



Grado en Psicología

Trabajo de Fin de Grado

Curso 2017/2018

Convocatoria Febrero

**Modalidad:** Diseño de una propuesta de intervención

**Título:** Programa de Reforzamiento Comunitario (CRA) para la adicción a la cocaína:  
un estudio de caso

**Autora:** Alexandra Abellán Rodríguez

**Tutor:** José Luís Carballo Crespo

Elche 31 de enero de 2018

## ÍNDICE

1. Resumen.....	pág 2
2. Introducción.....	pág 3-5
3. Método.....	pág 5
3.1 Participante.....	pág 5
3.2 Variables e instrumentos.....	pág 6-8
4. Procedimiento.....	pág 8
5. Resultados.....	pág 9-14
6. Propuesta de intervención.....	pág 14-23
7. Conclusiones.....	pág 23
8. Referencias.....	pág 24-26



## RESUMEN

El consumo de drogas en España supone para la salud pública un gran problema, en concreto el consumo de cocaína ha sido el que más ha proliferado en los últimos tiempos. Mantener un consumo de cocaína afecta a la salud psicológica de los consumidores, algunos de los trastornos relacionados son, depresión, ansiedad, esquizofrenia u otros trastornos de la personalidad. Existe un conjunto de componentes bio-psico-sociales que podrían explicar el hecho de que una persona sea consumidora de cocaína. Las experiencias vividas tras la auto-administración de esta sustancia actúan como reforzadores a la hora de continuar con este consumo. Diversos estudios españoles muestran una alta eficacia en tratamientos para la desintoxicación de esta sustancia, como son la Terapia Cognitivo Conductual de Habilidades de Afrontamiento basada en prevención de recaídas (CBT) y el Programa de Reforzamiento Comunitario más Terapia de Incentvo (CRA + Vouchers). En esta ocasión para la intervención de un caso único de consumo de cocaína se va a trabajar con el Programa de Reforzamiento Comunitario (CRA) sin incluir el sub-componente de Terapia de Incentivo por falta de recursos. Esta intervención se va a llevar a cabo durante 24 semanas con un total de 25 sesiones incluyendo 8 sesiones de seguimiento, siendo el principal objetivo la abstinencia total del consumo de cocaína por parte de la paciente.

**Palabras clave:** Drogas, consumo de cocaína, Programa de Reforzamiento Comunitario, propuesta de intervención, abstinencia.

## INTRODUCCIÓN

El consumo de drogas está presente en la población desde los inicios de la humanidad y aún hoy en día el consumo de estas supone uno de los mayores problemas para la salud pública, así como las consecuencias del mismo (Secades-Villa y Fernández-Hermida, 2001).

Según datos recogidos en la encuesta EDADES realizada en los años 2015 - 2016 el consumo de cocaína en España ha sido el que más extensión ha experimentado, sobre todo entre los años 1999 y 2009, siendo inicialmente un 3,1% de población consumidora, hasta llegar a un 10,2%, y aunque a partir de entonces las cifras se han mantenido estables siguen siendo elevadas. La edad de iniciación de consumo de esta sustancia está en torno a los 21 años, y entre el 9% y el 10% de la población con edades comprendidas entre 15 y 64 años indican haber consumido cocaína alguna vez en su vida, encontrándose un mayor consumo de cocaína en hombres de entre 25 y 34 años y en mujeres de entre 15 y 24.

Existen factores tanto biológicos como psico-sociales que pueden determinar que una persona sea consumidora o no de cocaína. Es importante el contexto tanto familiar como social ya que disponer de modelos reforzadores de consumo, así como la familiaridad que se tenga con las drogas o el conocimiento de las consecuencias del consumo de las mismas se podrían suponer predictores para el consumo. Otra de las variables que se pueden indicar para que una persona mantenga o no la conducta de consumir serían los efectos y consecuencias que ha tenido después de la auto-administración de dicha sustancia, ya que las drogas tienen un papel reforzador positivo o negativo (Pomerleau y Pomerleau, 1987). Del mismo modo esto no es una regla general ya que los reforzadores para iniciar y mantener la conducta de auto-administración de esta sustancia no actúan igual en unos sujetos que en otros, así como también deben desvincularse los factores que precipitan la conducta de consumir, como los que la mantienen en un sujeto concreto (Secades-Villa, Gracia-Rodíguez, Fernández-Hermida y Carballo, 2007).

Se encuentran dos tipos de consumidores de cocaína, sujetos que lo hacen de manera ocasional y/o en situaciones concretas, que relacionan directamente con el consumo de cocaína. En estas ocasiones los sujetos suelen consumir una cantidad elevada de la sustancia. Por otro lado, los consumidores de cocaína crónicos, normalmente suelen consumir esta sustancia a diario o casi a diario siendo cada vez más necesario aumentar la dosis de cocaína para sentir los efectos deseados, es lo que se denomina tolerancia. Cuando el consumo se da de una manera muy elevada y este

tiene consecuencias a nivel fisiológico, comportamental y cognoscitivo hablamos de dependencia (Becoña y Cortés, 2011).

El hecho de que se mantenga el consumo de cocaína pone en riesgo la salud psicológica de los sujetos que la consumen. Estos trastornos psiquiátricos pueden aparecer por el consumo de cocaína, también este consumo puede modificar el curso natural del trastorno o bien puede que el paciente ya padeciese un trastorno psíquico y este predisponga a esta adicción. (Caballero Martínez,2005) Los trastornos psiquiátricos que se dan por consecuencia del consumo de cocaína están ligados a la predisposición biológica que tengan los consumidores para padecerlos. Algunos de los trastornos más comunes que se podrían asociar con el consumo de cocaína son: trastornos afectivos, de ansiedad, trastorno de personalidad antisocial y otros trastornos de la personalidad, TDHA, Esquizofrenia o Trastorno de control de impulsos entre otros. (Caballero Martínez, 2005)

La demanda de tratamientos para la deshabituación a la cocaína ha aumentado más de un 30% en los últimos tiempos (García-Rodríguez, Secades-Villa, García-Fernández, Sánchez-Hervás y Zacarés-Romaguera,2009). En base a las variables y estudios llevados a cabo en España en cuanto a los tratamientos para la adicción a la cocaína se podría decir que, no se encuentra evidencia en los tratamientos farmacológicos (Hervás et al.,2008), pero en ocasiones el consumo de cocaína se da simultáneamente con un consumo elevado de alcohol, es entonces cuando se administra Disulfiram, medicamento utilizado para la deshabituación del consumo de alcohol, que, junto con la terapia cognitivo-conductual, contribuye a la disminución del consumo de cocaína. (Becoña y Cortés, 2011).

Existen numerosos tratamientos psicológicos para abordar el problema de la adicción a la cocaína, pero los que más evidencia muestran según el NIDA (Rodríguez, Villa, Hermida, Carballo, 2007) son la Terapia Cognitivo Conductual de Habilidades de Afrontamiento basada en prevención de recaídas (CBT) y el Programa de Reforzamiento Comunitario más Terapia de Incentvo (CRA + Vouchers) que se muestra como una terapia con resultados excelentes. (Secades-Villa y Fernández-Hermida, 2001).

