

TRABAJO FIN DE GRADO EN PSICOLOGÍA

Convocatoria de junio



UNIVERSITAS
Miguel Hernández

Cannabis y déficit cognitivo: Propuesta de intervención en adolescentes consumidores

Universidad Miguel Hernández de Elche

Facultad de Ciencias Sociosanitarias

Grado en Psicología

Curso 2023/2024

Modalidad: Propuesta de intervención

Autora: López Agulló, Lidia

Tutora: Coloma Carmona, Ainhoa

En Elche a 31 de mayo de 2024

Índice

Resumen	4
Introducción	5
Método	9
Participantes.....	9
Variables e instrumentos.....	9
Procedimiento.....	12
Propuesta de intervención	12
Discusión	29
Bibliografía	32
Anexos	39
Anexo 1.....	39
Anexo 2.....	40
Anexo 3.....	41
Anexo 4.....	42
Anexo 5.....	43
Anexo 6.....	46
Anexo 7.....	47
Anexo 8.....	48
Anexo 9.....	48
Anexo 10.....	49
Anexo 11.....	49
Anexo 12.....	49
Anexo 13.....	50
Anexo 14.....	50
Anexo 15.....	50
Anexo 16.....	51
Anexo 17.....	51
Anexo 18.....	51
Anexo 19.....	52
Anexo 20.....	52
Anexo 21.....	52
Anexo 22.....	52
Anexo 23.....	52
Anexo 24.....	53
Anexo 25.....	53

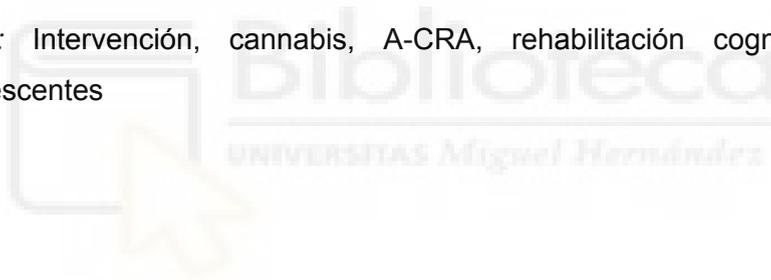
Anexo 26.....	54
Anexo 27.....	55
Anexo 28.....	55
Anexo 29.....	55
Anexo 30.....	56
Tabla 1.....	11
Tabla 2.....	13



Resumen

El consumo de sustancias psicoactivas en población adolescente se ha visto incrementado en los últimos años, especialmente de cannabis, que pasa a ser la droga más consumida en todo el mundo después del alcohol y el tabaco. En España, en el grupo poblacional de estudiantes de 14 a 18 años, un 26,9% declara haber consumido cannabis alguna vez en su vida, dato que refleja una problemática a nivel social y de salud, ya que, en el momento en el que un individuo se vuelve adicto a una sustancia, se producen adaptaciones a nivel nervioso que conducen a cambios en las funciones cerebrales. Sin embargo, a pesar de las estadísticas, las intervenciones dedicadas al tratamiento de la adicción de cannabis y el deterioro cognitivo en adolescentes son escasas. El objetivo del presente trabajo es desarrollar una propuesta de intervención basada en el programa de Aproximación Comunitaria de Reforzamiento para Adolescentes (A-CRA) junto a la rehabilitación de funciones cognitivas como la atención, memoria y funciones ejecutivas con el fin de ayudar a la población adolescente a alcanzar la abstinencia y recuperar un buen funcionamiento a nivel cerebral.

Palabras clave: Intervención, cannabis, A-CRA, rehabilitación cognitiva, funciones cognitivas, adolescentes



Introducción

El cannabis, según los estudios realizados recientemente, es la droga más consumida en todo el mundo, después del alcohol y el tabaco, primero y segundo, respectivamente. Siendo en España, aproximadamente entre los 15 y los 64 años, la edad en la que el consumo es diario o casi a diario, según publica el Plan Nacional sobre Drogas en 2024. Por lo que, pasa a ser la sustancia ilegal más consumida en nuestro país, con un consumo día a día en aumento de 1,7% en 2007 a un 2,8% en 2022 (PNSD, 2022).

Según indican los resultados de la encuesta ESTUDES en 2023, esto se da principalmente en estudiantes de 14 a 18 años, situándose en el primer puesto en esta población, con un total de un 26,9% de jóvenes que declara haber consumido cannabis alguna vez en su vida. Desde el año 1994, la prevalencia ha ido en aumento hasta llegar a 2004, cuando se registró el máximo (42,7%) de personas que reconocieron haber consumido alguna vez, desde ahí la tendencia ha sido mayoritariamente descendente.

En términos generales, el consumo de cannabis es más extendido entre los chicos, ya que en el grupo de estudiantes de 14 años, un 12,2% ha consumido cannabis alguna vez, en el de 16 años 1 de cada 3 (30,4%) y en el de 18 años casi un 50% (47,2%). En cambio, las chicas abarcan un 13,3%, siendo 2 de cada 10 en el grupo de 15 años (20,4%) y más del doble en las de 18 años (44,2%). Sin embargo, a medida que pasan los años se ha ido reduciendo la diferencia por sexos y aumentando la prevalencia de consumo (PNSD, 2023).

El inicio del consumo se registra sobre los 15 años o antes (14,9), durante la adolescencia, período marcado por grandes cambios en el comportamiento y vulnerabilidad ante los efectos que la exposición a las drogas puede causar en el cerebro y el cuerpo (Steinfeld & Torregrossa, 2023). Pero, también es un momento vital del desarrollo en el que se producen cambios biológicos, sociales, psicológicos y en el patrón de consumo; además de una mayor disponibilidad y menor percepción de daño, por lo que, la evaluación y tratamiento de las conductas adictivas es clave (Johnston et al., 2020; Fernández, López y Martínez, 2021).

En el momento en el que un individuo se vuelve adicto a una sustancia psicoactiva, se producen adaptaciones a nivel nervioso que producen cambios en las funciones cerebrales, dando lugar a resultados peores en los tratamientos (Hamilton y Nestler, 2019; Sampedro et al., 2019). Los déficits cognitivos pueden llegar a dificultar que las personas

con TUS (trastorno por uso de sustancias) sean capaces de evaluar situaciones de alto riesgo, prevenir recaídas y alcanzar objetivos individuales, por lo que las intervenciones dirigidas a reducir este deterioro es cada vez más un objetivo transdiagnóstico en el tratamiento del consumo de sustancias (Rochat y Khazaal, 2019; Yücel et al., 2019). Y, además, conduce a cambios significativos tanto en variables clínicas como, por ejemplo, la participación en el tratamiento, como en variables relacionadas con el uso de sustancias o recaídas (Caetano et al., 2021).

Este consumo se ha visto relacionado con un bajo rendimiento académico (Galván et al., 2017) y con alteraciones negativas en rendimiento ejecutivo, funciones metacognitivas, planificación visoespacial, funciones cognitivas de atención, memoria y lenguaje (Amangand y Robayo, 2020; Broyd et al., 2016; Zúñiga, 2022). A largo plazo también se observan repercusiones en el aprendizaje verbal, memoria episódica y de trabajo, atención, psicomotricidad, efectos de inhibición, funciones ejecutivas y habilidades cognitivas (Broyd et al., 2016).

No está claro si estos déficits cognitivos permanecen a largo plazo, pues los datos son contradictorios en relación con el grado de daño cognitivo causado, las habilidades afectadas y su relación con variables como la frecuencia, el tiempo de consumo o la edad de inicio del consumo (Lovell et al., 2020). Pero, existe cierta evidencia de que las alteraciones del aprendizaje, memoria, funciones ejecutivas y velocidad de procesamiento parecen recuperarse después de la abstinencia a pesar de que los efectos residuales del consumo de cannabis son menos graves que los derivados del consumo de alcohol, cocaína o metanfetamina (Potvin et al., 2018; Bourque, & Potvin, 2021). Al igual que la prevalencia en trastornos psiquiátricos comórbidos que parecen recuperarse (Kroon, 2020).

De ahí la importancia de intervenir psicológicamente en el manejo del consumo a través de las conocidas “intervenciones psicosociales” donde se encuentra la terapia cognitivo-conductual, la terapia de mejora motivacional y el manejo de contingencias como principales (Connor et al., 2021).

En el caso de los adolescentes, existen varios tratamientos con mayor eficacia probada como son la combinación de Terapia Motivacional y Terapia Cognitivo-Conductual con cinco sesiones de tratamiento (MET/CBT5) o con siete sesiones adicionales grupales de Terapia Cognitivo-Conductual (MET/CBT12), la Red de Apoyo Familiar (“Family Support Network”) de seis sesiones educativas para padres, cuatro sesiones familiares en el hogar y tareas de coordinación del caso, la Aproximación de Reforzamiento Comunitario para

Adolescentes (A-CRA) que incluye 14 sesiones de tratamiento en formato individual y familiar y la terapia Familiar Multidimensional (MDFT) que incluye 15 sesiones de intervención familiar (Diamond et al., 2002).

Los resultados que se observan a nivel individual de abstinencia o reducción del uso van desde aproximadamente el 20%-53% cuando se evalúan al final del tratamiento y hasta el 15%-45% a los 6 o 12 años después (Budney et al., 2018, Sherman & McRae-Clark, 2016). Y, además, la evidencia respalda la eficacia de las terapias cortas de entre 1 a 12 sesiones aproximadamente, conocidas como “intervenciones breves para CUD”, que utilizan la entrevista y han demostrado efectos moderados en entornos de tratamiento tanto especializados como no especializados (Budney et al., 2018, Parmar y Sarkar, 2017).

De forma más específica, los resultados de un ensayo clínico centrado en las intervenciones para adolescentes (Dennis et al., 2004), indica que la Aproximación de Reforzamiento Comunitario para Adolescentes (A-CRA) es la intervención más coste-efectiva y con mayor tendencia no significativa hacia la recuperación un año después del tratamiento en comparación con la Terapia Motivacional/Cognitivo Conductual de cinco sesiones y la Terapia Familiar Multidimensional. Además, en otro estudio realizado por (Fernández-Artamendi et al., 2014) resultó ser útil para reducir el consumo de cannabis entre adolescentes, obteniendo resultados similares en todas las condiciones en comparación al grupo en recuperación.

Por lo que, este estudio se centra en el programa A-CRA, una intervención de carácter cognitivo conductual compuesta de 10 sesiones individuales con el adolescente, 2 sesiones individuales con uno o más de los cuidadores y, 2 sesiones con el adolescente y los cuidadores conjuntamente. Lo que busca es enseñar a encontrar nuevos reforzadores o, incrementar los existentes, para lidiar con el consumo de sustancias a través de un enfoque motivacional; utilizar recursos comunitarios que tienen a su disponibilidad como medios de apoyo y a desarrollar sistemas de apoyo positivos con estrategias de intervención familiar implementando técnicas de recompensa del no consumo (Fernández et al., 2021).

Los procedimientos centrales de la intervención incluyen el análisis funcional del uso de sustancias y de la conducta prosocial, el desarrollo de metas y estrategias prácticas para alcanzar dichas metas, uso de habilidades para la solución de problemas, la comunicación efectiva y el desarrollo de tareas prosociales; y el énfasis en el desarrollo de conductas prosociales para reemplazar las actividades relacionadas con el uso de sustancias. Dentro de las metas de las sesiones individuales con los adolescentes encontramos promover la

abstinencia de la marihuana, de otras drogas y del alcohol, aumentar la actividad social positiva, las relaciones positivas con compañeros y con la familia; ya que la adolescencia es un momento estresante en las relaciones y que puede serlo aún más si existe un abuso de sustancias, por lo que mejorar la comunicación puede ser un medio para mejorar las relaciones.

Es importante el trabajo con objetivos dentro del programa, ya que guían los procedimientos e intervenciones, sobre todo con jóvenes que se muestran más reactivos al tratamiento y su única finalidad es obtener el alta. En un estudio realizado por Målarstig et al., en 2023, algunos de los participantes afirmaron que “su único objetivo es salir de la institución y luego tienen que hacer este programa (A-CRA) primero”, por lo que es difícil formular objetivos que perciban como importantes, teniendo esto que ser una de las finalidades de la atención psicosocial.

A pesar de literatura que hay en relación con esta área, existe una brecha de conocimiento, ya que, no existe una correlación clara entre variables como el tipo de droga, el tiempo de consumo, el momento de la evaluación y el deterioro cognitivo, por lo que, afrontar esta barrera es crucial para futuras investigaciones (Gasparyan et al., 2023).

Faltan estudios sobre el impacto de la inclusión de la intervención neuropsicológica en combinación con el tratamiento clínico del consumo de drogas en población adolescente, ya que el deterioro cognitivo impacta en el funcionamiento diario y disminuye significativamente la respuesta del paciente al tratamiento (Verdejo, García & Dom, 2019), lo que aumenta la probabilidad de recaídas. En consecuencia, el resultado clínico del tratamiento viene influenciado por el funcionamiento cognitivo del paciente, por lo que la evaluación, abordaje clínico y seguimiento cognitivo es relevante para mejorar el resultado (Gunn et al., 2020).

