrán alternativas para evitar recaídas y no se administrará ningún refuerzo tangible. Estos vales serán administrados de manera sistemática para ser cajeados por servicios en la comunidad tras la ejecución de la conducta objetivo (mantenimiento de la abstinencia).

Tarea para casa: descripción del programa que se va a trabajar para indicar su comprensión y expectativas de la terapia.

Componente 2. Habilidades de afrontamiento de consumo de drogas (sesión 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10)

Objetivos:

- Detección de situaciones de riesgo y consecuencias
- Aumentar la tolerancia a la frustración
- Mejorar el autocontrol realizando un plan alternativo ante situaciones precipitantes
- Fomentar la asertividad mediante habilidades de rechazo
- Afrontar estados negativos afectivos

Tareas: instruir y explicar los componentes del análisis funcional (AF), formalizar un plan de automanejo y entrenar las habilidades de rechazo.

Descripción

Resolución y aclaración de dudas que le puedan surgir en lo que respecta al programa de intervención. El primer paso es identificar las situaciones de alto riesgo que desembocan en consumo.

En este caso, el sujeto ya detecta sus principales desencadenantes (fines de semana, alcohol...) pero se le explicará el funcionamiento del análisis funcional (AF) para identificar otras posibles causas desencadenantes que obstaculicen el mantenimiento de su abstinencia. Además, se le administrará un autorregistro para que anote el nivel de deseo de consumo en dichas situaciones u otros contextos. Del mismo modo, se identificarán las consecuencias positivas y negativas que experimenta tras el consumo. Una vez entendido el AF, el terapeuta y el paciente seleccionarán una situación de riesgo del AF y propondrán alternativas para el manejo de dicha situación, realizando un debate sobre cómo la resolvería y el nivel de dificultad que supone para él enfrentarse de una determinada forma a la situación escogida. Por otro lado, se centrará en aprender las habilidades necesarias para el rechazo de consumo de drogas. Aquí el usuario debe aprender a cómo evitar tales tentaciones. El terapeuta expresará una situación provocativa para el paciente y éste deberá de manera asertiva rechazarla mediante el juego de roles. Con este ejercicio, el paciente irá adquiriendo alternativas

de respuesta para cuando se tope con situaciones agradables y tenga presente la sustancia.

Antes de finalizar se dará paso a los familiares en consulta. Deberá exponer en qué consiste el tratamiento, y los objetivos que quiere alcanzar. Se comprometerá a no hacer uso del dinero de modo que sus familiares gestionen su economía. Sus allegados le ayudarán a realizar una exploración de las consecuencias negativas del consumo y el paciente plasmará las positivas, de modo que la familia pueda comprender y proporcionar el apoyo que va a necesitar el cocainómano. Finalmente se recomendará sobre todo al principio del tratamiento a alejarse de eventos sociales los fines de semana hasta que el paciente muestre autocontrol y maneje las habilidades de rechazo y disminuya su Craving en las situaciones de riesgo.

Tarea para casa: Especificar las posibles barreras que le podrían dificultar en el transcurso del tratamiento, y de ser así qué estrategias utilizaría para afrontarlas. Cumplimentar el autorregistro detallando el nivel de Craving.

Componente 3. Cambios en el estilo de vida (sesión 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22)

Objetivos:

- Mejorar los conflictos interpersonales
- Modificar hábitos en función de sus actividades
- Conseguir un soporte social en ámbitos libres de drogas
- Aprender a planificar y organizar el tiempo libre
- Trabajar los aspectos cognitivos que ayuden a la consecución de objetivos
- Controlar las situaciones de riesgo
- Aumentar la autoeficacia
- Modificar el estilo de vida
- Controlar la conducta impulsiva, hostilidad e ira
- Educar al paciente sobre los riesgos de contraer enfermedades de transmisión sexual (ETS)

Tareas: gestión del tiempo libre, entrega de agenda, realizar un listado de actividades agradables, identificación y solución de problemas, recolectar información sobre actividades de ocio que ofrece la comunidad, charla psicoeducativa y debate, visualización de video, entrega de profilácticos y cuadernillos informativos ETS.