El principal objetivo de la Terapia Cognitivo Conductual de Habilidades de Afrontamiento basada en prevención de recaídas (CBT) es que el paciente sea capaz de afrontar situaciones de riesgo de consumo. Para ello es esencial que el sujeto disponga de habilidades de afrontamiento y autocontrol, las cuales se suponen adquiridas tras la CBT. (Becoña y Cortés,2011). Los componentes esenciales de la CBT son el análisis funcional, el cual se realiza durante el tratamiento siempre y cuando no

exista consumo por parte del paciente y el entrenamiento en habilidades, las que le ayudarán a desenvolverse mejor en el manejo de solución de problemas, en el reconocimiento de los pensamientos ligados al consumo de cocaína o a examinar las situaciones en las que el deseo de consumo aparece y estas son afrontadas con éxito. (García-Rodríguez, 2008).

En el programa de Reforzamiento Comunitario más Terapia de Incentvo (CRA + Vouchers), se trabaja a través del manejo de contingencias, los pacientes pueden ganar vales dependiendo de los resultados obtenidos en los análisis de orina que se realizan tres veces por semana. Estos vales son canjeables por vales de restaurantes o para beneficios para la comunidad, pero nunca por dinero. (García-Rodríguez, 2008). Es importante que los pacientes que recurren a terapia con un problema de adicción a la cocaína realicen cambios a nivel social y familiar, que integren en su repertorio nuevas estrategias para elegir ocio saludable que no esté relacionado con el consumo, así como en el área vocacional. Todos estos objetivos son perseguidos en el Programa de Reforzamiento Comunitario más Terapia de Incentvo (CRA + Vouchers), con los que se conseguirá el principal objetivo de este programa, la abstinencia total durante y después del tratamiento. (Secades-Villa y Fernández-Hermida, 2001).

Debido a la evidencia científica que muestran numerosos estudios españoles acerca de la efectividad del Programa de Reforzamiento Comunitario más Terapia de Incentvo (CRA + Vouchers), esta intervención de un caso único en consumo de cocaína se va a llevar a cabo con las bases de dicho programa, adaptándolo a las necesidades del paciente.

## **MÉTODO**

### **Participante**

Para realizar el estudio de caso único de consumo de cocaína se ha contado con la participación de una mujer de 30 años, la cual reside en Elche (Alicante), esta convive con su madre y su hermano mayor.

Es graduada en Ciencias Empresariales por la Universidad de Alicante y actualmente se encuentra en paro. El consumo de la participante se da normalmente en situaciones de ocio nocturno, el cual en ocasiones se alarga hasta el día siguiente. La mayoría de personas de su círculo social consumen esta sustancia, lo que supone un refuerzo para continuar con esta práctica.

## **Variables e instrumentos**

### *Variables sociodemográficas, historia de consumo y necesidad de tratamiento*

En primer lugar, se ha recurrido a la entrevista de evaluación *EuropASI* que es la adaptación europea del *Addiction Severity Index (ASI)* (McLellan, Luborsky, Woody y O'Brien, 1980) con el que se evalúa a personas adictas a algún tipo de droga y los problemas vinculados. Es una entrevista semiestructurada con un total de 26 ítems, repartidos en 6 escalas que evalúan: situación médica, laboral, consumo de alcohol y otras drogas, relaciones familiares/sociales, problemas legales, estado psiquiátrico y necesidad de tratamiento que se evalúa con un rango de puntuaciones de 0 (ausencia de problema) a 9 (problema extremo). Siendo: 0-1, no hay problema por lo tanto el tratamiento no es necesario, 2-3 existe un problema leve y el tratamiento es probablemente necesario, 4-5 problema moderado, sería necesario algún tipo de tratamiento, 6-7 problema considerable, tratamiento necesario y por último 8-9 problema extremo, necesidad absoluta de tratamiento.

Por otro lado, la fiabilidad de esta entrevista muestra una consistencia interna: 0,62 en la subescala drogas y 0,87 en la subescala de alcohol y enfermedades psiquiátricas y una fiabilidad en el test-retest de 0,92. En cuanto a la validez se muestra relación con otras medidas de consumo de alcohol como por ejemplo el MAST: 0,58. Su tiempo de aplicación oscila entre 45-75 minutos (McLellan, Luborsky, Woody y O'Brien, 1980)

### *Variables relacionadas con el consumo y la gravedad de dependencia*

Se ha recurrido al cumplimiento de un autorregistro por parte de la participante que permita evaluar los estímulos antecedentes al consumo, la conducta de la participante y las consecuencias después de la autoadministración de esta sustancia, para posteriormente poder realizar un *Análisis funcional* de la conducta de consumo de cocaína.

La escala *CAST (Cannabis Abuse Screening Test)* (Legleye et al., 2007) que consta de seis ítems y es utilizada para detectar el consumo de riesgo de cannabis, ha sido adaptada para este proyecto al consumo de cocaína. Está formada por una escala de tipo Likert (de 0=nunca a 4=muy a menudo), las puntuaciones que se obtienen oscilan entre 0 y 24.

La clasificación del riesgo es la siguiente: 0 puntos CAST: 0 Riesgo / 1 a 2 puntos CAST: Bajo riesgo / 3 puntos CAST: Riesgo moderado / 4 o más puntos CAST: Alto Riesgo. Con un Alfa de cronbach = 0,72

Los trastornos relacionados con el consumo de alcohol se han evaluado mediante el test *AUDIT, Alcohol Use Disorders Identification Test*, (Saunders, Aasland, Babor, de la Fuente, & Grant, 1993) este cuestionario consta de 10 ítems que proporcionan información acerca del consumo de riesgo, de los posibles síntomas de dependencia y del consumo perjudicial llevado a cabo. Los 8 primeros ítems son puntuados en una escala tipo Likert de 5 puntos, donde 0 significa nunca y 4 diariamente, y los dos últimos ítems en una escala 0-2-4. El rango de puntuación varía de 0-40, siendo de 0-7 el corte de bebedor sin problemas, 8-12 de riesgo y a partir de 13 con problemas físico-psíquicos y posible dependencia. Este test muestra una consistencia interna de 0,80, en cuanto a la validez presenta un índice de correlación con MAST ( $r = 0,88$ ) y con índices biológicos como el examen de gamma-glutamilttransferasa (GGT) (“r” igual a 0,31 en varones y 0,46 en mujeres) (Contel, Gual y Colom, 1999)

#### *Variables relacionadas con el cambio*

Para estudiar las *habilidades de afrontamiento* que presenta el sujeto se ha seleccionado el cuestionario *CBI (Coping Behavior Inventory)* (Litman et al., 1983, el cual ha sido adaptado al consumo de cocaína, permite averiguar en qué medida el sujeto lleva a cabo habilidades de afrontamiento para controlar situaciones de recaída, y que conductas pone en práctica para no consumir esta sustancia. Es una escala tipo Likert formada por 36 ítems los cuales se reparten en cuatro factores: *Pensamiento positivo, pensamiento negativo, evitación y distracción*. Las categorías de respuesta se gradúan como “normalmente (3)”, “a menudo (2)”, “alguna vez (1)” y “nunca (0)”. La puntuación del *CBI* oscila entre 0 y 108. Los cuatro factores explican el 44,39% de la varianza total, la consistencia interna es adecuada ( $\alpha = 0,90$ )

Se ha utilizado para medir la *confianza* ante ciertas situaciones, el *BSCQ (Brief Situational Confidence Questionnaire)*, desarrollado como alternativa al “SCQ” (Breslin et al., 1997). Consta de 8 ítems y evalúa la seguridad que tiene el sujeto al enfrentarse a situaciones en las que puede estar presente el consumo (*emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables, impulsos y tentaciones de consumir, conflictos con los demás, presión social para consumir y momentos agradables con los demás*) siendo 0 % nada seguro y 100% muy seguro. Los coeficientes de correlación para las subescalas oscilan entre 0,56 a 0,80.