Las investigaciones futuras deben centrarse en varios objetivos: 1) ajustar el tratamiento en base a la valoración neuropsicológica de los pacientes (Gasparyan et al., 2023), 2) examinar la efectividad de programas de entrenamiento cognitivo en distintos grupos poblacionales (Gunn et al., 2020), y 3) estudiar el impacto de variables como la duración total del programa o el número de sesiones, ya que son datos relevantes para comprender la eficiencia de integrar intervenciones neuropsicológicas en población con TUS (Caetano et al., 2021). En concreto, en población adolescente se han de realizar más investigaciones que ayuden a identificar herramientas diagnósticas que permitan adaptar las intervenciones clínicas a los problemas cognitivos (Campos et al., 2022).

El objetivo del presente trabajo es el desarrollo de un programa de intervención dirigido a adolescentes (entre 15 y 18 años) consumidores actuales de cannabis que incluya rehabilitación neurocognitiva de la memoria, atención y funciones ejecutivas. Se ha adaptado el programa de Aproximación al Reforzamiento Comunitario (A-CRA) para lograr alcanzar la abstinencia y facilitar el retorno exitoso del individuo a su funcionamiento académico.

Método

Participantes

Este programa de intervención va dirigido a adolescentes estudiantes de entre 15 y 18 años, consumidores actuales de cannabis y que, a raíz del consumo prolongado, se ha detectado un declive significativo en sus funciones cognitivas que afecte a su rendimiento académico normativo. Los usuarios se encontrarán en la etapa de la Educación Secundaria Obligatoria, Bachillerato o Formación Profesional, respectivamente. No se contemplan participantes que tengan dependencia hacia otras sustancias psicoactivas, que no estén estudiando ni que sean mayores de 18 años.

Es necesario tener en cuenta también que esta propuesta incluye a los cuidadores en las últimas sesiones, por lo que es conveniente que estén dispuestos a participar y consentir la participación de los adolescentes, ya que son menores de edad y es un criterio fundamental previo al inicio.

Variables e instrumentos

Para llevar a cabo el proceso de evaluación del programa es necesario medir variables implicadas en el consumo de cannabis y relacionadas con el declive cognitivo, por tanto, en la evaluación inicial, final y en el seguimiento (6 meses, 1 año y 3 años después) se utilizarán los siguientes instrumentos:

- *Variables sociodemográficas*: características como edad, sexo, nivel de estudios, lugar de residencia, nivel socioeconómico y personas con las que se convive. Para la toma de estos datos se realizará un cuestionario sociodemográfico.
- *Gravedad del consumo de cannabis*: Cuestionario de problemas con el cannabis para adolescentes (CPQ-A) (Fernández-Artamendi et al., 2012) adaptación del Cannabis Problems Questionnaire CPQ (Copeland, Gilmour, Gates, y Swift, 2005) instrumento de cribado para evaluar problemas asociados al consumo de cannabis

en adolescentes y jóvenes. Consta de 27 ítems de respuesta dicotómica agrupados en tres factores: consecuencias psicológicas/financieras, consecuencias físicas y consecuencias negativas agudas del consumo de cannabis. Su marco temporal hace referencia a los 3 últimos meses. Muestra una medida fiable de alfa de Cronbach de 0.86 para el total del cuestionario. En la versión española se establece que una puntuación igual o superior a 5 puede ser indicativa de abuso.

- *Pauta de consumo*: la herramienta clínica Timeline Followback (TLFB) (Sobell & Sobell, 1996), utilizada para obtener estimaciones cuantitativas del consumo de marihuana. Es un autorregistro donde se indica la cantidad de porros consumidos a diario durante un período de tiempo determinado.
- *Consumo problemático de cannabis*: a través del Test de orina que se realizará cada semana desde el inicio de la intervención. Este se basa en la aportación de una muestra de orina y, una vez analizada, siguiendo las instrucciones se leen los resultados: negativo (no hay drogas), positivo (hay drogas), o no concluyente.
- *Inhibición*: Test de Colores y palabras de Stroop (Golden, 2001) evalúa aspectos atencionales, flexibilidad cognitiva, resistencia a la interferencia ejercida por estímulos externos, inhibición cognitiva y la habilidad para mantener activa una meta y suprimir las interferencias. El objetivo es centrarse en el nombre del color que aparezca escrito en negro en la primera parte, la denominación del color de impresión en la segunda y la denominación del color de impresión de los nombres de los colores, en la tercera.
- *Toma de decisiones*: Adaptación del MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment (MacCAT-T) (De Pereira et al., 2020), entrevista semiestructurada que evalúa 4 aspectos de la capacidad de toma de decisiones: comprensión de la información relevante, apreciación de su situación y las consecuencias de sus elecciones, razonamiento durante el proceso de decisión sobre riesgos y beneficios, y elección respecto al tratamiento. Presenta un coeficiente de correlación intraclase [ICC] = 0,82–0,99 y 0,75–0,87 42,44 y se ha demostrado validez de constructo en una variedad de poblaciones. Rápido de administrar de 15 a 20 minutos.
- *Deterioro cognitivo*: Montreal Cognitive Assessment (MoCA) (Nasreddine et al., 2005) herramienta para la detección temprana del deterioro cognitivo leve (DCL) con una sensibilidad del 90% que explora 6 dominios: memoria (5 puntos), capacidad

visuoespacial (4 puntos), función ejecutiva (4 puntos), atención/concentración/memoria de trabajo (5 puntos), lenguaje (5 puntos) y orientación (6 puntos). Muy útil para el cribado de la función cognitiva y su puntuación va de 0 a 30 puntos, siendo la más alta la que refleja una mejor función cognitiva. Es un test con una alta consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,76).

- *Estado cognitivo:* Examen Cognoscitivo MINI-MENTAL Adaptación Española (Lobo et al., 1995) prueba que se emplea para conocer el estado cognitivo de la persona durante la evaluación formada por 5 apartados: orientación temporo-espacial, memoria inmediata, capacidad atencional y de cálculo, memoria demorada y lenguaje. Para su corrección, se contabiliza el número de aciertos en las pruebas, a mayor puntuación mejor estado cognitivo, puntuaciones menores de 24 indican un deterioro cognitivo leve y puntuaciones menores de 15 la presencia de demencia severa. La puntuación máxima de la prueba es 30 puntos. La consistencia interna varía entre 0.82-0.84.

Tabla 1.

Variables, instrumentos y aplicación de la evaluación del programa

VARIABLES	INSTRUMENTOS	EVALUACIÓN
Sociodemográficas	Cuestionario Google Forms	Evaluación inicial
Gravedad del consumo de cannabis	Cuestionario de problemas con el cannabis para adolescentes (CPQ-A) (Fernández-Artamendi et al., 2012)	Evaluación inicial y final de intervención
Pauta de consumo de cannabis	Timeline Followback (TLFB) (Sobell LC & Sobell MB, 1996)	Evaluación inicial y final de la intervención
Consumo problemático de cannabis	Test de orina	Durante la intervención
Inhibición	Test de Colores y palabras de Stroop (Golden, 2020)	Evaluación inicial y final de intervención

Toma de decisiones	Adaptación del MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment (MacCAT-T) (de Pereira et al., 2020)	Evaluación inicial y final de intervención
Deterioro cognitivo	Montreal Cognitive Assessment (MoCA) (Nasreddine et al., 2005)	Evaluación inicial y final de intervención
Estado cognitivo	Examen Cognoscitivo MINI-MENTAL Adaptación Española (Lobo et al. 1995)	Evaluación inicial y final de intervención

Procedimiento

Para poder aplicar la intervención es necesario, antes de empezar, presentar la propuesta al comité de ética responsable. En este caso y, tras la valoración y el “visto bueno”, ya se podrá iniciar la toma de contacto con centros educativos donde se llevará a cabo la recogida de la muestra. Se presenta el programa como un recurso psicológico para tratar los casos de bajo rendimiento escolar derivado de un consumo prolongado de cannabis y, todos los centros que estén interesados, podrán ponerse en contacto con los encargados y encargadas del proyecto para que se desplacen hasta allí donde se llevará a cabo un cribado con los instrumentos de evaluación.

Todos aquellos adolescentes que presenten una puntuación significativa en el test CPQ-A (consumo superior a 6 ocasiones o más en el último mes) y MoCA (puntuación menor o igual a 15), serán los seleccionados para la intervención, siempre y cuando cumplan con el resto de los criterios de inclusión descritos y acrediten que quieren participar. Una vez está la muestra seleccionada, se gestionarán todos los permisos legales, ya que los participantes son menores de edad y, además, se requiere la participación de algún cuidador informal.

Propuesta de intervención

El objetivo general del programa es ayudar a adolescentes de entre 15 y 18 años consumidores actuales de cannabis a alcanzar la abstinencia y reducir el nivel en que los déficits cognitivos dificultan el retorno exitoso del individuo a su funcionamiento académico a

través de la rehabilitación y el entrenamiento de las diferentes funciones cognitivas afectadas. La propuesta se basa en el programa de Aproximación al Reforzamiento Comunitario (A-CRA) combinado con rehabilitación y entrenamiento de funciones cognitivas.

La intervención se realizará de forma individual y presencial, excepto las sesiones programadas de forma conjunta con los cuidadores, durante un periodo de 11 semanas. El total son 11 sesiones más tres de seguimiento a los seis meses, un año y tres años para comprobar el estado del paciente con el paso del tiempo; y cada una de ellas durará en torno a 1 hora y 30 minutos. Se aplica un total de una sesión por semana dirigida por profesionales cualificados y encargados en el tema.

Al inicio de cada sesión se realizará la revisión de las tareas para casa, que son autorregistros en su mayoría. El total de evaluaciones son 5: una de forma previa a la intervención, otra en la última sesión y tres de seguimiento, como se ha mencionado. A lo largo del programa se harán tests de orina con el fin de evaluar si hay o no rastro de drogas en el organismo durante la intervención. Este proceso se ha de avisar de forma previa al adolescente e ir acompañado de refuerzo positivo en base a los resultados obtenidos, ya sean positivos o negativos. El objetivo de esta última prueba es ir comprobando la abstinencia de los sujetos durante el programa, así como aumentar su autoeficacia a través del reforzamiento.

Tabla 2.

Descripción de las sesiones, contenidos y tareas realizadas en cada una de las sesiones

Sesión	Objetivo	Contenido	Tareas
1	Informar al paciente sobre la intervención que va a recibir	- Establecimiento de las normas del tratamiento - Devolución de los resultados de la evaluación - Psicoeducación - Escala de satisfacción	- Escala de satisfacción - Autorregistro
2	Identificar el patrón de consumo de cannabis	- Revisión de autorregistro	- Balance decisional - Análisis funcional

	y establecer los objetivos del tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> - Establecimiento de los objetivos del tratamiento - Balance decisional del consumo de cannabis - Identificación de desencadenantes y análisis funcional del consumo de cannabis 	<ul style="list-style-type: none"> - Autorregistro
3	Identificar conductas agradables e iniciar la rehabilitación cognitiva de la memoria	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de autorregistro - Identificación de desencadenantes y análisis funcional conductas (prosociales) agradables no asociadas al consumo de cannabis - Rehabilitación de la memoria 	<ul style="list-style-type: none"> - Análisis funcional - Actividad de similar a la Imaginería Visual (IV) o Visual Imagery (VI) para el trabajo de la memoria - Autorregistro
4	Incrementar las formas prosociales de diversión y la neurorehabilitación de la atención	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de autorregistro - Identificar actividades libres de consumo de cannabis - Elegir una actividad nueva para probar - Rehabilitación de la atención 	<ul style="list-style-type: none"> - Listado de actividades prosociales - Role-playing - Actividad similar a "Encuentra a Wally" para el trabajo de la atención - Autorregistro
5	Prevención de recaídas y rehabilitación de las funciones ejecutivas, memoria de trabajo	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de autorregistro - Identificar y evitar situaciones de alto riesgo - Habilidades de rechazo - Tarea "Simón dice" 	<ul style="list-style-type: none"> - Sistema de alerta - Role-playing técnicas de rechazo - Actividad "Simón dice" para el trabajo de la memoria de trabajo - Autorregistro

6	Habilidades de comunicación y rehabilitación de las funciones ejecutivas, control inhibitorio	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de autorregistro - Técnicas de comunicación A-CRA - Diferenciar formas de comunicación según la situación - Entrenamiento en rechazo asertivo de drogas - Rehabilitación funciones ejecutivas, control inhibitorio. - Entrenar capacidad de inhibición 	<ul style="list-style-type: none"> - Role-playing habilidades de comunicación - Ejercicio para conocer la comunicación y satisfacción actual. - Folleto técnicas de comunicación A-CRA - Actividad <i>Go-No-Go</i>, o hacer-no-hacer para trabajar el control inhibitorio - Autorregistro
7	Resolución de problemas y rehabilitación de las funciones ejecutivas, flexibilidad y toma de decisiones	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de autorregistro - Identificar problema y toma de medidas - Valoración de la viabilidad de los planes de acción - Rehabilitación de las funciones ejecutivas (flexibilidad y toma de decisiones) 	<ul style="list-style-type: none"> - Ejercicio de identificación de problemas y generación de soluciones - Actividad "Ordenar la baraja" para trabajar la flexibilidad - Actividad de situaciones de la vida real para trabajar la toma de decisiones - Autorregistro
8	Trabajo de confianza con el cuidador	<ul style="list-style-type: none"> - Establecimiento de las normas del tratamiento - Conductas de ayuda a la abstinencia 	<ul style="list-style-type: none"> - Documento de buenas prácticas - Autorregistro
9	Habilidades de comunicación cuidador	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de autorregistro 	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluación de calidad y satisfacción con la comunicación actual

		- Técnicas de comunicación A-CRA	- Documento técnicas de comunicación
		- Diferenciar formas de comunicación según la situación	- Role-playing
		- Aprender la asertividad	- Completar lista de situaciones problemáticas y reformulación de la conversación con técnicas de comunicación efectivas
10	Adolescente y cuidador aprendan a mejorar su relación	- Revisión de autorregistro	- Documento aspectos positivos
		- Resolución de problemas	- Plantear situaciones realistas para practicar habilidades
		- Hablar de forma “más agradable” a la otra persona	- Escala de satisfacción
11	Cierre del tratamiento	- Revisión de componentes trabajados	
		- Evaluación final	

Sesión 1: “Empezando con satisfacción”

El objetivo principal de la primera sesión es informar al paciente sobre la intervención que va a recibir, características y objetivos para resolver las dudas que puedan ir surgiendo.