Descripción

Manejo del tiempo

Inicialmente se repasará el AF, para llevar un seguimiento y fortalecer las habilidades de rechazo. Una vez repasado el AF, se preguntará al paciente que tipo de actividades ha abandonado tras el consumo y cuales le gustaría realizar para así, escribirlas con el sistema A, B, C donde A serán las de mayor valor, B valor medio, C valor medio-bajo, siendo todas realistas para su práctica. Se utilizará como instrumento una agenda, donde registrará con ayuda del terapeuta las actividades elegidas y su respectivo horario para llevarlas a cabo durante la semana, haciendo un uso de su tiempo apartado del consumo de drogas. Esta tarea es importante y se le insistirá en su cumplimentación ya que la ausencia de actividades sociales es uno de los motivos de recaída a largo plazo.

Tareas para casa: programar la semana con las actividades escogidas y cumplimiento Lista de autoevaluación conductual.

Asesoramiento social-actividades de ocio

Se le facilitará información sobre dónde acudir e informarse sobre actividades de ocio que ofrece su comunidad, de ese modo se evita el aburrimiento y el sujeto se mantiene activo, mejorando su salud física y una red social no consumidora de drogas. Estas actividades serán elegidas en función de los gustos e intereses del paciente, además de sensatas en lo que respecta a la disponibilidad y motivación. Finalmente, se revisará la lista de autoevaluación conductual, donde se recogerá información sobre las necesidades de aprendizaje para desenvolverse mejor.

Entrenamiento en solución de problemas

Se realizarán ejercicios donde el paciente identifique y reconozca problemas cotidianos que le inducen al consumo, y con ayuda del terapeuta se propondrán medios y alternativas sobre cómo afrontarlos, se seleccionará la más plausible de todas para ejecutarla, seguido se debatirá de las consecuencias que pueden derivar tras la conducta elegida y por último se llevará a cabo para demostrar su efectividad o por el contrario elegir otra alternativa propuesta. Es importante que lo trabaje por escrito para afianzar los pasos a seguir hasta automatizarlos.

Tareas para casa: deberá resolver los conflictos personales e interpersonales surgidos por escrito (identificando el problema, proponiendo alternativas sobre cómo lo solventaría y las consecuencias que han derivado de sus actos).

Asesoramiento vocacional

El sujeto en esta área no necesita un gran soporte, puesto que se encuentra cómodo en su trabajo y satisfecho. Por el momento, al tratarse de un consumo durante los fines de semana no interfiere en su trabajo. Pero a modo de prevención se le informará de los posibles riesgos que asume si continúa haciendo uso de esta droga, con la intención de concienciar y prevenir la pérdida del mismo. También recordarle y reforzarle que la satisfacción laboral favorece el mantenimiento de la abstinencia.

Entrenamiento en Habilidades Sociales

Se revisarán todos los aspectos vistos anteriormente, se seguirá un control en el uso de la agenda, se cuestionará cómo se encuentra realizando las actividades planteadas y el nivel de satisfacción que experimenta.

Llegados a este punto, se explicarán los estilos de comunicación: (pasivo, asertivo y agresivo) y tendrá que identificarse con uno de ellos una vez aprendidos los roles. Se iniciará en el entreno de las habilidades sociales, con un grupo de personas con diagnóstico de dependencia a algún tipo de sustancia. Su finalidad es movilizar los recursos internos y compartir experiencias con personas que se encuentran en una situación similar. Se trabajará el control personal que el paciente tiene de sí mismo, además de integrarlas en su repertorio conductual. Se trabajarán aspectos como: habilidades comunicativas; “decir no con asertividad”; los mitos del control; asesoramiento en relaciones sociales y control de impulsos, mediante el role playing con usuarios que parten con una base en HHSS para poner en práctica las estrategias administradas. La mejora en las HHSS permitirá al sujeto desarrollar vínculos saludables en el entorno, mejorando las relaciones interpersonales especialmente en su contexto más cercano, siendo este su familia y pareja. Además, esto fomentará la recuperación de las personas no consumidoras que abandonó tras iniciar el consumo y se disipará el sentimiento de soledad.

Prevención VIH/SIDA

Se comenzará la sesión con un diálogo donde exponga aspectos positivos y negativos de la semana y se repasará la agenda y la gestión del tiempo libre. Seguido de esto, iniciará un debate para introducir la charla informativa sobre el riesgo que asume cuando está bajo los efectos de la coca, así como, las posibles enfermedades que derivan del consumo (síndrome inmunodeficiencia adquirida, (SIDA), hepatitis viral), ya sea por compartir objetos contaminados con otras personas que puedan ser portadores, o por el simple hecho de estar drogado y comportarse de forma que podría perturbar su salud al distorsionarse la percepción de la realidad, siendo no consecuente del daño que pueden causar ciertos tipos de comportamientos en su salud y entorno más cercano, interfiriendo en la toma de decisiones y en el buen juicio, como por ejemplo participar en relaciones sexuales de riesgo al no utilizar protección o al intercambiar sexo por drogas.