### Otras variables psicológicas

Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (*State-Trait Anxiety Inventory, STAI*) (*Spielberger, Gorsuch, Lushene, 1982*) es una escala autoaplicada y evalúa el nivel de ansiedad del sujeto y como responde ante situaciones de estrés. Consta de 40 ítems con 4 alternativas de respuesta, los cuales la mitad de estos pertenecen a la subescala Estado que evalúa como se siente la persona en ese momento (Ansiedad Estado) y la otra a la subescala que mide como se siente la persona habitualmente (Ansiedad Rasgo). La puntuación de cada escala varía entre 0-30, siendo las puntuaciones más altas indicadores de estados de ansiedad. Muestra una consistencia interna de 0,90-0,93 (subescala Estado) y 0,84-0,87 (subescala Rasgo) con una fiabilidad en el test-retest: 0,73 y 0,86.

Para evaluar otras variables psicológicas como depresión se ha utilizado el cuestionario *Beck Depression Inventory (BDI)* (*Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961.*) Consta de 21 ítems con 4 alternativas de respuesta las cuales puntúan de 0 a 3 respectivamente, siendo 0 nada y 3 mucho, 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:  $\geq 30$ . Muestra una alta consistencia interna 0.86. Para su cumplimentación se necesita 10 minutos (Conde, Esteban y Useros, 1976).

## PROCEDIMIENTO

Se contactó con la participante ya que existía constancia de que esta es consumidora de cocaína habitual, se planteó en qué consistía el proceso y su posible participación en él, en todo momento se mostró interesada y colaboradora con el proyecto.

En primer lugar, se administró el cuestionario *EuropASI* y posteriormente se le facilitó el autorregistro para que pudiera rellenarlo. Dos días más tarde fue evaluada mediante el cuestionario *BDI* y *STAI*. Finalmente fueron administrados el *CAST*, *BSCQ* y *CBI*. Una vez recopilados todos los datos se procedió a la corrección de los mismos y su posterior análisis. En total en la administración de pruebas se ha empleado un tiempo de 2 horas.

## RESULTADOS

### *Variables sociodemográficas, historia de consumo y necesidad de tratamiento*

Los datos extraídos de la entrevista *EuropASI* se muestran en la figura 1 en una gráfica comparativa. Estos resultados revelan que la paciente no precisa atención en las áreas de salud física, empleo/recursos, situación legal y salud mental ya que las puntuaciones obtenidas no superan a los dos puntos. Sin embargo, se encuentran diferentes escalas en las que las puntuaciones en cuanto al baremo de medida se sitúan en una posición alta.

En cuanto al consumo de alcohol la puntuación obtenida es de 8 traduciendo esta puntuación en un problema extremo con esta sustancia, ya que la máxima puntuación que se puede obtener es de 9. La paciente apunta que comenzó a consumir alcohol a los 15 años y este consumo se ha dado de manera ininterrumpida en todas las ocasiones que esta ha acudido a lugares de ocio nocturno hasta la actualidad, en la que la paciente tiene 30 años. Por otro lado, en la escala drogas se obtiene una puntuación de 8 coincidiendo con la obtenida en la escala alcohol, mostrando una relación entre el consumo de ambas sustancias. El consumo de cocaína empezó a darse a los 18 años y esta sustancia ha sido consumida durante 12 años a lo largo de la vida de la paciente, siendo siempre la vía de administración nasal. De manera ocasional consume cannabis, este también empezó a consumirlo a los 18 años y a lo largo de su vida lo ha consumido durante 8 años de manera intermitente.

Haciendo referencia al ámbito social y familiar se obtiene una puntuación de 7. En cuanto al ámbito familiar se intuye la posibilidad de la existencia de problemas en la relación que tiene la paciente con su padre, ya que indica que en el último mes ha sentido abuso emocional por parte de este. Los problemas que se presentan preocupan a la paciente de una manera extrema, pudiendo ser estos un factor precipitante para el consumo de alcohol y otras sustancias. Por otro lado, haciendo referencia al ámbito social el principal problema que se observa es que la paciente pasa la mayor parte de su tiempo libre con amigos y amigas que presentan problemas con alcohol o drogas. Por lo tanto, se podría decir que esta situación social supone un refuerzo positivo para el mantenimiento de la conducta problema.

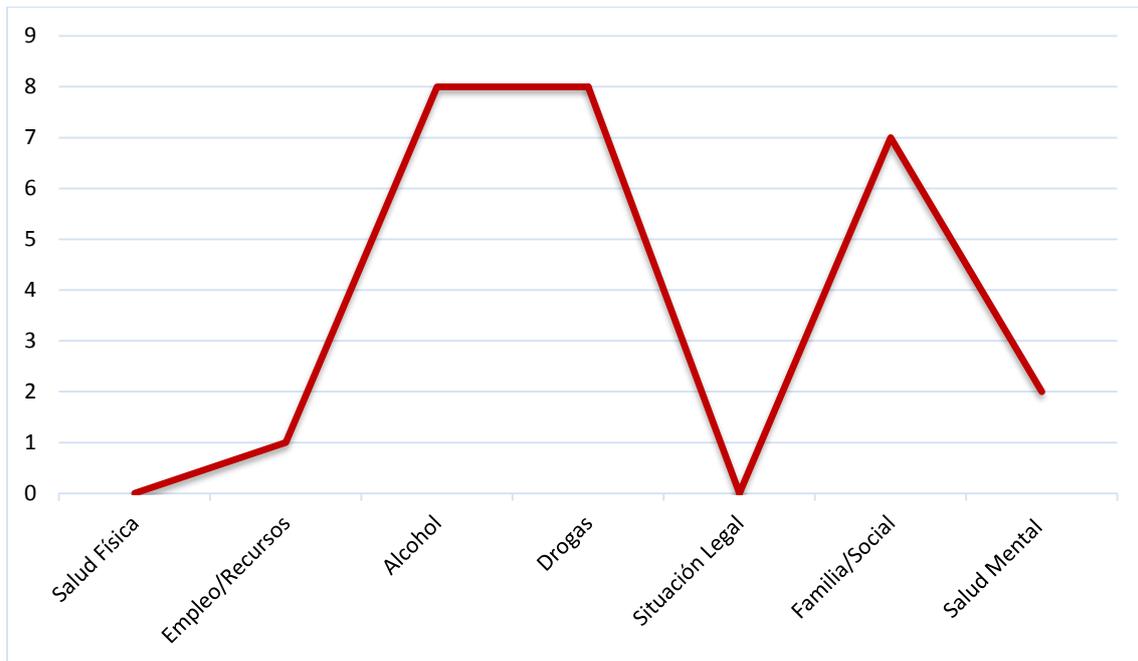


Figura 1. Necesidad de tratamiento en áreas del EuroASI

#### Variables relacionadas con el consumo y la gravedad de dependencia

A continuación, se muestran los datos recogidos mediante el autorregistro cumplimentado por la paciente