Objetivos específicos:

- Construcción del “rapport” o alianza terapéutica.
- Psicoeducación sobre el consumo de cannabis y su repercusión a nivel académico y cognitivo.
- Devolución resultados de la evaluación inicial.
- Identificar áreas de la vida del paciente en las que hay satisfacción y en las que no a través de una escala.

A lo largo de la primera sesión se van a emplear estrategias para construir el rapport principalmente a través del compromiso. El reforzamiento verbal positivo (elogios por venir,

completar actividades, etc.) es un elemento clave, así como establecer expectativas positivas acerca del programa, apreciar su compañía, el esfuerzo de que acuda a las sesiones y la incomodidad que puede sentir estando en esa situación para hacerle sentir bien. Es fundamental, al menos al inicio, adaptarnos al ritmo del adolescente para que tenga sensación de control durante la terapia. Se ofrecerá psicoeducación sobre el cannabis y sus repercusiones en el ámbito académico y cognitivo, que son los afectados en este paciente en concreto. Es decir, se le dará información acerca de qué es el cannabis, consumo de riesgo, consecuencias a nivel psicológico, social, laboral, etc.; así como sobre el rendimiento escolar y cognitivo.

También se introduce la Escala de satisfacción en relación con 16 áreas de la vida (Anexo 8), puntuadas en una escala de 1 (totalmente infeliz) a 10 (totalmente feliz) según tan feliz/satisfecho está con cada una (consumo/no consumo de marihuana, consumo/no consumo de alcohol, consumo/no consumo de otras drogas, relación con la pareja, relaciones con los amigos, relaciones con los padres o cuidadores, escuela, actividades sociales, actividades recreativas, hábitos personales, cuestiones legales, manejo del dinero, vida emocional, comunicación, felicidad general, y otros). Una vez completa, se comenta con el adolescente cuáles han sido sus respuestas tanto positivas como negativas con la finalidad de que aumente su conciencia en relación con ciertas áreas en las que su felicidad es menor en comparación con otras.

A lo largo de todo el programa, al final de cada una de las sesiones se entregará un autorregistro al paciente, por lo que es importante ya desde la primera sesión introducir esta información y explicarle cuál será el mecanismo a seguir el resto de la intervención. En esta, junto a un documento con información y retroalimentación sobre su evaluación inicial dejando un tiempo de aproximadamente 10 minutos por si surgen dudas o preguntas acerca de los resultados, se entregará el primer autorregistro (Anexo 9) para casa acerca de actividades o tareas realizadas durante esa semana que le hagan sentir feliz/satisfecho.

Sesión 2. “Entiendo mi consumo”

El objetivo principal es identificar el patrón de consumo de cannabis y establecer los objetivos del tratamiento de una forma sencilla y realista.

Objetivos específicos:

- Identificar los desencadenantes del consumo y las situaciones de alto riesgo asociadas.

- Identificar las consecuencias positivas y negativas a corto y largo plazo del consumo.
- Establecer los objetivos del tratamiento por parte del adolescente.

Al inicio, se empieza por la revisión del autorregistro enviado en la sesión anterior sobre felicidad y satisfacción con el objetivo de ver si la perspectiva del adolescente ha cambiado en comparación con antes de haber respondido y comentado las respuestas a la escala de satisfacción.

En esta sesión se comenta al paciente la importancia de establecer los objetivos del tratamiento, en este caso el terapeuta no será la persona que los marque, sino que es el propio adolescente. Para ello, se empezará con la técnica del balance decisional (Anexo 10) donde se le pedirá que indique beneficios y consecuencias negativas del consumo y no consumo en base a su opinión y, una vez hecho, se completará la ficha de objetivos del tratamiento (Anexo 11) con la finalidad de establecerlos de forma realista y positiva.

Por un lado, y con las respuestas de la escala de satisfacción de la primera sesión, se marcan para cada una de las áreas en las que se refleja un problema. Por otro lado, se establece un plan de acción, es decir, los pasos a seguir para alcanzar cada objetivo y, finalmente, el periodo de tiempo específico para llevar a cabo la intervención. Esta fase ha de comenzar por aquellas áreas en las que el nivel de satisfacción reflejado es aceptable, para que no sea tan complicado.

A continuación, se pasa al análisis funcional de la conducta de consumo (Anexo 12), no sin antes explicarle al sujeto la finalidad y hacerle llegar toda la información posible. A través de un ejercicio de identificación, tendrá que indicar cuáles son aquellos pensamientos, sentimientos o conductas con las que considera que la probabilidad de consumo es mayor y, de esta forma ser consciente de que no es algo que sucede "sin más", sino que existen diversos elementos y decisiones que lo provocan, y que son necesarios identificar para poder cesarlo poco a poco. Una vez identificados los desencadenantes internos y externos, pasamos a valorar cuáles son las conductas de consumo de sustancias. Por otro lado, se identifican las consecuencias positivas a corto plazo y las negativas a largo plazo de consumir que se perciben.

Como tarea para casa se pide al adolescente que, mediante un autorregistro (Anexo 13), indique a cuántas de esas situaciones de riesgo se ha expuesto ya sea de forma

voluntaria o involuntaria a lo largo de la semana e indique cuál ha sido su respuesta cognitiva, conductual y emocional.

Sesión 3: “Analizando el bien: Rehabilitación de la memoria”

El objetivo principal de esta sesión es identificar conductas agradables no asociadas al consumo e iniciar la rehabilitación cognitiva de la memoria.

Objetivos específicos:

- Identificar conductas (prosociales) agradables no asociadas al consumo.
- Identificar las consecuencias positivas y negativas a corto y largo plazo de la conducta prosocial.
- Identificar una actividad de la vida real relacionada con aumentar la actividad prosocial y comprometerse a llevarla a cabo.
- Rehabilitación cognitiva de la memoria a través de un ejercicio de entrenamiento.

Antes de empezar, se revisará el autorregistro completado la semana anterior acerca de exposición a conductas de riesgo con el objetivo de valorar como se ha sentido el paciente en esas situaciones tras haber trabajado el análisis funcional.

A continuación, se pasa al análisis funcional de las conductas prosociales (Anexo 14), a través de un ejercicio de identificación, tendrá que indicar cuáles son las conductas agradables no relacionadas con el consumo que conoce o realiza, desencadenantes internos y externos de la conducta prosocial, consecuencias negativas a corto plazo y consecuencias positivas a largo plazo. Tras completarlo, es conveniente resumir la información recogida de forma que el paciente pueda asegurar que es correcta.

En esta sesión se inicia el trabajo cognitivo de la memoria explicando al paciente la necesidad tras haber observado los resultados de la evaluación inicial, técnicas a emplear, normas, duración y objetivos de la técnica conocida como Imaginería Visual (IV) o Visual Imagery (VI) (De los Reyes Aragón et al., 2012), con alguna modificación. Esta consiste en pedir al adolescente que preste atención a varios estímulos específicos que aparecerán de forma visual en una pantalla, con el objetivo de fomentar la capacidad de memorizar información, ya que, al finalizar un período de tiempo específico se le preguntará por esos elementos proyectados y tendrá que escribirlos en un papel en orden. La dificultad va en aumento tanto a nivel temporal, ya que los tiempos se reducen como a nivel visual con el aumento de similitud de los estímulos presentados.

Finalmente, como tarea para casa se le indica que mediante un autorregistro (Anexo 15) ha de llevar a cabo una de las conductas prosociales mencionadas durante el análisis funcional e indicar lugar, fecha, sentimientos, pensamientos, conductas, personas asociadas y nivel de deseo de consumo (del 0 al 10). Y, en cuanto a la memoria, se entrega una ficha con un número de palabras desordenadas para que las ordene alfabéticamente y así trabajar la memoria (Anexo 9).

Sesión 4: “¿Disfrutando sin humo?: Rehabilitación de la atención”

El objetivo principal es incrementar las formas prosociales de diversión, es decir, situaciones libres de humo y consumo de sustancias, además de la neurorehabilitación de la atención.

Objetivos específicos:

- Identificar actividades prosociales, situaciones libres de consumo de cannabis.
- Elegir una actividad nueva para probar como parte de las tareas asignadas para casa.
- Rehabilitación cognitiva de la atención.
- Mejorar la capacidad atencional del usuario a través del entrenamiento.

Al inicio se llevará a cabo la revisión del autorregistro realizado durante la semana para comentar sensaciones e inquietudes durante la realización de la actividad prosocial seleccionada.

Se empieza explicando al adolescente que, teniendo en cuenta la información que ha aportado sobre situaciones de riesgo a lo largo de las sesiones previas, puede ser un inicio para proponer nuevas alternativas de diversión que no impliquen consumo. Además, es interesante identificar a un amigo o miembro de la familia que le acompañe a la actividad y actúe como punto de apoyo. Una vez explicado todo esto, tendrá que realizar un listado en el que escriba aquellas actividades en las que se divierte, que no implican consumo o que le gustaría probar y transmitirle que entendemos que echará de menos aquellas con las que disfrutaba en el pasado. A continuación, y teniendo en cuenta que ya ha tenido una primera toma de contacto durante la semana previa, se inicia un role-playing en sesión con una de ellas, acompañado de feedback y apoyo positivo sobre sensaciones individuales.

En la segunda parte se llevará a cabo la rehabilitación de las capacidades atencionales a través de una actividad similar al famoso juego “Buscando a Wally” (Anexo 16) donde tendrá que encontrar y rodear el objeto que se le indique de entre una gran serie de estímulos lo más rápido posible, ya que, se contará el tiempo total empleado y el número

de aciertos y errores/omisiones. Con esta tarea lo que se busca es mejorar la capacidad atencional, de reconocimiento y omisión de los estímulos sin “presión”, para luego ir avanzando en nivel y marcar un tiempo límite.

Finalmente, como tarea para casa se asigna otra de las conductas prosociales propuestas acompañado de un autorregistro donde indique qué actividad realizará, con quién, cuándo, pensamientos, sentimientos y nivel de ansiedad (0-10) (Anexo 17).

Sesión 5. “Intentando no recaer: Rehabilitación de la memoria de trabajo”

El objetivo principal es realizar un entrenamiento en habilidades para la prevención de recaídas que ayude al paciente a identificar características de las situaciones de riesgo con el objetivo de reducir el consumo. Así como iniciar la rehabilitación cognitiva de las funciones ejecutivas, en concreto de la memoria de trabajo.

Objetivos específicos:

- Utilizar el sistema de alerta temprana para identificar situaciones de alto riesgo.
- Aprender a interrumpir una cadena de eventos que conducen a una recaída.
- Modificar patrones de pensamientos desadaptativos y fomentar formas adaptativas de responder a los desencadenantes de la recaída.
- Rehabilitación cognitiva de la memoria de trabajo.

Antes de iniciar la tarea correspondiente a esta sesión, se revisará el autorregistro completado de la sesión anterior para poder ver cuáles han sido las sensaciones y avances del adolescente durante ese período de tiempo en comparación con la primera vez que se expuso a la realización de una actividad prosocial.

La primera tarea es introducir al adolescente la herramienta del sistema de alerta temprana que ayuda a identificar y evitar situaciones de alto riesgo, permitiendo identificar cuál es la cadena de eventos más habitual que anteceden al consumo acompañado de un plan de acción. Es clave también conocer puntos de apoyo del paciente que conozcan el proceso en el que se encuentra para que le ayuden si experimenta algún signo de alerta de recaída. Se le pide que indique paso a paso los eventos que le conducen a una recaída y tendrá que anotarlos en una ficha de forma desglosada para que en el futuro sea capaz de identificar e interrumpir antes de que se de el consumo (Anexo 18).