Para concluir se visualizará un video, donde personas en su misma situación relatan su estilo de vida tras haber adquirido alguna de las patologías advertidas y se le entregarán profilácticos y cuadernillos informativos sobre ETS.

Tareas para casa: buscar información y realizar un resumen con ejemplos de conductas de riesgo que se derivan bajo los efectos de la sustancia.

Componente 4. Asesoramiento en las relaciones de pareja (sesión 23, 24)

Objetivos:

- Incremento de los refuerzos positivos
- Afrontar problemas cotidianos aportando retroalimentación positiva
- Entrenamiento en comunicación
- Manejo del estrés

Tareas: analizar los progresos hasta el momento y las analíticas, invitar a la pareja del sujeto, asesoramiento en relaciones de pareja, habilidades de comunicación, determinación de pautas de funcionamiento y llegar a un acuerdo mutuo realizando compromisos recíprocos, rellenar escala de satisfacción de relación de pareja.

Descripción

Estas sesiones se realizarán en conjunto con su pareja y se comprobará si hay problemas para abordarlos y discutir asuntos relevantes, ambos dos cumplimentarán la escala de satisfacción de relación. Se entrenarán las habilidades de comunicación y de relación (mejorar la comunicación, desacuerdos, conflictos, buenas habilidades de escucha, mala escucha) para abordarlas durante las sesiones. La pareja puede solicitar el abordaje de cualquier complicación que surja entre ellos.

Componente 5. Consumo de otras drogas (sesión 25, 26, 27, 28)

Objetivos:

- Seguir con el fomento de la abstinencia
- Abordaje en consumo de alcohol

Tareas: Recomendación de *Disulfiram*, repasar habilidades de rechazo.

Descripción

Se evaluarán los progresos de las sesiones anteriores y se le reforzará la puesta en marcha de las estrategias trabajadas. También se visualizará una gráfica donde contiene información de los urianalisis. Se revisarán los resultados del AUDIT y se alentará a aceptar el uso de *Disulfiram* controlado y pautado por el psiquiatra de la Unidad de Conductas Adictivas. Además se trabajarán estrategias conductuales dirigidas a la abstinencia. Se repasarán las habilidades de rechazo pero focalizadas al alcohol y alternativas ante la presión social. Deberá imaginarse situaciones donde el paciente tenga riesgos de consumir alguna bebida alcohólica y el manejo de dichas, como ingerir bebidas sin alcohol, ya que si no lo hace, se dispararía el deseo de consumo de ambas sustancias.

Componente 6. Otros trastornos (sesión 29, 30, 31, 32)

Objetivos:

- Aumento de estados de ánimo positivos
- Mejorar y adquirir buenos hábitos en el patrón de sueño
- Entrenamiento en relajación

Tareas: práctica de la relajación progresiva de Jacobson, administrar las 6 reglas de higiene del sueño, darle CD con relajaciones guiadas para la práctica en casa.

Descripción

Como el paciente no muestra sintomatología depresiva, las sesiones se focalizarán en instruir al paciente en la técnica de relajación comenzando por la guía en respiración y en tensar y destensar voluntariamente diferentes grupos de músculos. Esta técnica se utilizará como herramienta para múltiples situaciones de su vida pero sobretodo, en las nuevas situaciones sociales, donde el sujeto pueda sentirse ansioso al no consumir drogas, de modo que se sienta relajado, confiado y más eficaz. Se enfatizará que esta habilidad se consigue con la práctica. Cuando controle la relajación, deberá elegir situaciones tensas o estresantes y efectuar la relajación en ellas. Si padece problemas de insomnio, rellenará el diario del sueño para identificar fortalecer/debilitar señales saludables o insalubres y se llevará a cabo las reglas de higiene del sueño. Deberá seguir unas instrucciones como: evitar el consumo de cafeína a partir de mediodía, realizar ejercicio físico de forma regular preferiblemente por la mañana o no muy cercano a la hora de acostarse, todos los días acostarse a la misma hora y dormir entre 7-8 horas entre otras. La realización de actividades como ver la televisión y leer deberá evitar llevarlas a cabo en la cama, así como actividades estresantes. Estas se cambiarán por la práctica de relajación instruida.