Cuadro 1. Información de Autorregistro. Ejemplo de un consumo de cocaína extraído del autorregistro

Situación	Pensamientos/ sensaciones físicas /emociones antes consumo	Conducta	Pensamiento/ sensaciones físicas/ emociones después consumo	Consecuencia (+) después consumo	Consecuencia (-) después consumo
Tarde con amigas	Aburrimiento, ganas de pasarle bien	Llamo a amigas y consumo	Risa, alegría, subidón	Lo bien que me lo he pasado	Depresión, vergüenza, malestar físico

Para analizar estos datos se ha llevado a cabo un análisis funcional, el cual muestra que los antecedentes de consumo de cocaína se dan por *estímulos ambientales* (tarde con amigas) y *estímulos cognitivos* (aburrimiento). La principal consecuencia que mantiene la conducta problema es el entretenimiento que encuentra durante la autoadministración de cocaína, actuando como *refuerzo positivo* lo que aumenta la probabilidad de volver a hacerlo. Por otro lado, las consecuencias negativas que indica la paciente tras el consumo de cocaína se entienden como un castigo

positivo, que debería reducir el consumo, pero sin embargo tal y como ocurre en las adicciones actúa como refuerzo negativo en el sentido de que en las situaciones que la paciente se siente aburrida y deprimida vuelve a llevar a cabo la conducta de consumo.

Los resultados obtenidos en ambos cuestionarios (*CAST* y *AUDIT*) muestran una posible dependencia por parte de la paciente a la cocaína y al alcohol. En la figura 2 se plasman ambos resultados en una gráfica comparativa

En cuanto a la escala *CAST* adaptada al consumo de cocaína se ha obtenido una puntuación de 16, siendo la puntuación máxima que se puede obtener en esta prueba de 24, por lo que la paciente muestra un consumo de alto riesgo. Los principales problemas que muestra la paciente son la pérdida de memoria tras el consumo de cocaína (ítem 3), problemas laborales y discusiones con otras personas tras el consumo (ítem 6). En el ítem 4 ha obtenido una puntuación de 4, indicando que las personas de su entorno le han manifestado en alguna ocasión que debería reducir el consumo de cocaína.

Por otro lado, la paciente ha obtenido una puntuación en el test *AUDIT*, de 30 sobre 40, evidenciando un claro problema de consumo de riesgo de alcohol.

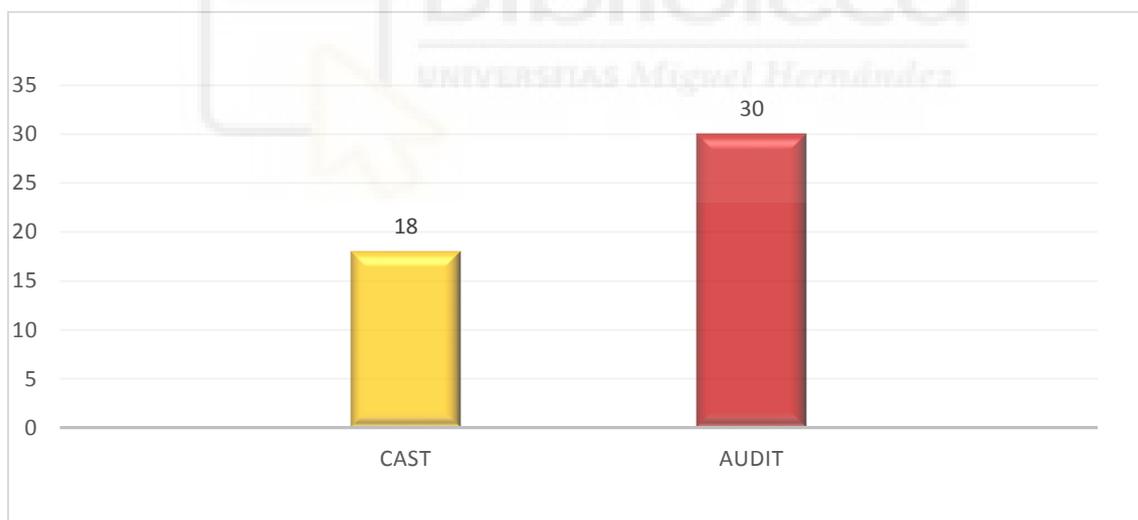


Figura 2. Puntuación *CAST* y *AUDIT*

### *Variables relacionadas con el cambio*

Los resultados obtenidos en el cuestionario *CBI* (ver figura 3) adaptado al consumo de cocaína, el cual evalúa las Habilidades de Afrontamiento muestran que en el factor *Pensamiento positivo* obtiene una puntuación de 0, esta puntuación indica que la paciente no es consciente de los efectos positivos que tendría para su salud y para su vida dejar de consumir cocaína, otra de las cosas que evidencian los resultados en este factor es que no es capaz de afrontar sus malos sentimientos. Por otro lado, en el factor *Evitación* también se obtiene una puntuación de 0 mostrando que la paciente nunca se ha planteado la opción de evitar situaciones donde antes había consumido cocaína, a nivel social tampoco ha valorado la opción de relacionarse con personas no consumidoras de cocaína.

En factor *Pensamiento negativo* la puntuación resultante es de 30, la paciente a menudo piensa en las veces que ha fallado a otros, en las promesas que les ha hecho y en que debe dejar de jugar consigo misma. El resultado obtenido en el factor *Distracción* ha sido 17, describiendo que la paciente en alguna ocasión ha llevado a cabo estrategias para dejar de consumir, como dejarse el dinero en casa, entretenerse con tareas en casa o comer una buena comida.