A continuación, se inicia el entrenamiento en habilidades de rechazo de forma asertiva, recordando al adolescente las recompensas de no consumir drogas. En este caso

se le presentan 5 técnicas con las que, posteriormente, se realizará un role-playing acompañado de feedback por parte del terapeuta.

1. Decir, “No gracias”, de forma asertiva, que puede ir acompañado en caso de que sea necesario de una explicación o excusa preparada.
2. Cuidar el lenguaje corporal para mostrar seriedad y seguridad en el rechazo.
3. Sugerir alternativas al consumo, que sean saludables.
4. Cambiar de tema.
5. Confrontar al agresor, es decir, aquel que persiste en ofrecer drogas a pesar de haberlas rechazado.

La segunda parte de la sesión se basa en el entrenamiento de funciones cognitivas, en específico de la memoria de trabajo. Se va a realizar una prueba similar al juego “Simón dice”, que consiste en recordar una secuencia de colores aleatoria y que va apareciendo de forma progresiva. En una pantalla aparecerán varias casillas de colores (rojo, azul, verde y amarillo). Se iluminará una, por ejemplo, el verde y lo deberá pulsar, luego se le sumará otro color, y deberá pulsar el verde y el color nuevo y así sucesivamente hasta fallar.

Una vez finalizada, como tarea para casa y continuando con el trabajo de la memoria, a través de un autorregistro se le indica que tiene que ir a hacer la compra de una serie de productos y marcas específicos que se le han proporcionado en una lista física días previos para ver si es capaz de no perder el papel y traer todos los objetos correctos (Anexo 19), además de indicar día y hora, lugar, sentimientos, pensamientos y ansiedad del 0 al 10.

Sesión 6. “Así es como me comunico: Rehabilitación del control inhibitorio”

El objetivo principal es ayudar al adolescente a desarrollar unas buenas habilidades de comunicación y continuar con la rehabilitación de las funciones ejecutivas, en este caso el control inhibitorio.

Objetivos específicos:

- Desarrollar habilidades de comunicación a través de las tres técnicas de comunicación A-CRA.
- Aprender a diferenciar las formas de comunicación en base a la situación.
- Entrenamiento en rechazo asertivo de drogas.
- Rehabilitación de funciones ejecutivas, en específico del control inhibitorio.
- Entrenar la capacidad de inhibición que ayude a reducir el consumo del paciente.

Antes de empezar, el paciente tendrá que entregar el registro de los productos comprados que se le encargó en la sesión anterior para comprobar cómo fue la actividad y las sensaciones percibidas.

Al inicio, el terapeuta pasará a explicar la necesidad de trabajar las habilidades de comunicación y de que sea capaz de conseguir que su mensaje llegue a la otra persona para conseguir aquellas cosas que quiera. Se van a trabajar a través de un ejercicio de role-playing con una serie de diversas situaciones planteadas (Anexo 20), ya que puede generalizar estas habilidades a muchas áreas de la vida. Tras cada ejemplo, es conveniente ofrecer feedback además de preguntarle como se ha sentido, sensaciones, si habría dicho o hecho algo diferente, etc., con el objetivo de que aprenda a comunicarse de forma asertiva, decir que no y negociar.

Previo a los ensayos, se evalúa la calidad actual de la comunicación entre el adolescente y el resto de las personas utilizando la escala de satisfacción. Es importante pedirle que piense en una persona en particular y preguntarle sobre la comunicación al hablar del consumo de drogas u otros temas y por su satisfacción con la calidad de esa comunicación en el momento actual. Si el adolescente está descontento, es conveniente preguntar qué le gustaría que sucediera cuando habla con sus cuidadores.

Para facilitar la comunicación, se le introducen las técnicas de comunicación A-CRA, que cuentan con tres partes básicas para que sea efectiva:

1. Dar una declaración de entendimiento: introducir sentimientos de empatía en la conversación, es decir, demostrar que somos capaces de ponernos en el lugar del otro y ver las cosas desde su perspectiva.
2. Tomar responsabilidad parcial: aceptar parte de la responsabilidad de la situación.
3. Ofrecer ayuda.

Ahora sí, se inician las representaciones de las situaciones planteadas a través de diálogos utilizando técnicas A-CRA y de comunicación efectiva, dejando clara la dificultad y la posibilidad de que aparezcan obstáculos. Después de cada escenificación, se revisa, ofrece feedback y se debe hablar con el adolescente sobre la conversación, preguntarle qué tal, apreciaciones, sentimientos, etc.

Continuando con la rehabilitación cognitiva, se trabaja el control inhibitorio a través de una actividad *Go-No-Go*, o hacer-no-hacer, en la que tendrá que responder ante una demanda de manera contraria a la forma natural de hacerlo alternando con otras respuestas

bien hechas. Es decir, por ejemplo, le decimos que cuando aparezca un “perro” tiene que decir “gato” y cuando aparezca un “gato” tiene que decir “perro”, pero en el resto de los dibujos debe decir lo que realmente ve durante 15 minutos aproximadamente. El objetivo es desarrollar la capacidad de controlar los impulsos para no responder rápidamente y de la forma menos correcta.

Finalmente, como tarea para casa a través de un autorregistro (Anexo 21), el adolescente tendrá que poner en práctica las habilidades de comunicación aprendidas en situaciones de la vida cotidiana e indicar pensamientos, sentimientos, nivel de ansiedad y habilidades empleadas.

Sesión 7. “Afrontando problemas: Rehabilitación de la flexibilidad y toma de decisiones”

El objetivo principal es entrenar las habilidades de resolución de problemas para que sea capaz de identificar un problema y tomar las medidas necesarias para encontrar una solución. Así como finalizar la rehabilitación de las funciones ejecutivas con la flexibilidad y toma de decisiones.

Objetivos específicos:

- Entender y practicar la técnica de resolución de problemas de los tres pasos: definir el problema, generar alternativas, y elegir una solución.
- Evaluar beneficios y consecuencias de cada una de las alternativas.
- Rehabilitación de las funciones ejecutivas: flexibilidad y toma de decisiones.

Al inicio, como en el resto de sesiones, se revisa el autorregistro de la semana anterior con el objetivo de valorar las sensaciones y apreciaciones del sujeto en relación con la puesta en práctica de las habilidades de comunicación.

En esta sesión lo que se busca es que la persona sea consciente de cuál es uno de los problemas actuales que presenta y genere alternativas realistas en forma de lluvia de ideas para solucionarlo. Se plantean las situaciones problemáticas, que ya se habían trabajado a través del análisis funcional y se proponen soluciones. Una vez propuestas, se analizarán las consecuencias tanto positivas como negativas de cada una de ellas, para finalmente decidir una en base a comodidad, realismo, utilidad, etc.; y ponerla en práctica (Anexo 22).

Para finalizar el entrenamiento cognitivo, en este caso se trabajará la flexibilidad. Con una baraja de cartas se pedirá que la ordene, en principio en base a los números y, a mitad del proceso, se cambiará la norma para que sea en base al palo de la baraja. La clave es ir variando el patrón y aumentando la complejidad, para comprobar cómo se adapta y si es capaz de manejar los cambios con el objetivo de que desarrolle la habilidad para adaptar el comportamiento en un entorno cambiante.

En cuanto a la toma de decisiones, se han planteado varias situaciones de la vida real en las que tendrá que tomar decisiones que conlleven una serie de ganancias o pérdidas asociadas, tanto a corto como a largo plazo. Contará con 2 mazos de dinero, 500 euros en cada uno, y tendrá que ir eligiendo en qué gastar y en qué no, teniendo en cuenta que tiene un proyecto final para el que necesita la gran mayoría del dinero, pero que, según las decisiones que tome, podrá ir aumentando o disminuyendo las ganancias. Cabe recalcar que en varias ocasiones se le ofrecerá la opción de seleccionar recursos relacionados con el consumo y las drogas, ya sea de forma directa o indirecta.

Por ejemplo:

1. Estás paseando por la calle para llegar al supermercado donde tendrás que hacer la compra semanal, de camino pasas por un estanco y en la puerta hay un cartel promocional de una oferta de tabaco. Has salido de casa con 30 euros y necesitas comprar leche, huevos, aceite de oliva, patatas, fresas, azúcar y harina; por lo que todo lo que llevas encima te hará falta. ¿Qué decisión tomarías? ¿Por qué?
2. Tus amigos se plantean un viaje para verano en una casa rural 7 días porque han encontrado una oferta y sale más barato. Tú eres consciente de que ese plan conlleva consumir prácticamente a diario ya que ellos y ellas son el entorno en el que sueles tomar drogas normalmente. Han calculado un total de 350 euros, sin tener en cuenta el dinero que os gastaríais en sustancias. ¿Qué decisión tomarías? ¿Por qué?

El objetivo de dicha tarea es trabajar con situaciones cotidianas de la vida para que el adolescente pueda tomar conciencia de forma más sencilla además de posteriormente poder generalizar las habilidades adquiridas al día a día. La clave es aprender a tomar decisiones de forma más razonada y lógica sopesando beneficios y consecuencias, en lugar de dejarse llevar por la emoción y dar lugar a estrés o procrastinación.

Como actividad para casa se le enviará un autorregistro en el que tendrá que indicar cuáles han sido las consecuencias, pensamientos, sentimientos y conducta realizadas ante un conflicto que se haya presentado a lo largo de la semana (Anexo 23).

Sesión 8. “Primera toma de contacto con el cuidador”

El objetivo principal es establecer una relación de confianza con el cuidador principal del paciente para que participe en la intervención y aprenda herramientas necesarias para el día a día en el proceso de cambio.

Objetivos específicos:

- Adquirir una actitud más positiva en relación al adolescente y su consumo.
- Trabajar y eliminar “la culpa” hacia otras personas por los problemas actuales.
- Comprender el enfoque A-CRA y el proceso de tratamiento, así como la importancia de su papel en la intervención.

Al igual que en la primera sesión con el adolescente, es necesario generar un buen clima y construir el rapport con los cuidadores haciéndoles ver y sentir la importancia de estas sesiones y de acudir a terapia, así como dándoles la oportunidad de hablar acerca de sus emociones y sentimientos en relación con la situación familiar. A continuación, se les proporcionará información sobre el programa A-CRA: éxito, extensión y número de sesiones, confidencialidad, objetivos (ayudar a disminuir el sufrimiento del cuidador, ayudar a mejorar la comunicación y ayudar a mejorar la relación entre el cuidador y el adolescente), etc.

Se realizará una serie de preguntas al cuidador sobre conductas que considera interesantes para ayudar al adolescente a mantenerse abstinente: ¿Cómo crees que ayudas a que se mantenga en el período de abstinencia? ¿Qué conductas consideras que son facilitadoras y cuáles no? ¿Crees que estás actuando de manera correcta? Una vez hecho esto, se le entrega un documento con cuatro prácticas recomendadas basadas en el trabajo de (Catalno, 1998, Hops, 1998 y Bry, 1998), para ayudar a que los adolescentes se mantengan abstinentes (Anexo 24).

Una vez presentadas, sería interesante conversar acerca de cada una y preguntar si realizan alguna de ellas o no, cómo las perciben, comentarios, etc. Al final de la discusión, como tarea para casa, practicar el reforzamiento positivo en tareas diarias y valorar su funcionamiento utilizando como método un autorregistro en el que plasmar el

funcionamiento, así como las sensaciones y consecuencias verbales, conductuales y emocionales (Anexo 25).

Sesión 9. “El cuidador ayuda y comunica”

El objetivo principal es enseñar al cuidador y poner en práctica, junto al adolescente, habilidades de comunicación.

Objetivos específicos:

- Desarrollar habilidades de comunicación.
- Aprender a diferenciar las formas de comunicación en base a la situación.
- Ser capaz de ayudar al adolescente en su proceso de forma asertiva.

Para introducir la sesión, pasaremos al repaso del autorregistro de la sesión anterior en el que se plasma el funcionamiento diario del reforzamiento, así como las sensaciones y consecuencias de empezar a usar las prácticas recomendadas.

A continuación, es importante evaluar cuál es la calidad actual de la comunicación, preguntando a ambos como dialogan cuando son asuntos relacionados con el consumo y el no consumo, para ver si existen diferencias significativas y si son o no conscientes de ello. Además, hay que preguntar sobre la satisfacción personal del 0 al 10 con la calidad de la relación y si esta puntuación es baja, proporcionar técnicas que le ayuden a mejorar y cooperar juntos (Anexo 26).

Antes de pasar a realizar los role-playing, hay que enseñar al cuidador varias técnicas de comunicación A-CRA (igual que al adolescente) que cuentan con tres partes básicas:

1. Dar una declaración de entendimiento: introducir sentimientos de empatía en la conversación, es decir, demostrar que somos capaces de ponernos en el lugar del otro y ver las cosas desde su perspectiva.
2. Tomar responsabilidad parcial: aceptar parte de la responsabilidad de la situación.
3. Ofrecer ayuda.