Tareas para casa: Práctica de la relajación dos veces al día, una alarma podría utilizarse como recordatorio. En un autorregistro deberá anotar cómo se siente después de su práctica. Sería conveniente que la pareja se implicase en la realización de esta técnica.

Componente 7. Prevención de recaídas (sesión 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40)

Objetivos:

- Identificar las situaciones, afectos y pensamientos que pueden continuar interfiriendo
- Fomentar la continuidad en la participación de actividades seguras y libres de drogas
- Aplicación de las habilidades aprendidas en la vida real
- Mantener la motivación
- Gestión del estilo de vida
- Integración en grupos de apoyo

Tareas: repaso de los objetivos principales, analizar y comprobar la existencia de algún déficit en los contenidos abordados, explicación del programa de prevención de recaídas, entrenamiento en relajación, afianzar las habilidades de afrontamiento y repaso de los contenidos emprendidos, administración de un termómetro motivacional.

Descripción

Se iniciarán las sesiones con entrenamiento en relajación. Este bloque se realizará con un grupo de usuarios, ya que en esta fase se supone que el paciente tiene un nivel de funcionamiento suficientemente bueno en casi todos los dominios. La finalidad es consolidar, mantener y generalizar los cambios logrados y disminuir la probabilidad de recaídas. Se perfeccionarán los contenidos abordados como: diferencias entre fallo ocasional y recaída, relajación física y mental, análisis de estados de malestar y pensamientos alternativos, adiestramiento en solución de problemas, errores más frecuentes de comunicación, pautas de buena comunicación y escucha activa. Finalmente se realizará un balance del estilo de vida estableciendo adicciones sanas y positivas.

Componente 8. Seguimiento (sesión 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48)

Objetivos:

- Tratar de mantener y consolidar los objetivos positivos alcanzados
- Sostener la abstinencia y el bienestar del paciente
- Toma de decisiones y alcanzar autonomía

Tareas: mantenimiento de los refuerzos ambientales, repaso de los contenidos en las sesiones de seguimiento.

Descripción

Se realizará un listado de todo lo positivo que ha avanzado hasta ahora, seguido de esto, se le administrarán de nuevo los cuestionarios aplicados al inicio del programa. Si se detecta algún deterioro se focalizarán las siguientes sesiones en reforzar el área afectada. Se motivará al paciente para que continúe realizando las mismas técnicas utilizadas hasta ahora para lograr un cambio óptimo.

CONCLUSIONES

La cocaína tiene efectos perniciosos para la salud, además de ser potencialmente adictiva (Prieto et al., 2008). Por tanto, es importante contar con intervenciones que ayuden a reducir el consumo de sustancias, dotando al consumidor de estrategias para que de forma autónoma sea capaz de enfrentarse ante las adversidades.

Por ello, la aplicación del CRA + terapia de incentivo es una óptima elección para el tratamiento del consumo de cocaína, además de contar con estudios que controlan la eficacia del mismo, mostrando resultados efectivos en concreto en nuestro país llevados a cabo en contexto comunitario, evidenciándolo empíricamente y siendo un tratamiento de primera línea (Secades-Villa, García-Rodríguez, Fernández-Hermida, y Carballo, 2007). A pesar de ser un programa viable y avalado, es necesario contar con estudios con un mayor número de sujetos que evidencie un poco más la efectividad del mismo.