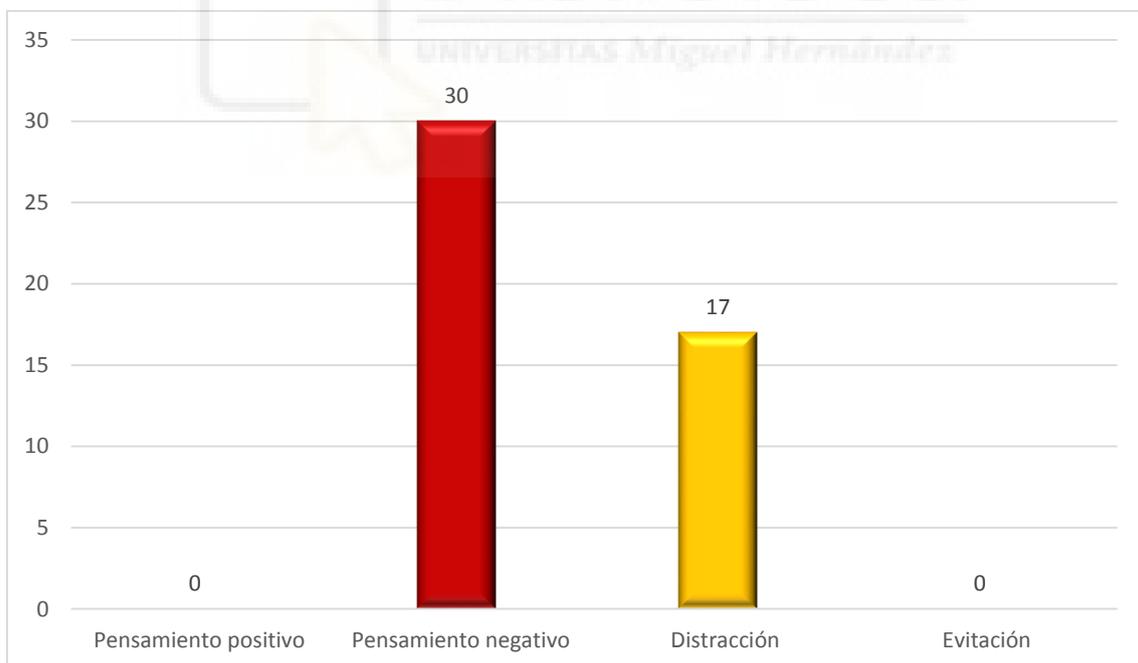


Figura 3. *Puntuaciones en Habilidades de Afrontamiento*

Respecto al cuestionario para medir la *confianza* ante ciertas situaciones, el *BSCQ* (ver *figura 4*) en todas las situaciones planteadas (*emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables, control sobre el consumo de alcohol, conflicto con otros, presión social, momentos agradables con otros*) la paciente indica que se siente segura entorno a un 10% en una escala de 0 a 100% donde 0 es inseguro y 100% es seguro.

El único ítem en el que se muestra un aumento en su seguridad (60%) es el que hace referencia a la necesidad física de consumir.

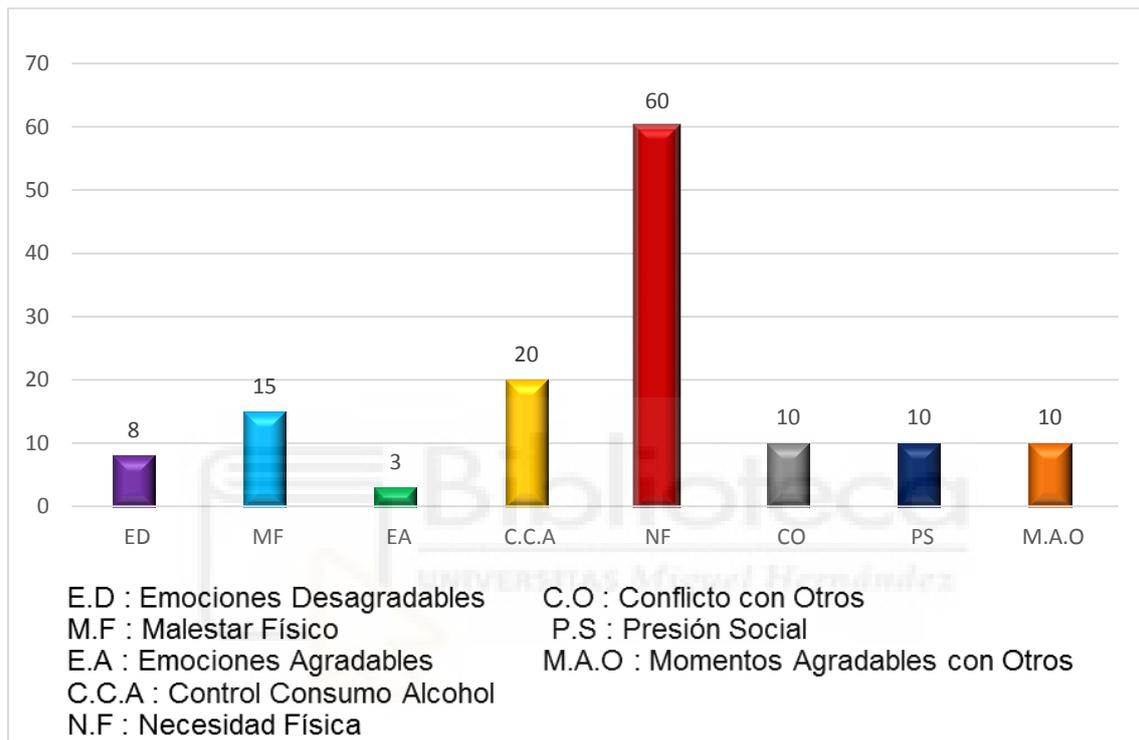


Figura 4. *Confianza situacional*

#### *Otras variables psicológicas*

Por último, en cuanto a las puntuaciones del *Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo* (ver *figura 5*) la paciente obtiene una puntuación de 12 correspondiente con el centil 40 en el concepto de Ansiedad-Estado, lo que indica una tendencia al promedio. Por otro lado, la puntuación resultante del concepto Ansiedad-Estado es de 35 y corresponde al centil 85, mostrando que la paciente presenta un estado de ansiedad continuo en su vida diaria.

Por otro lado, los resultados obtenidos en el cuestionario *BDI* (ver figura 5) suman una puntuación de 18, lo que indica que la paciente experimenta estados de depresión intermitentes (Depresión ausente: 0-9. Depresión leve: 10-18. Depresión moderada: 19-29. Depresión grave:  $\geq 30$ ).