Antes de empezar, el cuidador tendrá que completar una lista (Anexo 27) con situaciones en las que según su punto de vista presentan problemas de comunicación, de una en una se seleccionarán y formulará la conversación que tendría normalmente y, luego utilizando las técnicas de comunicación efectivas. Tras finalizar cada una, se comentará la experiencia, sentimientos, comentarios, dudas, etc. y se proporcionará feedback directo por

parte del terapeuta con el objetivo de que compare las diferencias entre ambos diálogos propuestos.

Ahora sí, una vez presentadas, se realizan los ensayos conductuales de diálogos entre el cuidador y el adolescente (participando en un principio el terapeuta como adolescente, ya que los papeles pueden ir variando para entender ambos puntos de vista).

Sesión 10. “Aprendo a relacionarme: Cuidadores-Adolescente”

El objetivo principal es que el adolescente y el cuidador aprendan a mejorar su relación actual en beneficio del proceso de cambio.

Objetivos específicos:

- Utilizar habilidades de resolución de problemas introducidas en sesiones previas.
- Dirigirse de forma más asertiva a través de adjetivos positivos a la otra persona.

Al inicio, los primeros minutos se emplearán para revisar el autorregistro de la séptima sesión completado por el adolescente, con el objetivo de comunicar la experiencia y dar feedback ya que esta es la siguiente sesión en la que trabajamos con el paciente.

Antes de empezar, agradecer a ambos por acudir a terapia y explicarles de forma general el procedimiento de esta sesión para que estén más tranquilos. Para empezar a “romper el hielo”, mirándose el uno al otro, tendrán que decir varios aspectos positivos (Anexo 28) sobre la otra persona desde el punto de vista personal e individual, utilizando el “yo”, por ejemplo, “yo agradezco que ayudes en casa siempre que puedes”. A continuación, es interesante revisar las habilidades de comunicación ofrecidas a ambas partes y las habilidades de resolución de problemas, en este caso, explicadas por el propio adolescente con el objetivo de buscar una solución común a las situaciones problemáticas y trabajar juntos.

A continuación, deben plantear situaciones realistas en un documento (Anexo 29) para representar a través de un ensayo conductual guiado por el terapeuta y practicar ambas habilidades con el fin de integrar y poner en práctica todos los conocimientos y técnicas adquiridas de forma conjunta acercándose un poco más a la realidad.

Ahora, para finalizar, ambos han de completar la Escala de satisfacción con las Relaciones, revisando los ítems en los que han puntuado alto y una vez finalizada, como tarea para casa, buscar posibles soluciones a los problemas presentados a lo largo de la

sesión recordándoles la importancia de ser agradables el uno con el otro. Finalmente, se toma un tiempo para cerrar la sesión, ya que será la última en la que participe el cuidador y es necesario y conveniente agradecerle su dedicación y participación todo este tiempo.

Sesión 11. “Cierre del tratamiento”

El objetivo principal de la última sesión es realizar de nuevo la evaluación inicial para comprobar si el cambio producido es significativo o no.

Objetivos específicos:

- Revisar y reforzar los progresos hechos durante el tratamiento.
- Revisar todos los componentes y habilidades trabajadas a lo largo del tratamiento.
- Explicar la necesidad de trabajar y mantener las herramientas adquiridas.

En esta última sesión, al inicio, se llevará a cabo la segunda evaluación para ver los cambios que se han producido durante el tratamiento y se hará una revisión general con la persona de todos los progresos y avances realizados en relación con el consumo de cannabis y la rehabilitación cognitiva. Es importante, también, informar y motivar de la necesidad de seguir manteniendo todos estos hábitos con el tiempo, ya que le ayudarán a continuar abstinerente de la mejor manera posible.

Además, la mejor forma de volver a recuperar las capacidades cognitivas es con trabajo continuo, por lo que seguir realizando las actividades y acudiendo a las sesiones interdisciplinarias marcadas ayudará a que el progreso venga con el tiempo. Para ayudarle con esto, se le entrega un documento con las pautas y herramientas más destacadas de toda la intervención para que pueda recordarlas con mayor facilidad (Anexo 30).

Discusión

El objetivo que se persigue con la propuesta de intervención planteada es adaptar un programa para el consumo problemático de cannabis, teniendo en cuenta la afectación que este supone a nivel cognitivo, principalmente en población adolescente que todavía se encuentra en proceso de desarrollo. Se espera que la tasa de efectividad sea elevada, ya que, se basa en el programa de Aproximación Comunitaria de Reforzamiento para Adolescentes consumidores de Cannabis (A-CRA).

Como ya se ha mencionado anteriormente, el número de programas específicos dedicados a la intervención del consumo de cannabis y las repercusiones cognitivas son

escasos a pesar del creciente aumento del consumo en esta población año tras año. Por ello, este trabajo busca ayudar a los adolescentes a alcanzar la abstinencia, además de rehabilitar las consecuencias asociadas a nivel cognitivo, para que tengan un retorno exitoso a la vida académica y laboral.

Al igual que en el programa A-CRA (Fernández, 2014), se va a intervenir de manera individual con los pacientes, exceptuando las últimas sesiones en las que se incorpora el factor de apoyo social con los cuidadores de los jóvenes. A lo largo de la intervención se trabajan diferentes habilidades y estrategias que dotan a los adolescentes de herramientas para hacer frente al consumo, conocer los antecedentes y consecuencias y, para llegar a abandonar el hábito de forma saludable. Entre ellas está la resolución de problemas, habilidades de comunicación, prevención de recaídas, etc. Además, se ha incluido trabajo cognitivo con el fin de rehabilitar aquellas funciones que se han visto afectadas a través de actividades adaptadas a las necesidades de los sujetos.

Para ir viendo la evolución y asegurarnos de que se mantienen los hábitos adquiridos, se ha establecido un período de seguimiento a los seis meses, un año y tres años, una vez finalizada la intervención en su totalidad, ofreciendo al paciente y a su cuidador la posibilidad de contactar con los terapeutas en el momento que consideren necesario a lo largo de todo el proceso de recuperación.

A pesar de la individualidad del programa, existe el riesgo de que se vea afectado por la escasez de apoyo e influencia por parte del entorno familiar y/o social, el riesgo de abandono al tener un número de sesiones elevado o, por la misma razón, la falta de adhesión, dando lugar a peores resultados. También pueden darse acontecimientos estresantes no relacionados con la terapia en sí y que, por tanto, no vienen contemplados previamente.

La resistencia al tratamiento puede ser otra de las limitaciones a tener en cuenta, y es que normalmente estos pacientes presentan una alta ambivalencia porque piensan que la conducta actual está satisfaciendo alguna necesidad, aportando algún beneficio, reduciendo la ansiedad, etc., por lo que no quieren cambiar. Por esta razón, el estilo de terapeuta ha de ser empático, incluir afirmaciones, no juzgar y no ser confrontativo, que ayude al paciente a lograr un resultado favorable con el tratamiento (Godley et al, 2012).

El empleo de estrategias de entrenamiento cognitivo se ha visto asociado con una posible mejora del resultado de las terapias psicológicas que se traduce en mayor adhesión

y permanencia en el tratamiento, una mejor autoestima y autoeficacia percibida que tienden a ser otras de las limitaciones a tener en cuenta, sobre todo al inicio. También una mayor implicación e incremento de la motivación (Pedrero-Pérez, 2011; Kim & Hodgins, 2018). Esta propuesta incorpora trabajo cognitivo, por lo que se espera que a la finalización de la intervención la persona sea capaz de aprender e implementar información nueva beneficiándose del tratamiento cognitivo-conductual.

Para evitar todos estos problemas, se tiene en cuenta cuál es la situación previa de cada adolescente para adaptar al máximo la intervención y evitar sesgos. Como menciona Verdejo-García et al., 2023, la entrega individualizada con retroalimentación de los expertos y la personalización a lo largo de la intervención es clave en el entrenamiento cognitivo. Además, se facilita el contacto directo con los terapeutas en todo momento, así como se implica a las familias para reducir la posibilidad de abandono, ya que, la colaboración de ambos mejora los resultados del tratamiento en los adolescentes, aumentando la motivación y participación (Hornberger & Smith, 2011). Otro estudio afirma que el apoyo del entorno inmediato puede llegar a producir cambios en la actitud de los sujetos hacia las conductas adictivas (Chung, Lee & Lee, 2019).

La inclusión de rehabilitación cognitiva es un elemento clave para lograr mejores resultados en el tratamiento de personas con adicción al tener en cuenta su estado y capacidades actuales (Fernández, García & Otero, 2022). Por lo que, aun teniendo en cuenta todas las limitaciones planteadas, los resultados que se esperan son favorables en su gran mayoría, no solo al finalizar el tratamiento, sino tiempo después, porque al abordar los déficits cognitivos se favorece a corto y largo plazo a los resultados clínicos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas como son las recaídas.

Bibliografía

- Aguilar-Navarro, S. G., Mimenza-Alvarado, A. J., Palacios-García, A. A., Samudio-Cruz, A., Gutiérrez-Gutiérrez, L. A., & Ávila-Funes, J. A. (2018). Validez y confiabilidad del MoCA (Montreal Cognitive Assessment) para el tamizaje del deterioro cognoscitivo en México. *Revista Colombiana de Psiquiatría/Revista Colombiana de Psiquiatría*, 47(4), 237-243. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.05.003>
- Amangandi, J. D. A., & Robayo, D. I. R. (2020b). Consecuencias del consumo de drogas en las Funciones Ejecutivas en adolescentes y jóvenes adultos. *Revista Científica*, 5(Ed. Esp.), 127-145. <https://doi.org/10.29394/scientific.issn.2542-2987.2020.5.e.6.127-145>
- Artamendi, S. F. (2014). *Evaluación y detección temprana de los problemas asociados al consumo de cannabis en adolescentes*. <https://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/18263/2/TDFernandezArtamendi.pdf>
- Artamendi, S. F., Núñez, C. L., Carmona, A. C., & Cenizo, J. J. L. C. (2021). Tratamientos psicológicos para las conductas adictivas en población infanto-juvenil en E. Fonseca Pedrero (Ed.), *Manual de tratamientos psicológicos en infancia y adolescencia* (pp. 651-698). Editorial Pirámide. Madrid, España.
- Artamendi, S. F., Núñez, C. L., y Martínez-Loredo, V. (2021). Evaluación de las conductas adictivas en adolescentes en E. Fonseca Pedrero (Ed.), *Manual de tratamientos psicológicos: infancia y adolescencia* (pp. 167). Editorial Pirámide. Madrid, España.
- Bachman, J. G., O'Malley, P. M., Schulenberg, J. E., Johnston, L. D., Bryant, A. L., & Merline, A. C. (2014). *The Decline of Substance Use in Young Adulthood*. <https://doi.org/10.4324/9781410606013>
- Bourque, J., & Potvin, S. (2021). Cannabis and Cognitive Functioning: From Acute to Residual Effects, From Randomized Controlled Trials to Prospective Designs. *Frontiers In Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.596601>
- Broyd, S. J., Van Hell, H. H., Beale, C., Yücel, M., & Solowij, N. (2016). Acute and Chronic Effects of Cannabinoids on Human Cognition—A Systematic Review. *Biological Psychiatry*, 79(7), 557-567. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2015.12.002>

- Budney, A. J., Stanger, C., Knapp, A. A., & Walker, D. D. (2018). Status Update on the Treatment of Cannabis Use Disorder. En *Oxford University Press eBooks* (pp. 236-255). <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190263072.003.0010>
- Caetano, T., Pinho, M. S., Ramadas, E., Clara, C., Areosa, T., & Dixe, M. D. A. (2021). Cognitive Training Effectiveness on Memory, Executive Functioning, and Processing Speed in Individuals With Substance Use Disorders: A Systematic Review. *Frontiers In Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.730165>
- Campos, M. W., Cerviño, C., Bagnati, P., Navarro, R. E., Coronel, I. B., González-Urbieto, I., Franco, O. G., O'Higgins, M. G., Castaldelli-Maia, J. M., Ventriglio, A., Almirón-Santacruz, J., & Torres, J. C. (2022). Evaluación Neurocognitiva en las Adicciones. *Anales de la Facultad de Ciencias Médicas*, 55(1), 17-26. <https://doi.org/10.18004/anales/2022.055.01.17>
- Chung, S., Lee, J., & Lee, H. K. (2019). Personal Factors, Internet Characteristics, and Environmental Factors Contributing to Adolescent Internet Addiction: A Public Health Perspective. *International Journal Of Environmental Research And Public Health/International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 16(23), 4635. <https://doi.org/10.3390/ijerph16234635>
- Connor, J. P., Stjepanović, D., Foll, B. L., Hoch, E., Budney, A. J., & Hall, W. D. (2021). Cannabis use and cannabis use disorder. *Nature Reviews. Disease Primers*, 7(1). <https://doi.org/10.1038/s41572-021-00247-4>
- De los Reyes Aragón, C. J., Lasprilla, J. C. A., Díaz, M. A. R., Bartolomé, M. V. P., & Fernández, V. L. (2012). Rehabilitación cognitiva en pacientes con enfermedad de Alzheimer. *Psicología Desde el Caribe*, 29(2), 421-455. <https://www.redalyc.org/pdf/213/21324851008.pdf>
- Dennis, M., Godley, S. H., Diamond, G., Tims, F. M., Babor, T., Donaldson, J., Liddle, H., Titus, J. C., Kaminer, Y., Webb, C., Hamilton, N., & Funk, R. (2004). The Cannabis Youth Treatment (CYT) Study: Main findings from two randomized trials. *Journal Of Substance Abuse Treatment*, 27(3), 197-213. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2003.09.005>
- De Pereira, A. R. Q., Bongiardino, L., Borensztein, L., Botero, C., Crawley, A., Vázquez, N., & Aufenacker, S. I. (2020). Adaptación del MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment (MacCAT-T): Un instrumento para evaluar la toma de decisiones en adolescentes. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 24(1), 143-168.