Con esta propuesta de intervención se esperan resultados positivos tras su aplicación, ya que el tratamiento se extiende durante 12 meses, y en él se abordan las necesidades del paciente mediante la consecución de los objetivos planteados para su caso. Es frecuente en los tratamientos para drogodependientes la falta de adherencia (García-Rodríguez et al., 2007), este uno de los inconvenientes al que nos enfrentamos, puesto que el consumo del paciente es compulsivo y podría recaer en cualquier momento perdiendo el interés y la motivación, teniendo como consecuencia el abandono del tratamiento. Pero cabe destacar, que el paciente evaluado tiene buena predisposición al proceso de cambio y constante en el mantenimiento del mismo ante su recuperación, por lo que va en la dirección de incrementar sus habilidades y estrategias conductuales que favorecerán positivamente en sus relaciones interpersonales y estado de salud. Además, la consecución de los objetivos planteados fortalecerá la retención en el tratamiento al prepararle para un adecuado afrontamiento en caso de que sucediesen contratiempos. Es cierto, que no se puede afirmar unos resultados exitosos en esta propuesta de intervención, ya que una de las limitaciones ha sido no poder llevarla a cabo y se desconoce su garantía, pero sus sesiones son prácticas, dinámicas y focalizadas a las necesidades del usuario, por lo que la persecución y la cumplimentación del objetivo primordial más todo el trabajo en su conjunto, proyectan una viabilidad en la obtención de todos los incentivos por su contención en el consumo y la gran recompensa de este programa; mantenerse abstinentemente, experimentar mejoría en todas las áreas trabajadas, y la recuperación de la estabilidad deseada en su calidad de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association. (1998). *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona
- Beck, A. T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J. y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of general Psychiatry*, 4, 561-571.
- Becoña Iglesias, E. y Cortés Tomás, M. (2011). Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación. Barcelona: *Socidrogalcohol*, 19-26.
- Budney, A.J. y Higgins, S.T. (1998). A Community Reinforcement Plus Vouchers Approach: Treating Cocaine Addiction. Rocville: National Institute on Drug Abuse.
- Caballero, L., & Alarcón, A. (2005). Adicción a cocaína: neurobiología clínica, diagnóstico y tratamiento. *Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo*.
- Conde, V., Esteban, T. y Useros, E. (1976). Revisión crítica de la adaptación castellana del Cuestionario de Beck. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 31, 469-497.
- Contel Guillamón, M., Gual Solé, A., y Colom Farran, J. (1999). Test para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT): Traducción y validación AUDIT al catalán y castellano. *Adicciones* 11(4) 337-347.
- Derogatis, L.R. (2001). Cuestionario de 90 síntomas (SCL-90-R). Madrid: TEA Ediciones, S.A.
- Durán, A. L., & Iglesias, E. B. (2006). Craving in cocaine dependence. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 22(2), 205–211.
- García-Rodríguez, O. (2008). *Eficacia del programa de reforzamiento comunitario (CRA) más incentivos para el tratamiento de la adicción a la cocaína*. Doctorado. Universidad de Oviedo.
- García-Rodríguez, O., Secades-Villa, R., Álvarez Rodríguez, H., Rodríguez, A. R., Fernández-Hermida, J. R., Carballo, J. L., Díaz, S. A.H. (2007). Efecto de los incentivos sobre la retención en un tratamiento ambulatorio para adictos a la

cocaína. *Psicothema*, 19(1), 134–139.

García-Rodríguez, O., Villa, R. S., Fernández, G. G., Sánchez–Hervás, E. y Zacarés–Romaguera, F. (2009). El Programa de Reforzamiento Comunitario (CRA) más terapia de incentivos para el tratamiento de la adicción a la cocaína. *Norte de Salud Mental*, 8(34), 1.

González Salazar, I. D. (2009). Estrategias cognitivo-conductuales para el manejo del craving. *Revista de Toxicomanías*, 57, 12-7.

Hervás, E. S., Villa, R. S., Romaguera, F. Z., Rodríguez, O. G. y Hermida, J. R. F. (2008). Tratamiento psicológico para dependientes a la cocaína en la red sanitaria pública. *Trastornos adictivos: Órgano Oficial de la Sociedad española de Toxicomanías*, 10(4), 275-283.

Llopis Llácer, J. J. (2001). Dependencia, intoxicación aguda y síndrome de abstinencia por cocaína. *Monografía Cocaína*, 147.

Manual CRA en el NIDA (1998). Disponible en: <http://archives.drugabuse.gov/TXManuals/CRA/CRA3.html>

Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (2016). *Informe 2016. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Pedrero Pérez, E.J., Fernández Hermida, J.R., Casete Fernández, L. Bermejo González, M.P., Secades Villa, R., y Tomás Gradolí, V. (2008). *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones*. Barcelona: Socidrogalcohol.

Prieto, A. T., Fernández, L. C. y Díaz, B. C. (2008) COCAÍNA COCAÍNA. Disponible en: http://www.bibliodrogas.gob.cl/biblioteca/documentos/COCAINA_ES_5976.PDF

Secades-Villa, R., García-Rodríguez, O., Álvarez, H., Río, A., Fernández- Hermida, J. y Carballo, J.L. (2007). El programa de Reforzamiento Comunitario más Terapia de Incentivo para el tratamiento de la adicción a la cocaína. *Adicciones*, 19 (1), 51-57.

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.



Secades-Villa, R. y Fernández-Hermida, J. R. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína. *Psicothema*, 13, 365-380.