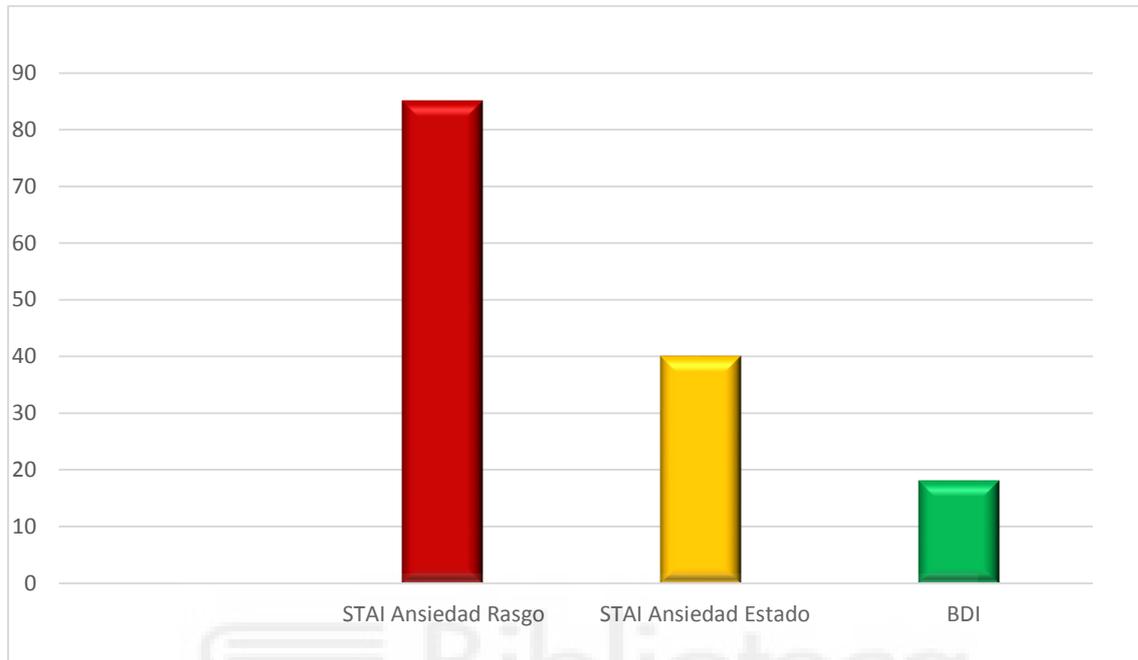


Figura 5. *Inventario sintomatología depresiva y ansiosa*

## PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

Esta intervención en un caso único de consumo de cocaína se va a llevar a cabo mediante el programa de Reforzamiento Comunitario, pero en esta ocasión el subcomponente de incentivos no va a estar presente, puesto que no se cuenta con los recursos necesarios para poder aplicarlo. Investigadores españoles han mostrado una eficacia mayor del CRA frente a los tratamientos comunitarios que se suelen aplicar en unidades especializadas en conductas adictivas. Existen datos que muestran que se logró mayor retención y abstinencia en los pacientes que fueron tratados mediante este programa (García-Rodríguez, Secades-Villa, García-Fernández, Sánchez-Hervás y Zacarés-Romaguera, 2009)

Este programa abarca cuatro áreas fundamentales para el cambio en el estilo de vida: *relaciones sociales y familiares, actividades de ocio y área vocacional* en las cuales se persigue (García-Rodríguez, 2008):

- Dotar al paciente de estrategias para disminuir las barreras del tratamiento, lo que favorece a la adhesión del mismo.

- Proporcionar al sujeto herramientas que le faciliten el reconocimiento de los antecedentes y consecuentes del consumo de cocaína mediante un análisis funcional de la conducta problema.
- Llevar a cabo conductas saludables alternativas.
- Prevención de recaídas, entrenando al sujeto para reducir ese riesgo.
- Asesoramiento vocacional.
- Terapia conductual en pareja para los pacientes que lo precisen.
- Tratamiento con *Disulfiram* para los pacientes que lo precisen.

Es necesario ajustar el programa a las necesidades específicas de cada paciente, sin dejar de lado los abordajes básicos del mismo. Basándonos en los datos recogidos en la evaluación, en esta ocasión los componentes de terapia conductual en pareja y el tratamiento con *Disulfiram* no se van a incluir, sin embargo, se ha incluido un componente, prevención de recaídas de Marlatt y Gordon (1985) puesto que en este caso se considera necesario. Por otro lado, la intervención se va a ceñir a la duración original del programa siendo esta de 24 semanas en régimen ambulatorio con un total de 25 sesiones una vez a la semana con una duración de 60 minutos cada una de ellas, exceptuando la primera sesión que será de 120 minutos.

Al mes de haber finalizado esas 24 semanas se van a realizar 8 sesiones de seguimiento durante ocho semanas.

El objetivo principal que se persigue con esta intervención es la abstinencia a la cocaína total por parte del paciente, durante el tratamiento y tras el mismo y reducir el consumo de alcohol.

A continuación, se muestra la estructura de la intervención que se va a llevar a cabo:

Cuadro1. Estructura del programa CRA

---

1. *Psicoeducación sobre el consumo de cocina y sus consecuencias (sesión 1,2)*

---

2. *Habilidades de afrontamiento de consumo de drogas*

(sesión ,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15)

- Análisis funcional
- Plan de automanejo
- Entrenamiento en habilidades de rechazo
- Asesoramiento social-actividades de ocio
- Entrenamiento en solución de problemas
- Asesoramiento vocacional
- Entrenamiento en habilidades sociales
- Prevención VIH/SIDA

---

3. *Consumo de otras drogas (sesión16,17)*

- Alcohol
- Cannabis

---

4. *Otros trastornos (sesión 18,19,20,21)*

- Depresión
- Ansiedad

---

5. *Prevención de recaídas (sesión 22,23,24,25)*

---

6. *Seguimiento (sesión 26,27,28,29,30,31,32,33)*

---

Extraído de García-Rodríguez. (2008)

*Componente 1. Psicoeducación sobre el consumo de cocaína y sus consecuencias (sesión 1, 2)*

*Objetivos:*

- Analizar resultados de la evaluación.
- Establecer objetivos a alcanzar.
- Describir tratamiento.
- Psicoeducación sobre consumo de cocaína y sus consecuencias.
- Aumentar percepción de riesgo sobre el consumo de cocaína.

*Tareas:*

- Analizar los resultados obtenidos por la paciente en la evaluación para clarificar el problema de adicción que existe.
- Describir por parte de la psicóloga y la paciente los objetivos que se pretende alcanzar con el tratamiento.
- Descripción acerca del tratamiento que se va a llevar a cabo.

- Resolución acerca de las dudas y preocupaciones que surjan por parte de la paciente.
- Realizar un contrato conductual para fortalecer el compromiso de la paciente con el tratamiento.
- Proporcionar información acerca del consumo de cocaína y sus consecuencias.

*Descripción:*

Para comenzar es importante crear un clima de confianza y seguridad para que la paciente se sienta lo más cómoda posible. Algunos de los resultados obtenidos tras la evaluación muestran que la paciente no es consciente del problema de adicción que tiene, ni las consecuencias que puede llegar a tener el consumo que está manteniendo, es por ello que se hace necesario realizar una revisión de estas y explicar cuál es su patrón de consumo para así aumentar su percepción de riesgo. Una vez hecha esta revisión se procederá a explicar en qué consiste el tratamiento, clarificando todas las fases del tratamiento y cuáles son los objetivos que la terapeuta quiere conseguir con esta intervención, haciendo en todo momento participe a la paciente para que esta también plante sus objetivos a perseguir.

Es esencial crear una alianza terapeuta-paciente por ello después de explicar en qué consiste el programa que se va a llevar a cabo se procederá a firmar un contrato conductual en el que se exponga en que va a consistir dicho tratamiento y el compromiso que se adquiere por ambas partes. Por último, por parte de la psicóloga se va a proceder a dar información acerca del consumo de cocaína dejando claro los conceptos básicos acerca de esta adicción, así como las consecuencias de su consumo tanto a nivel físico, social, laboral, familiar, así como psicológico, haciendo un listado detallado de la comorbilidad con otros trastornos psicológicos. Tras finalizar cada sesión se hará un recordatorio de lo trabajado en cada una de ellas y se resolverán las dudas pertinentes que tenga la paciente.

*Componente 2. Habilidades de afrontamiento de consumo de drogas (sesión ,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15)*

*Objetivo:*

- Enseñar a la paciente a realizar un análisis funcional de la conducta problema.
- Facilitar herramientas para el manejo de situaciones de riesgo.
- Proporcionar alternativas de ocio saludable.
- Mejorar las habilidades sociales.
- Dotar de habilidades para el manejo de problemas.

- Prestar asesoramiento vocacional.
- Informar acerca de problemas de salud como el VIH/SIDA.