- Diamond, G., Godley, S. H., Liddle, H. A., Sampl, S., Webb, C., Tims, F. M., & Meyers, R. (2002). Five outpatient treatment models for adolescent marijuana use: a description of the Cannabis Youth Treatment Interventions. *Addiction*, 97(s1), 70-83. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.97.s01.3.x>
- Fernández-Artamendi, S., Fernández-Hermida, J. R., García-Cueto, E., Secades-Villa, R., García-Fernández, G., & Barrial-Barbén, S. (2012b). Adaptación y validación española del Adolescent-Cannabis Problems Questionnaire (CPQ-A). *Adicciones*, 24(1), 41. <https://doi.org/10.20882/adicciones.116>
- Fernández-Artamendi, S., Fernández-Hermida, J. R., Godley, M. D., & Secades-Villa, R. (2014b). Evidence-based treatments for adolescents with cannabis use disorders in the Spanish Public Health System. *International Journal Of Clinical And Health Psychology*, 14(3), 186-194. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2014.04.001>
- Fernández Guinea, S., García Viedma, M. R., & Otero Cuevas, A. (2022). Intervención neuropsicológica. En R. Secades Villa, G. García Fernández, S. Fernández Artamendi (Eds.), *Manual de conductas adictivas: Teoría, evaluación y tratamiento* (pp. 339-356). Pirámide.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state". *Journal Of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)
- Galván, G., Guerrero-Martelo, M., & De la Hoz, F. V. (2017b). Cannabis: A cognitive illusion. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 46(2), 95-102. <https://doi.org/10.1016/j.rcpeng.2017.05.007>
- Gasparyan, A., Sanchez, D. M., Navarrete, F., Sion, A., Navarro, D., García-Gutiérrez, M. S., Valladolid, G. R., Barba, R. J., & Manzanares, J. (2023). Cognitive Alterations in Addictive Disorders: A Translational Approach. *Biomedicines*, 11(7), 1796. <https://doi.org/10.3390/biomedicines11071796>
- Godley, S. H., Meyers, R. J., Smith, J. E., Karvinen, T., Titus, J. C., Godley, M. D., Dent, G., Passetti, L., & Kelberg, P. (2012). The Adolescent Community Reinforcement Approach for Adolescent Cannabis Users, Cannabis Youth Treatment (CYT) Series, Volume 4. *Cannabis Youth Treatment Series*, 4. <http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED478684.pdf>

- Golden, C. J. (2020). *STROOP. Test de Colores y Palabras – Edición Revisada* (B. Ruiz-Fernández, T. Luque y F. Sánchez-Sánchez, adaptadores). Madrid: TEA Ediciones.
- Gunn, R. L., Aston, E. R., Sokolovsky, A. W., White, H. R., & Jackson, K. M. (2020). Complex cannabis use patterns: Associations with cannabis consequences and cannabis use disorder symptomatology. *Addictive Behaviors*, *105*, 106329. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106329>
- Hamilton, P. J., & Nestler, E. J. (2019). Epigenetics and addiction. *Current Opinion In Neurobiology*, *59*, 128-136. <https://doi.org/10.1016/j.conb.2019.05.005>
- Hornberger, S., & Smith, S. L. (2011). Family involvement in adolescent substance abuse treatment and recovery: What do we know? What lies ahead? *Children And Youth Services Review*, *33*, S70-S76. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2011.06.016>
- Kim, H. S., & Hodgins, D. C. (2018b). Component Model of Addiction Treatment: A Pragmatic Transdiagnostic Treatment Model of Behavioral and Substance Addictions. *Frontiers In Psychiatry*, *9*. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00406>
- Kroon, E., Kuhns, L., Hoch, E., & Cousijn, J. (2019). Heavy cannabis use, dependence and the brain: a clinical perspective. *Addiction*, *115*(3), 559-572. <https://doi.org/10.1111/add.14776>
- Lobo, A., Saz, P., Marcos, G., Día, J. L., de la Cámara, C., Ventura, T., Morales Asín, F., Fernando Pascual, L., Montañés, J. A., & Aznar, S. (1999). Revalidación y normalización del Mini-Examen Cognoscitivo (primera versión en castellano del Mini-Mental Status Examination) en la población general geriátrica [Revalidation and standardization of the cognition mini-exam (first Spanish version of the Mini-Mental Status Examination) in the general geriatric population]. *Medicina clinica*, *112*(20), 767–774.
- López Luengo, B., Fernández Guinea, S., Delgado Losada, M. L., & García de la Rocha, M. L. (2002). Programa de rehabilitación de las capacidades atencionales en pacientes con demencia tipo Alzheimer y enfermedades cerebrovasculares. *MAPFRE med*, 186-196. <http://sid.usal.es/idos/F8/8.2.6-6098/programa.pdf>
- Lovell, M. E., Akhurst, J., Padgett, C., Garry, M. I., & Matthews, A. (2020b). Cognitive outcomes associated with long-term, regular, recreational cannabis use in adults: A

- meta-analysis. *Experimental And Clinical Psychopharmacology*, 28(4), 471-494. <https://doi.org/10.1037/pha0000326>
- Mälärstig, I., Tyrberg, M. J., Lundgren, T., & Alfonsson, S. (2023). Experiences of conducting a substance use disorder treatment, A-CRA, in compulsory institutional care for youth – The challenge of promoting openness in a closed, temporary setting. *Children And Youth Services Review*, 148, 106850. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2023.106850>
- Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J. L., & Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MOCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal Of The American Geriatrics Society*, 53(4), 695-699. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x>
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Estadísticas 2023. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2023. 258 p. <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2023OEDA-ESTADISTICAS.pdf>
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Informe 2023. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2023. 270 p. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2023_Informe_Resumen_ejecutivo.pdf
- Parmar, A. y Sarkar, S. (2017). Intervenciones breves para los trastornos por consumo de cannabis: una revisión. *Trastornos adictivos y su tratamiento*, 16(2), 80-93.
- Pedrero-Perez, E. J., Rojo-Mota, G., De Leon, J. M. R., Llanero-Luque, M., & Puerta-Garcia, C. (2011). Rehabilitación cognitiva en el tratamiento de las adicciones. *Revista de Neurología/Revista de Neurología Electrónica*, 52(03), 163. <https://doi.org/10.33588/rn.5203.2010513>
- Potvin, S., Pelletier, J., Grot, S., Hébert, C., Barr, A. M., & Lecomte, T. (2018). Cognitive deficits in individuals with methamphetamine use disorder: A meta-analysis. *Addictive Behaviors*, 80, 154-160. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.01.021>

- Robinson, S. M., Sobell, L. C., Sobell, M. B., & Leo, G. I. (2014). Reliability of the Timeline Followback for cocaine, cannabis, and cigarette use. *Psychology Of Addictive Behaviors*, 28(1), 154-162. <https://doi.org/10.1037/a0030992>
- Rochat, L., & Khazaal, Y. (2019). Cognitive remediation therapy of working memory in addictive disorders: An individualized, tailored, and recovery-oriented approach. *Expert Review Of Neurotherapeutics*, 19(4), 285-287. <https://doi.org/10.1080/14737175.2019.1591950>
- Ruíz, K. G., De los Reyes Aragón, C. J., Díaz, M. R., & Herrera, A. S. (2009b). Técnicas de rehabilitación neuropsicológica en daño cerebral adquirido: ayudas de memoria externas y recuperación espaciada. *Psicología Desde el Caribe: Revista del Programa de Psicología de la Universidad del Norte*, 24, 147-179. <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/n24/n24a08.pdf>
- Sampedro-Piquero, P., De Guevara-Miranda, D. L., Pavón, F. J., Serrano, A., Suárez, J., De Fonseca, F. R., Santín, L. J., & Castilla-Ortega, E. (2019). Neuroplastic and cognitive impairment in substance use disorders: a therapeutic potential of cognitive stimulation. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews/Neuroscience And Biobehavioral Reviews*, 106, 23-48. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2018.11.015>
- Sherman, B. J., & McRae-Clark, A. L. (2016). Treatment of Cannabis Use Disorder: Current Science and Future Outlook. *Pharmacotherapy*, 36(5), 511-535. <https://doi.org/10.1002/phar.1747>
- Sobell, L. C. & Sobell, M. B. (1996). Método de seguimiento de la línea de tiempo (drogas, cigarrillos y marihuana).
- Steinfeld, M. R., & Torregrossa, M. M. (2023). Consequences of adolescent drug use. *Translational Psychiatry*, 13(1). <https://doi.org/10.1038/s41398-023-02590-4>
- Peacock, A., Leung, J., Larney, S., Colledge, S., Hickman, M., Rehm, J., Giovino, G. A., West, R., Hall, W., Griffiths, P., Ali, R., Gowing, L., Marsden, J., Ferrari, A. J., Grebely, J., Farrell, M., & Degenhardt, L. (2018). Global statistics on alcohol, tobacco and illicit drug use: 2017 status report. *Addiction*, 113(10), 1905-1926. <https://doi.org/10.1111/add.14234>
- Verdejo-Garcia, A., Garcia-Fernandez, G., & Dom, G. (2019). Cognition and addiction. *Dialogues In Clinical Neuroscience*, 21(3), 281-290. <https://doi.org/10.31887/dcns.2019.21.3/gdom>

Verdejo-Garcia, A., Rezapour, T., Giddens, E., Zonoozi, A. K., Rafei, P., Berry, J., Caracuel, A., Copersino, M. L., Field, M., Garland, E. L., Lorenzetti, V., Malloy-Diniz, L., Manning, V., Marceau, E. M., Pennington, D. L., Strickland, J. C., Wiers, R., Fairhead, R., Anderson, A., . . . Ekhtiari, H. (2022). Cognitive training and remediation interventions for substance use disorders: a Delphi consensus study. *Addiction*, 118(5), 935-951. <https://doi.org/10.1111/add.16109>

Yücel, M., Oldenhof, E., Ahmed, S. H., Belin, D., Billieux, J., Bowden-Jones, H., Carter, A., Chamberlain, S. R., Clark, L., Connor, J., Daglish, M., Dom, G., Dannon, P., Duka, T., Fernandez-Serrano, M. J., Field, M., Franken, I., Goldstein, R. Z., Gonzalez, R., . . . Verdejo-Garcia, A. (2018). A transdiagnostic dimensional approach towards a neuropsychological assessment for addiction: an international Delphi consensus study. *Addiction*, 114(6), 1095-1109. <https://doi.org/10.1111/add.14424>

Zúñiga, M. S. S., Cabezas, R. F., Rubilar, K. M., Suazo, V. F., & Aedo, C. A. (2022b). Efectos del Alcohol y la Cannabis en las Funciones Cognitivas en Universitarios. *Zenodo* (CERN European Organization For Nuclear Research). <https://doi.org/10.5281/zenodo.7348112>



Anexos

Anexo 1. Cuestionario evaluación variables sociodemográficas

CUESTIONARIO VARIABLES SOCIDEMOGRÁFICAS

Una vez recogido el consentimiento informado de los tutores legales de los adolescentes, se inicia el proceso de evaluación con este cuestionario acerca de variables sociodemográficas de la población.

Este formulario recoge automáticamente los correos de todos los encuestados. [Cambiar configuración](#)

Edad *

Texto de respuesta corta

Curso actual *

- 1ºESO
- 2ºESO
- 3º ESO
- 4º ESO
- 1º BACHILLER
- 2º BACHILLER
- FORMACIÓN PROFESIONAL BÁSICA
- FORMACIÓN PROFESIONAL MEDIA
- TRABAJANDO
- Otra...



Lugar de residencia

Texto de respuesta corta

Personas con las que convives *

Texto de respuesta corta

Anexo 2. Cuestionario de problemas con el cannabis para adolescentes (CPQ-A)

(CPQ-A) CUESTIONARIO DE PROBLEMAS ASOCIADOS AL CANNABIS PARA ADOLESCENTES

1. A continuación figuran una serie de problemas que a menudo experimentan las personas que consumen cannabis.
2. Por favor, lee atentamente cada pregunta e indícanos si en los últimos 3 meses has experimentado alguna de estas situaciones. Para ello, responde con un Sí o un No a cada una de ellas, señalando la respuesta correcta mediante un círculo o una X en la columna correspondiente.

En los últimos 3 meses...

	No	Sí
1. ¿Has fumado cannabis con más frecuencia que antes estando solo?		
2. ¿Te ha preocupado estar con gente que no conoces cuando estabas "colocado"?		
3. ¿Has pasado más tiempo con amigos que fuman cannabis que con otros amigos?		
4. ¿Te han criticado tus amigos por fumar cannabis en exceso?		
5. ¿Has contraído alguna deuda por consumir cannabis?		
6. ¿Has empeñado alguna de tus pertenencias para comprar cannabis?		
7. ¿Has tenido que poner excusas sobre tu gasto de dinero?		
8. ¿Te ha preocupado la cantidad de dinero que has estado gastando en cannabis?		
9. ¿Te han pillado mintiendo sobre el dinero que gastas?		
10. ¿Has tenido problemas con la policía debido a tu consumo de cannabis?		
11. ¿Te has encontrado físicamente mal tras haber fumado cannabis?		
12. ¿Te has desmayado alguna vez después de haber fumado cannabis?		
13. ¿Has sentido dolor en el pecho o en los pulmones tras haber estado fumando cannabis?		
14. ¿Has tenido bronquitis o tos persistente?		
15. ¿Te has sentido paranoico o antisocial tras haber estado fumando cannabis?		
16. ¿Has perdido peso sin habértelo propuesto?		
17. ¿Te has descuidado físicamente?		
18. ¿Te has sentido deprimido durante más de una semana?		
19. ¿Te has sentido tan deprimido como para pensar en suicidarte?		
20. ¿Has dejado de hacer alguna actividad de la que antes disfrutabas por tu consumo de cannabis?		
21. ¿Te has sentido con menos energía de lo habitual?		
22. ¿Te ha resultado difícil disfrutar como siempre de tus aficiones habituales?		
23. ¿Tu salud general ha estado peor de lo habitual?		
24. ¿Te ha preocupado perder el contacto con amigos o familiares?		
25. ¿Te ha preocupado la falta de motivación para hacer cosas?		
26. ¿Te ha resultado más difícil de lo habitual concentrarte?		
27. ¿Has estado preocupado por sentimientos de aislamiento o de desapego?		

Anexo 3. Herramienta Timeline Followback (TLFB)

NIDA Clinical Trials Network Timeline Followback (TFB) Method Assessment

Instructions

Complete questions on the form each day for 7 days or as directed by clinical personnel.

TFB Week Start Date: (mm/dd/yyyy) --/~/----

Day

- Sunday Wednesday Saturday
 Monday Thursday
 Tuesday Friday

Date: (mm/dd/yyyy) --/~/----

1. **Have any illicit substances or alcohol been used on this day?**
 No Yes
2. **Alcohol - number of standard drinks (xx):** --
3. **Cannabinoids/ Marijuana**
 No Yes
4. **Cocaine**
 No Yes
5. **Crack**
 No Yes
6. **Amphetamine-type stimulants**
 No Yes
7. **Opioid analgesics, including methadone**
 No Yes
8. **Heroin**
 No Yes

NIDA Clinical Trials Network Timeline Followback (TFB) Method Assessment

9. **Hallucinogens, including MDMA/ecstasy**
 No Yes
 10. **Sedatives and hypnotics, excluding Benzodiazepine**
 No Yes
 11. **Benzodiazepines**
 No Yes
 12. **Inhalants**
 No Yes
- Other Drugs**
13. **Other drug, specify (enter name - 1):** ____
 No Yes
 14. **Other drug, specify (enter name - 2):** ____
 No Yes

Comments:

Anexo 4. Test de Colores y palabras de Stroop

<u>LÁMINA 1 (P)</u>					<u>LÁMINA 2 (C)</u>				
ROJO	AZUL	VERDE	ROJO	AZUL					
VERDE	VERDE	ROJO	AZUL	VERDE	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
AZUL	ROJO	AZUL	VERDE	ROJO	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
VERDE	AZUL	ROJO	ROJO	AZUL	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
ROJO	ROJO	VERDE	AZUL	VERDE	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
AZUL	VERDE	AZUL	VERDE	ROJO	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
ROJO	AZUL	VERDE	AZUL	VERDE	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
AZUL	VERDE	ROJO	VERDE	ROJO	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
VERDE	ROJO	AZUL	ROJO	AZUL	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
AZUL	VERDE	VERDE	AZUL	VERDE	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
VERDE	ROJO	AZUL	ROJO	ROJO	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
ROJO	AZUL	ROJO	VERDE	AZUL	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
VERDE	ROJO	AZUL	ROJO	VERDE	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
AZUL	AZUL	ROJO	VERDE	ROJO	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
ROJO	VERDE	VERDE	AZUL	AZUL	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
AZUL	AZUL	ROJO	VERDE	ROJO	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
ROJO	VERDE	AZUL	ROJO	VERDE	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
VERDE	ROJO	VERDE	AZUL	AZUL	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
ROJO	AZUL	ROJO	VERDE	ROJO	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
VERDE	ROJO	VERDE	AZUL	VERDE	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX

LÁMINA 3 (PC)

ROJO	AZUL	VERDE	ROJO	AZUL
VERDE	VERDE	ROJO	AZUL	VERDE
AZUL	ROJO	AZUL	VERDE	ROJO
VERDE	AZUL	ROJO	ROJO	AZUL
ROJO	ROJO	VERDE	AZUL	VERDE
AZUL	VERDE	AZUL	VERDE	ROJO
ROJO	AZUL	VERDE	AZUL	VERDE
AZUL	VERDE	ROJO	VERDE	ROJO
VERDE	ROJO	AZUL	ROJO	AZUL
AZUL	VERDE	VERDE	AZUL	VERDE
VERDE	ROJO	AZUL	ROJO	ROJO
ROJO	AZUL	ROJO	VERDE	AZUL
VERDE	ROJO	AZUL	ROJO	VERDE
AZUL	AZUL	ROJO	VERDE	ROJO
ROJO	VERDE	VERDE	AZUL	AZUL
AZUL	AZUL	ROJO	VERDE	ROJO
ROJO	VERDE	AZUL	ROJO	VERDE
VERDE	ROJO	VERDE	AZUL	AZUL
ROJO	AZUL	ROJO	VERDE	ROJO
VERDE	ROJO	VERDE	AZUL	VERDE

Anexo 5. Adaptación del MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment (MacCAT-T)

MACCAT-T FORMULARIO DE REGISTRO

Paciente: _____ Médico: _____
 Fecha: _____ Hora: _____ Unidad: _____

COMPRENSIÓN DEL TRASTORNO

Preguntar: "Por favor, explíqueme en sus propias palabras qué es lo que yo le he dicho acerca de su estado de salud"

Sondear (si es necesario): Re-explicar o Re-interrogar (si es necesario)

Información del médico (Descripción) Respuesta del paciente

# 1 Diagnóstico	Puntuación:
# 2 Característica del Trastorno	Puntuación:
# 3 Característica del Trastorno	Puntuación:
# 4 Característica del trastorno	Puntuación:
# 5 Curso del Trastorno	Puntuación:
Puntuación total Comprensión del Trastorno: _____	
Otro	

APRECIACIÓN DEL TRASTORNO

Preguntar: "Ahora, esto es lo que nosotros pensamos acerca de su problema de salud. Si usted tiene alguna razón para dudar de esto, me gustaría que me lo dijera. ¿Qué piensa usted?"

___ De acuerdo ___ En desacuerdo ___ Ambivalente

Sondear: Si el paciente está en desacuerdo o es ambivalente, describir el desacuerdo y la explicación del paciente.

Explicación	Apreciación del trastorno:
-------------	----------------------------

COMPRENSIÓN DEL TRATAMIENTO

Preguntar: "Por favor, dígame en sus propias palabras qué es lo que yo le dije sobre este tratamiento".

Sondear (si es necesario): Re-explicar o Re-interrogar (si es necesario).

Información del médico (Descripción) Respuesta del paciente

# 1 Nombre del Tratamiento	Puntuación:
# 2 Característica del Tratamiento	Puntuación:
# 3 Característica del Tratamiento	Puntuación:
# 4 Característica del Tratamiento	Puntuación:
Puntuación total Comprensión del Tratamiento: _____	
Otro	

COMPREENSIÓN DEL BENEFICIO/RIESGO

Preguntar: "Ahora, por favor, dígame en sus propias palabras que es lo que yo le dije acerca de los beneficios y riesgos de este tratamiento".

Sondear (si es necesario): Re-explicar o Re-interrogar (si es necesario).

Información del médico (Descripción) Respuesta del paciente

# 1 Beneficio	Puntuación:
# 2 Beneficio	Puntuación:
# 3 Riesgo	Puntuación:
# 4 Riesgo	Puntuación:

Puntuación total Comprensión del Beneficio/Riesgo: ____

Otro	
------	--

APRECIACIÓN DEL TRATAMIENTO

Preguntar: "Usted puede o no decidir, que este es el tratamiento que usted desea – de eso hablaremos más tarde. Pero, ¿piensa que es posible que este tratamiento pueda ser de algún beneficio para usted?"

De acuerdo En desacuerdo Ambivalente

Sondear: "Usted siente que es/no es posible que este tratamiento sea de alguna ayuda para su situación. ¿Puede usted explicármelo? ¿Qué le hace pensar que este tratamiento podría/ no podría ser de beneficio para usted?"

Apreciación del Tratamiento:

TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS

Véase el Formulario de Tratamientos Alternativos, uno para cada tratamiento alternativo.

PRIMERA ELECCIÓN Y RAZONAMIENTO

Elección: "Ahora permítame revisar las opciones que usted tiene. Primera..segunda.. y sucesivas (nombre cada opción de tratamiento revisado previamente, incluyendo la opción de no-tratamiento). ¿Cuál de estas opciones es la mejor para usted? ¿Cuál piensa usted que es probablemente la que más desea?"

Elección: _____

Preguntar: "Usted piensa que (elección del paciente) puede ser la mejor. ¿Dígame por qué le parece mejor que las otras?"

Sondear: Discutir la explicación para explorar el proceso de razonamiento.

Explicación
Consecuencias: Comparaciones:

CONSECUENCIAS GENERADAS

Preguntar 1: "Yo le hablé de algunos posibles beneficios y riesgos o molestias de (nombre de la opción de tratamiento elegido por el paciente) ¿De qué manera esto podría afectar sus actividades cotidianas en su casa o en su trabajo?"

Consecuencias-1
Consecuencias 1:

Preguntar 2: "Ahora considere (nombre de cualquier otro opción de tratamiento o de la opción de no-tratamiento). ¿De qué manera esta elección podría afectar sus actividades cotidianas en su casa o en su trabajo?"

Consecuencias-2
Consecuencias 2:

Total de Consecuencias Generadas: ____

ELECCIÓN FINAL

Preguntar 1: "Cuando iniciamos la discusión usted prefirió (anote la primera elección desde el comienzo del interrogatorio o anote si el paciente tuvo dificultades en decidir). ¿Qué piensa ahora que hemos discutido todo? ¿qué quiere hacer?"

Elección
Expresión de una elección:

CONSISTENCIA LÓGICA DE LA ELECCIÓN

Explicación del examinador
Consistencia Lógica:



Anexo 6. Montreal Cognitive Assessment (MoCA)

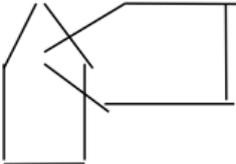
MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA®)
(EVALUACIÓN COGNITIVA MONTREAL)
 Versión 8.1 Spanis(Spain)

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Nivel de estudios: _____ Sexo: _____ FECHA: _____

VISUOESPACIAL / EJECUTIVA		Copiar el cubo		Dibujar un RELOJ (Once y diez) (3 puntos)			PUNTOS		
				<input type="checkbox"/> Contorno <input type="checkbox"/> Números <input type="checkbox"/> Agujas			<input type="checkbox"/> /5		
IDENTIFICACIÓN									
						<input type="checkbox"/> /3			
MEMORIA		Lea la lista de palabras, el paciente debe repetir las. Haga dos intentos. Récuérdeselas 5 minutos más tarde.		ROSTRO	SEDA	TEMPLO	CLAVEL	ROJO	NINGÚN PUNTO
		1 ^{er} INTENTO							
		2 ^o INTENTO							
ATENCIÓN		Lea la serie de números (1 número/seg.) El paciente debe repetirlos en el mismo orden. <input type="checkbox"/> 2 1 8 5 4 El paciente debe repetirlos en orden inverso. <input type="checkbox"/> 7 4 2					<input type="checkbox"/> /2		
		Lea la serie de letras. El paciente debe dar un golpecito con la mano cada vez que se diga la letra A. No se asignan puntos si ≥ 2 errores.		<input type="checkbox"/> F B A C M N A A J K L B A F A K D E A A A J A M O F A A B			<input type="checkbox"/> /1		
		Restar de 7 en 7 empezando desde 100. <input type="checkbox"/> 93 <input type="checkbox"/> 86 <input type="checkbox"/> 79 <input type="checkbox"/> 72 <input type="checkbox"/> 65 4 o 5 restas correctas: 3 puntos, 2 o 3 restas correctas: 2 puntos, 1 resta correcta: 1 punto, 0 restas correctas: 0 puntos					<input type="checkbox"/> /3		
LENGUAJE		Repetir: Solo sé que le toca a Juan ayudar hoy. <input type="checkbox"/> El gato siempre se esconde debajo del sofá cuando hay perros en la habitación. <input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> /2		
		Fluidez del lenguaje. Decir el mayor número posible de palabras que comiencen por la letra "F" en 1 minuto. <input type="checkbox"/> ____ (N ≥ 11 palabras)					<input type="checkbox"/> /1		
ABSTRACCIÓN		Semejanza entre p. ej. plátano-naranja = fruta <input type="checkbox"/> tren-bicicleta <input type="checkbox"/> reloj-regla					<input type="checkbox"/> /2		
RECUERDO DIFERIDO		Debe recordar las palabras SIN DARLE PISTAS		ROSTRO	SEDA	TEMPLO	CLAVEL	ROJO	Puntos por recuerdos SIN PISTAS únicamente
Puntuación de la escala de memoria (MIS)		X3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		X2	Pista de categoría						
		X1	Pista de elección múltiple						MIS = ____ / 15
ORIENTACIÓN		<input type="checkbox"/> Fecha <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/> Día de la semana <input type="checkbox"/> Lugar <input type="checkbox"/> Localidad					<input type="checkbox"/> /6		
© Z. Nasreddine MD www.mocatest.org MIS: ____ /15 Administrado por: _____ (Normal ≥ 26/30)		Se requiere formación y certificado para garantizar la exactitud. Añadir 1 punto si tiene ≤ 12 años de estudios		TOTAL			<input type="checkbox"/> /30		