*Tareas:*

- Formar a la paciente para que consiga realizar un análisis funcional sobre la conducta problema.
- Mediante un rol-playing recrear situaciones en las que el consumo podría estar presente para adquirir estrategias de rechazo.
- Proporcionar recursos de búsqueda de ocio saludable con ayuda de las redes sociales y páginas web que se dediquen a ello.
- Mediante unas fichas que se presentan diferentes situaciones (nuevas relaciones sociales, relaciones sociales ya establecidas, conflictos) la paciente debe describirlas y más tarde realizar un rol-playing.
- Proporcionar estrategias de búsqueda de trabajo, pautas para la realización de un currículum y tips para acudir a una entrevista de trabajo.
- Realizar una charla informativa sobre el VIH/SIDA.

*Descripción:*

Como se ha mostrado anteriormente en los cuestionarios *CBI* y *BSCQ* la paciente muestra poco control ante las situaciones de riesgo y una carencia en cuanto a habilidades de afrontamiento, así como una falta de autoeficacia. Durante la evaluación la paciente manifiesta que ante las ocasiones que está presente el consumo se deja llevar por la situación sin poder poner freno a la conducta de consumir cocaína.

Es por ello que se entiende necesario que la psicóloga explique a la paciente en que consiste el análisis funcional y él porque será beneficioso para ella aprender hacerlo, ya que le ayudará a detectar con más facilidad situaciones de riesgo y a comprender porque se da este consumo, y las consecuencias del mismo. Esto hará que sea más fácil realizar el rol-playing, que, aunque este estará preparado por la psicóloga, la paciente también deberá planear situaciones de riesgo. Una vez finalizado se hará una puesta en común de las estrategias que ha llevado a cabo para evitar consumir y la terapeuta reforzará las estrategias que haya llevado a cabo correctamente.

En la siguiente sesión se trabajarán las habilidades sociales mediante el cumplimiento de varias fichas que plasman situaciones sociales y la paciente deberá describir que sucede y como actuaría ante estas para posteriormente hacer una puesta en común y realizar un rol-playing. Para proporcionar alternativas de ocio saludable se buscará un momento en el que la paciente se sienta motivada. Entre la psicóloga y la

paciente crearán una lista de actividades que le gusten o podrían interesar realizar a la paciente, la terapeuta también proporcionará ideas de ocio saludable. Una vez realizado el listado, con un ordenador deberá buscar los lugares o las empresas donde realicen algunas de las actividades propuestas, decidirse por alguna de ellas y entre las dos fijar una fecha para realizarlas. Llegado el momento de realizar la actividad la paciente deberá cumplimentar un autorregistro para anotar como se ha sentido.

Por otro lado, para realizar el asesoramiento vocacional se pedirá a la paciente que traiga de casa un currículum hecho, para así entre las dos poder corregir los posibles fallos que pudiera tener, y poder focalizar la búsqueda de empleo. Además, se enseñará como debe prepararse para acudir a una entrevista de trabajo y se proporcionaran tips que describan cómo debe actuar en una. Por último, se dará una charla informativa acerca de enfermedades de transmisión sexual, como puede ser el VIH/SIDA.

### *Componente 3. Consumo de otras drogas (Alcohol) (sesión 16,17,)*

#### *Objetivos:*

- Promover la abstinencia del consumo de alcohol.
- Proporcionar información acerca del consumo de riesgo de alcohol.
- Facilitar información acerca de la relación entre consumo de cocaína y alcohol.

#### *Tareas:*

- Revisión de los resultados obtenidos en *AUDIT* y análisis funcional del consumo de alcohol.
- Repaso de las habilidades adquiridas en las sesiones anteriores: situaciones de riesgo, alternativas de ocio saludable, habilidades sociales.
- Charla informativa sobre consumo de riesgo y la relación entre ambos consumos en colaboración con una persona que ha dejado de consumir alcohol.

#### *Descripción:*

En la primera sesión del componente 3 se realizará un análisis de los resultados obtenidos en *AUDIT* y un análisis funcional acerca del consumo de alcohol para lograr un reconocimiento de los desencadenantes que le llevan a consumir alcohol, de la conducta que lleva a cabo y de sus consecuencias puesto que los resultados obtenidos en este test muestran un consumo de alcohol de riesgo. Con el análisis funcional finalizado se realizará un repaso de las estrategias adquiridas en sesiones anteriores pero esta vez focalizadas en situaciones de riesgo de consumo de alcohol, además la

paciente debe clarificar si el consumo de alcohol es para ella un desencadenante del consumo de cocaína y comprender que ambos consumos van unidos.

En la segunda sesión de este componente se pedirá la colaboración de una persona que ha dejado de consumir alcohol para que cuente su testimonio y junto con la psicóloga informarán a la paciente de los riesgos que atañe un consumo elevado de este.

#### *Componente 4. Otros trastornos (Depresión, Ansiedad) (sesión 18,19,20,21)*

##### *Objetivos:*

- Dotar de estrategias de relajación.
- Aumentar realización de actividades agradables.
- Proporcionar herramientas para reconocer pensamientos intrusivos.
- Ayudar a reconocer los síntomas de la ansiedad.
- Fomentar habilidades para enfrentarse situaciones que le creen ansiedad.

##### *Tareas:*

- Practicar relajación abdominal.
- Crear un listado de las actividades que más le guste realizar a la paciente.
- Mediante una ficha racionalizar los pensamientos intrusivos que pueda tener la paciente.
- En conjunto crear recursos que ayuden a la paciente a enfrentarse a situaciones de ansiedad.
- Descripción de los síntomas y pensamientos intrusivos cuando la paciente experimenta un cuadro de ansiedad.

##### *Descripción:*

Es importante que la paciente reconozca los pensamientos intrusivos, para posteriormente mediante una ficha que proporcionará la terapeuta, se racionalizarán estos pensamientos, preguntas como: ¿Cuál es la probabilidad de que suceda...? ¿De todas las veces que has pensado que iba a suceder, cuantas veces ha pasado? ¿Qué es lo peor que podría suceder? ¿Y si eso llegase a pasar, como actuarías? Este ejercicio ayudará a la paciente a reconocer estos pensamientos y a bajar sus niveles de ansiedad ya que los resultados recogidos mediante el cuestionario *STAI* muestran unos niveles de *Ansiedad Estado* elevados (percentil 85). Tras realizar este ejercicio se enseñará a la paciente como llevar a cabo la respiración abdominal, instaurándola como herramienta para enfrentarse a las situaciones que le provoquen estados de ansiedad.

Por otro lado, según el cuestionario *BDI* la paciente presenta periodos de *depresión intermitente*, por lo tanto, el aumento de actividades que le resulten agradables proporcionará momentos placenteros en los que su estado de ánimo se verá aumentado. Para ello se le pedirá a la paciente que cree una lista de las actividades que más le gusta realizar y las relacione con las opciones de ocio saludable que se vieron en sesiones anteriores.

#### *Componente 5. Prevención de recaídas (sesión 22,23,24,25)*

##### *Objetivos:*

- Definir situaciones de riesgo que puedan aparecer.
- Diferenciar entre caída y recaída.
- Evaluar autoeficacia.
- Clarificar y recordar estrategias aprendidas.