Anexo 7. Examen Cognoscitivo MINI-MENTAL

Paciente.....	Edad.....
Ocupación.....	Escolaridad.....
Examinado por.....	Fecha.....
ORIENTACIÓN	
• Dígame el día..... fecha Mes..... Estación..... Año..... (5 puntos)	
• Dígame el hospital (o lugar).....	
planta.....	ciudad..... Provincia..... Nación..... (5 puntos)

FIJACIÓN
• Repita estas tres palabras ; peseta, caballo, manzana (hasta que se las aprenda) (3 puntos)
CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO
• Si tiene 30 ptas. y me dando de tres en tres ¿cuantas le van quedando ? (5 puntos)
• Repita estos tres números : 5,9,2 (hasta que los aprenda) .Ahora hacia atrás (3 puntos)
MEMORIA
• ¿Recuerda las tres palabras de antes ? (3 puntos)
LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN
• Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto ?, repetirlo con un reloj (2puntos)
• Repita esta frase : En un trigal había cinco perros (1 punto)
• Una manzana y una pera ,son frutas ¿verdad ? (2 puntos) ¿qué son el rojo y el verde ?
• ¿Que son un perro y un gato ? (1 punto)
• Coja este papel con la mano derecha dóblelo y póngalo encima de la mesa (3 puntos)
• Lea esto y haga lo que dice : CIERRE LOS OJOS (1punto)
• Escriba una frase (1 punto)
• Copie este dibujo (1 punto)


Sesión 1: “Empezando con satisfacción”

Anexo 8. Escala de Satisfacción A-CRA

Escala de satisfacción

Nombre: _____ ID Adolescente: _____ Fecha: _____

Esta escala está destinada a estimar tu nivel *actual* de satisfacción con tu vida en cada una de las 16 áreas enumeradas abajo. Debes hacer un círculo en uno de los números (del 1 al 10) que aparecen al lado de cada área. Los números de la izquierda de la escala de 10 puntos indican varios grados de insatisfacción, mientras que los números situados en la zona de la derecha reflejan niveles crecientes de satisfacción. Hazte a ti mismo esta pregunta según tengas que puntuar cada área: “¿Cuán satisfecho me siento hoy con esta área de mi vida?”. En otras palabras, responde con la escala numérica (del 1 al 10) como te sientes hoy exactamente. Intenta excluir los sentimientos de ayer y concéntrate solo en los sentimientos de hoy en cada una de las áreas de tu vida. Intenta también que una categoría no influya sobre los resultados de las otras.

	Completamente insatisfecho					Completamente satisfecho				
1. Consumo/No consumo de marihuana	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Consumo/No consumo de alcohol	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Consumo/No consumo de otras drogas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Relación con la pareja	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. Relaciones con amigos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Relaciones con padres o cuidadores	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. Escuela	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. Actividades sociales	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. Actividades recreativas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10. Hábitos personales (levantarse por las mañanas, llegar a la hora, terminar las tareas, ...)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11. Cuestiones legales	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12. Manejo del dinero	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
13. Vida emocional (sentimientos)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
14. Comunicación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
15. Satisfacción general	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
16. Otros	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Anexo 9. Autorregistro actividades/tareas realizadas que le hagan sentir feliz y/o satisfecho

Actividad	Felicidad (0-10)	Satisfacción (0-10)	Comentarios
-----------	------------------	---------------------	-------------

Sesión 2. “Entiendo mi consumo”

Anexo 10. Balance decisional del consumo y no consumo

CONSUMO		NO CONSUMO	
Beneficios	Consecuencias	Beneficios	Consecuencias

Anexo 11. Ficha de objetivos del tratamiento

Áreas problema	Intervención (pasos específicos)	Tiempo

Anexo 12. Análisis funcional de la conducta de consumo

ANÁLISIS FUNCIONAL DE LA CONDUCTA: “USO DE SUSTANCIAS”			
A Antecedentes		B Conducta	C Consecuencias
Externos	Internos		<u>Positivas a corto plazo</u> <u>Negativas a largo plazo</u>

Anexo 13. Autorregistro situaciones de riesgo a las que se ha expuesto

Antecedentes a los que he sido expuesto	Respuesta		
	Cognitiva	Conductual	Emocional

Sesión 3: “Analizando el bien: Rehabilitación de la memoria”

Anexo 14. Análisis funcional de las conductas prosociales

ANÁLISIS FUNCIONAL DE LA CONDUCTA: “CONDUCTAS PROSOCIALES”			
A Antecedentes		B Conducta	C Consecuencias
Externos	Internos		<u>Positivas a corto plazo</u> <u>Negativas a largo plazo</u>

Anexo 15. Autorregistro de las conductas prosociales

Situación	Fecha y hora	Conducta	Pensamientos	Sentimientos	Personas	Deseo de consumo (0-10)

Sesión 4: “¿Disfrutando sin humo?: Rehabilitación de la atención”

Anexo 16. Actividad similar al famoso juego “Encuentra a Wally”



Anexo 17. Autorregistro de las conductas prosociales

Actividad	Acompañantes	Lugar - Fecha	Sentimientos	Pensamientos	Nivel de ansiedad (0-10)

Sesión 5. “Intentando no recaer: Rehabilitación de la memoria de trabajo”

Anexo 18. Registro situacional situaciones de riesgo

Paso 1.
Paso 2.
Paso 3.
Paso 4.
Paso 5.
Paso 6.
Paso 7.

Anexo 19. Autorregistro compra para trabajo de atención

Día y hora	Lugar	Productos comprados	Sentimientos	Pensamientos	Ansiedad (0-10)
------------	-------	---------------------	--------------	--------------	-----------------

Sesión 6. “Así es como me comunico: Rehabilitación del control inhibitorio”

Anexo 20. Situaciones planteadas para el roleplaying

1. Quedada con amigos en la que empiezan a beber y fumar, y le ofrecen de forma insistente para que se una.
2. Dar su opinión en alguna situación en la que no esté de acuerdo con el resto de las personas.
3. Proponer un plan alternativo y positivo cuando le ofrecen quedar para fumar en lugar de decir solo que no quiere.

Anexo 21. Autorregistro habilidades de comunicación en situaciones de la vida cotidiana

Día, hora y lugar	Situación	Habilidades empleadas	Pensamientos	Sentimientos	Ansiedad (0-10)
-------------------	-----------	-----------------------	--------------	--------------	-----------------

Sesión 7. “Afrontando problemas: Rehabilitación de la flexibilidad y toma de decisiones”

Anexo 22. Propuestas solución de problemas

Alternativa	Consecuencias positivas	Consecuencias negativas

Anexo 23. Autorregistro conflicto que se haya presentado a lo largo de la semana

Situación acordada	Fecha y hora	Conducta	Pensamientos	Sentimientos	Consecuencias
--------------------	--------------	----------	--------------	--------------	---------------

Sesión 8. “Primera toma de contacto con el cuidador”

Anexo 24. Documento buenas prácticas para cuidadores

PRÁCTICAS RECOMENDADAS A LOS/LAS CUIDADORES QUE PUEDEN AYUDAR AL ADOLESCENTE A MANTENERSE ABSTINENTE

1. El no consumo de drogas y alcohol de los cuidadores delante de los adolescentes.
2. Incrementar la comunicación positiva con sus adolescentes, es decir, disminuir culpas y desprecios e incrementar el refuerzo positivo.
3. Conocer el entorno social del adolescente.
4. Implicación en la vida del adolescente fuera del hogar, animando y promoviendo actividades prosociales (no relacionadas con el consumo).

Es clave apoyar a lo largo de todo el proceso, incluidas las recaídas, al adolescente a través de prácticas conductuales, verbales y emocionales ya que es una etapa dura y complicada en la que el apoyo social es clave y fundamental.

Anexo 25. Autorregistro práctica del reforzamiento positivo en tareas diarias

Situación	Fecha y hora	Práctica recomendada realizada	Pensamientos	Sentimientos	Consecuencias
-----------	--------------	--------------------------------	--------------	--------------	---------------

Sesión 9. “El cuidador ayuda y comunica”

Anexo 26. Técnicas de comunicación

6 CONSEJOS

Para mejorar tu comunicación

Escucha activa
Presta atención a la persona que habla, sin interrumpir ni distraer, para comprender completamente el mensaje.

Lenguaje corporal
Mantener contacto visual, postura natural y gestos coherentes con el mensaje.

Feedback
Devolver y recibir información y opiniones constructivas acerca de nuestros discursos facilita la comunicación efectiva.

Resolución de conflictos
Plantear soluciones en las que puedan participar ambas partes manteniendo un entorno sano.

Inteligencia emocional
Entiende y gestiona tanto tus emociones como las de la otra persona para poder tener una buena comunicación.

Habilidades de negociación
Saber llegar a un acuerdo entre ambas partes sin tener que negar o ceder al 100% es clave.

Anexo 27. Registro situaciones con comunicación problemática

Documento registro de situaciones en las que se percibe una comunicación problemática.

Es importante detallar al máximo para poder identificar donde está el malentendido entre las dos partes.

Sesión 10. “Aprendo a relacionarme: Cuidadores-Adolescente”

Anexo 28. Registro comentarios positivos adolescente-cuidador

Comentarios positivos	
Adolescente	Cuidador
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.
5.	5.
6.	6.

Anexo 29. Registro de situaciones cuidador-adolescente

Documento registro de situaciones en las que se presenta una problemática.

Es importante detallar al máximo para poder identificar donde está el malentendido entre las dos partes.

Sesión 11. “Cierre del tratamiento”

Anexo 30. Documento con las pautas y herramientas más destacadas de toda la intervención



PAUTAS Y HERRAMIENTAS MÁS DESTACADAS DE LA INTERVENCIÓN

RECHAZO

Una vez tomada la decisión de abandonar el hábito de consumo de sustancias, la exposición a situaciones de riesgo aumenta considerablemente día a día. Por ello, es importante tener claro el objetivo y el plan a seguir para alcanzarlo.

Contar con herramientas que faciliten la comunicación de opiniones y deseos es esencial. Para ayudarte en el proceso el rechazo de drogas de forma asertiva que se ha trabajado en la intervención es la mejor forma de actuar, por esta razón te recordamos los pasos:

- Di “No, gracias” con firmeza y, si quieres, acompáñalo con una explicación
- Buen lenguaje corporal: postura y comunicación no verbal firme y clara
- Sugiere una alternativa saludable
- Cambia de tema
- Confronta al agresor: indaga porque tiene tanto interés en que consumas



COMUNICACIÓN

En la línea del apartado anterior, dejar claro el mensaje que queremos transmitir es la clave para conseguir lo que queremos con o sin ayuda. Las habilidades de comunicación trabajadas son una solución para poder llegar a un acuerdo y evitar echarse las culpas.

- Declaración de entendimiento: mostrar a la otra persona que entendemos su punto de vista y somos conscientes de cómo se siente.
- Responsabilidad parcial: evitar culpar a la otra persona y entender cómo os veis ambas partes dentro del conflicto.
- Ofrece ayuda: clave para trabajar en una solución para todos sin dejarse llevar.

RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

El programa A-CRA proporciona un documento en el que plantea una serie de preguntas para responder en caso de tener algún problema a resolver.

- Definir el problema
- Posibles soluciones
- Balance decisional de cada una de las soluciones planteadas
- Poner en práctica las que tienen un mayor peso positivo
- Evaluar el resultado



Además de todo esto, se recomienda continuar con el trabajo de **rehabilitación cognitiva** con el fin de mejorar poco a poco las funciones afectadas y retomar lo antes posible el funcionamiento habitual.