##### *Tareas:*

- Mediante la tormenta de ideas plantear nuevas situaciones de riesgo que puedan aparecer y recordar las ya trabajadas.
- Breve explicación acerca de lo que es una caída y una recaída y cómo afrontarlo si eso sucediera.
- Mediante roll-playing plantear situaciones de riesgo y reforzar las conductas que lleva a cabo la paciente para no consumir cocaína y que ella misma realice una autoevaluación de ellas.
- Recordar y clarificar las dudas que pueda tener la paciente acerca de las herramientas y estrategias que puede poner en práctica en los distintos ámbitos que se han trabajado a lo largo del tratamiento.

##### *Descripción:*

En esta ocasión las sesiones dedicadas al trabajo de definir situaciones, la puesta en práctica del rol-playing y la clarificación de los conceptos caída y recaída se realizarán en grupo en las sesiones 22,23,24; ya que la observación de otros usuarios puede ser beneficiosa para la adquisición de estrategias. Una vez realizada la tormenta de ideas de situaciones que puedan hacer recaer al paciente, se procede a realizar el rol-playing, por otro lado, se pedirá a la paciente que medite acerca de las estrategias que ha llevado a cabo para analizarlas el próximo día. Por otro lado, se explicará el concepto de caída y recaída, clarificando que la caída puede suponer un nuevo reto y una oportunidad para poner en práctica todo lo aprendido y que la recaída es volver a la situación anterior

(García-Rodríguez, 2008). En la última sesión del tratamiento se hará un recopilatorio de las estrategias aprendidas y que ha llevado a cabo reforzándola para que aumente así su percepción de autoeficacia resolviendo todas las dudas que puedan aparecer.

Es importante el trabajo realizado dentro de este componente ya que se pone en práctica todo lo aprendido durante el tratamiento y es el momento de que la paciente ponga todo lo aprendido en marcha durante un mes sin el apoyo semanal de la psicóloga. Abordar la necesidad de la adquisición de habilidades de afrontamiento, el reconocimiento de situaciones de riesgo, así como el aumento de la visión de autoeficacia por parte de la paciente hará que esta se enfrente de un modo más eficiente ante las situaciones de riesgo que puedan aparecer tras el tratamiento, sin embargo aunque se han proporcionado estrategias para la búsqueda de ocio saludable y se han puesto en marcha durante todo el proceso, en los principales círculos sociales de la paciente está presente el consumo tanto de cocaína como de otras sustancias suponiendo esto un riesgo.

#### 6. Seguimiento (sesión 26,27,28,29,30,31,32,33)

##### Objetivos:

- Mantener la abstinencia.
- Recordar habilidades y estrategias aprendidas.

##### Tareas:

- Reforzar positivamente los logros conseguidos.
- Realizar de nuevo la evaluación que se realizó al inicio de tratamiento.
- Repasar conocimientos adquiridos.

##### Descripción:

En primer lugar, se realiza la misma evaluación que se realizó antes de comenzar con el tratamiento, si los resultados no son los esperados y no concuerdan con el diálogo de la paciente, se trabajará en las sesiones siguientes. La paciente deberá describir las situaciones en las que más le ha costado no consumir cocaína, que piensa que es lo que ha hecho que no lo hiciera, porque le ha costado no hacerlo y que estrategias son las que ha utilizado. En esta misma sesión (28), se trabajará sobre los aspectos que la paciente considere que necesita mejorar.

En las sesiones 29,30 y 31 se trabajará en grupo, en estas se reforzarán las habilidades aprendidas y se pondrán en común las experiencias tras el tratamiento de

varios usuarios. Las últimas dos sesiones estarán dedicadas a la recopilación de los datos de la experiencia de la paciente motivándola para que siga adelante con este cambio en su vida.

## CONCLUSIONES

El objetivo principal de esta intervención es conseguir que se mantenga en el tiempo la abstinencia del consumo de cocaína por parte de la paciente. Uno de los principales hándicaps que se observa en este caso es que la paciente no es consciente del problema de consumo que presenta y el desconocimiento que tiene acerca de las consecuencias que puede tener en los diferentes ámbitos de su vida. Normalmente existe una baja motivación al cambio en personas con algún tipo de adicción, sin embargo, con este tipo de intervenciones el aumento de esta es muy notable. Uno de los problemas sumados es que en la red social de la paciente se consume cocaína y otras drogas cada vez que existe la oportunidad, esto ligado a las escasas habilidades de afrontamiento y a una percepción de autoeficacia baja actúan como un reforzador de la conducta de consumo. Por todos estos motivos la motivación por parte de la paciente de abandonar este hábito es bastante baja, ya que parece que no existe otro modo de diversión si esta sustancia no está presente en las noches de ocio, lo que lleva a la conclusión que es importante en esta intervención dotar a la participante de estrategias de búsqueda de ocio saludable, que también dará la oportunidad de relacionarse con personas no consumidoras para así lograr una alta motivación y conseguir el objetivo principal del tratamiento.

Se entiende esta intervención como un círculo en el que cada componente suma al siguiente y en todas las sesiones se trabaja de una manera dinámica repasando las habilidades ya trabajadas, es por ello que, aunque no se puede afirmar la eficacia del tratamiento porque no se ha podido llevar a cabo, se entiende este como efectivo ya que para su desarrollo el CRA ha servido de apoyo y como se ha mencionado anteriormente es uno de los tratamientos que más evidencia científica muestra (García-Rodríguez, 2008)

## REFERENCIAS

- 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.
- Bobes, J., Bascarán, M. T., Bobes-Bascarán, M.T., Carballo., J.L., Díaz Mesa. A. M., Flórez, G., García-Portilla, M.P., Sáiz, P.A. (2007). Valoración de la gravedad de la adicción: Aplicación a la gestión clínica y monitorización de los tratamientos. Ministerio de sanidad y consumo, 19-66
- Breslin, F.C., Sobell, L.C., Sobell, M.B., Agrawal, S. (2000). A comparison of a brief and long versión of the Situation Confidence Questionnaire. *Centre for Addiction and Mental Health*. 38(12), 1211-20
- 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.
- Domingo-Salvany, A., Torrens, M., Sánchez-Niubó, A., Suelves, J. M., y Cuenca-Royo, A.M. (2013). La entrevista Cannabis Abuse Screening Test (CAST) para el diagnóstico de trastornos psiquiátricos en jóvenes consumidores de cannabis. *Adicciones*, 25 (pp.87-88). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289125756001>
- 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., 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 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
- 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
- Manual CRA en NIDA (1998). Disponible en: <http://archives.drugabuse.gov/TXManuaks/CRA/CRA3.html>
- Marlatt, G. A. y Gordon, J.R (1985). *Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: The Guilford Press.
- McLellan, A. T., Luborsky, L., Woody, G. E y O' Brien, C.P. (1980). An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients. The Addiction Severity Index. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 168(1), 26-33.
- Plan Nacional Sobre Drogas. (2015). *Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES)*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Pomerleau, O.F. y Pomerleau, C.S. (1987). A biobehavioral view of substance abuse and addiction. *Journal of Drug Issues*, 17, 111-131.
- 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. y Fernández-Hermida, J. R. (2001). *Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína*. *Psicothema*, 13, 365-380.
- 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.

Spielberger C.D., Gorsuch, R.L., & Lushene, R.E. (1982). *Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo*. Madrid: TEA.

Spielberger C.D., Gorsuch, R.L., & Lushene, R.E. (1970). *Manual for the State/Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologist Press

