



MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA

Curso 2024-2025

Trabajo Fin de Máster

Prevención de recaídas en dependencia a cocaína: seguimiento de caso único

Autora: María Camila Bermúdez Mejía

Tutor: Daniel Lloret Irles

Código de la Oficina de Investigación Responsable:
TFM.MPG.DLI.MCBM.250904

Convocatoria: Enero 2026.

Resumen

El presente caso clínico aborda el proceso de intervención psicológica realizado con una consultante de 52 años que presenta un trastorno por consumo de cocaína, relacionado con dificultades en la gestión emocional y antecedentes de uso de cannabis. La intervención se desarrolló desde el enfoque cognitivo-conductual. La paciente inició el tratamiento en octubre de 2024 con intención de abandonar el consumo, tras varios años de uso de cocaína en contextos sociales y en periodos de alta ansiedad, así como también un inicio temprano en el consumo de cannabis influenciado por factores a nivel social y familiar.

Las estrategias utilizadas incluyeron psicoeducación sobre el consumo y la escalera de la recaída, entrenamiento en habilidades sociales, fortalecimiento del autoconcepto y autoestima, técnicas de regulación emocional, conocimiento sobre distorsiones cognitivas y reestructuración cognitiva y el diseño de un plan personalizado de prevención de recaídas. Para la evaluación se emplearon entrevistas clínicas y autorregistros, centrados en la evaluación de creencias irracionales (IBT), autoeficacia general (EAG), los niveles de ansiedad (BAI) y depresión (BDI-II), autoestima (Escala de Rosenberg), habilidades sociales (EHS) y estadio de cambio (Sócrates 8D). A su vez, se realizó una medición pre y post-intervención.

Los avances conseguidos reflejan mejoras relevantes en la identificación de desencadenantes, un mayor control sobre los impulsos y el planteamiento de un proyecto de vida con mayor estabilidad. Aun así, se recomienda continuar con un seguimiento periódico para consolidar los logros obtenidos y minimizar el riesgo de recaídas a largo plazo.

Abstract

This clinical case addresses the psychological intervention process carried out with a 52-year-old female patient who presents with a cocaine use disorder, related to difficulties in emotional management and a history of cannabis use. The intervention was developed from a cognitive-behavioral approach. The patient began treatment in October 2024 with the intention of quitting after several years of cocaine use in social contexts and during periods of high anxiety, as well as early onset of cannabis use influenced by social and family factors.

The strategies used included psychoeducation on use and the relapse ladder, social skills training, strengthening of self-concept and self-esteem, emotional regulation techniques, knowledge about cognitive distortions and cognitive restructuring, and the design of a personalized relapse prevention plan. The evaluation was based on clinical interviews and self-reports, focusing on the assessment of irrational beliefs (IBT), general self-efficacy (EAG), levels of anxiety (BAI) and depression (BDI-II), self-esteem (Rosenberg Scale), social skills (EHS) and stage of change (Socrates 8D). Measurements were taken before and after the intervention.

The progress made reflects significant improvements in identifying triggers, greater control over impulses, and the development of a more stable life plan. Even so, it is recommended to continue with periodic follow-ups to consolidate the achievements made and minimize the risk of long-term relapse.

Introducción

El trastorno por consumo de sustancias se caracteriza por su cronicidad y recurrencia, y está asociado con una búsqueda compulsiva de la sustancia, la pérdida de control sobre su consumo y una aparición de estados emocionales negativos cuando la persona experimenta dificultades para acceder a la sustancia (Koob y Volkow, 2016). A su vez, este proceso está conformado por un ciclo que consta de tres fases: consumo, abstinencia/afecto negativo y anticipación/preocupación (*craving*) (Koob y Volkow, 2016).

En esta línea, y de acuerdo con el DSM-V (APA, 2013), el trastorno por consumo de estimulantes se caracteriza por un patrón problemático de consumo que genera un deterioro significativo en un periodo de 12 meses. El diagnóstico requiere la presencia de al menos dos síntomas entre los siguientes: aumento en la cantidad del consumo o durante más tiempo del previsto, intentos fallidos de control, gran inversión de tiempo en obtener la sustancia o en el consumo, ansias intensas, incumplimiento de las obligaciones, problemas a nivel interpersonal, abandono de actividades que eran importantes, uso en situaciones de riesgo, persistencia a pesar de experimentar consecuencias negativas, así como también el desarrollo de tolerancia y síntomas de abstinencia.

Por otro lado, la cocaína sigue siendo la segunda droga más consumida a nivel mundial, después del cannabis. De acuerdo con el Informe Mundial sobre las Drogas (UNODC) (2024), alrededor del 2,3% de la población adulta reconoce haber consumido cocaína al menos una vez en su vida, lo que equivale a aproximadamente 22 millones de personas. Además, los niveles de consumo en la población general europea han experimentado un aumento considerable, especialmente entre la población adulta-joven (Karila et al., 2014).

En España, según la Encuesta sobre alcohol y otras drogas (EDADES, 2024), el 13% de las personas entre 15 y 64 años admite haber probado la cocaína en polvo al menos una vez en su vida. Adicionalmente, esta cifra sigue aumentando y se alcanza el punto más alto registrado hasta ahora. La edad promedio en la que suele iniciarse el consumo se sitúa en torno a los 21 años, lo que evidencia que se trata de una problemática especialmente relevante en la población adulta-joven.

Por otro lado, el consumo crónico de cocaína puede generar complicaciones multisistémicas severas, incluyendo patologías cardiovasculares, neurológicas, endocrinas y trastornos psiquiátricos como depresión y brotes psicóticos (García, 2009).

En esta misma línea, cabe destacar que la cocaína cuenta con un efecto potente, rápido y gratificante para el consumidor, lo que la convierte en una de las sustancias con mayor potencial adictivo. Entre las principales dificultades para abandonar su consumo se encuentran los niveles altos de estrés, la influencia de determinados estímulos sociales y ambientales que se han ido asociado con el consumo, así como también los déficits cognitivos derivados de su uso crónico (Penberthy et al., 2010). Estos déficits pueden afectar regiones cerebrales que están relacionadas con la memoria, los procesos de aprendizaje y las funciones ejecutivas, lo que incrementa la probabilidad de tener una recaída y a su vez, dificulta la adherencia al tratamiento (Palazón-Llecha et al., 2024)

Además, es fundamental tener en cuenta que el consumo regular de cocaína provoca alteraciones en las áreas cerebrales que están vinculadas con la memoria, las emociones, el aprendizaje y la función motora. Según Penberthy et al. (2010), estos elementos favorecen que haya una marcada tendencia a la recaída y el abandono de los programas terapéuticos. Por otra parte, las personas que consumen cocaína de manera regular suelen minimizar los

peligros relacionados con el uso de otras sustancias, entre ellas el cannabis y el alcohol (Terán Prieto et al., 2008).

Con relación al tratamiento, el Instituto Nacional de Drogas y Abuso de EE. UU. (NIDA) (2024) indica que, a pesar del creciente desarrollo de los tratamientos farmacológicos, es fundamental destacar el papel de las intervenciones psicológicas en el trastorno por consumo de estimulantes como la cocaína, debido a que no existe aún un fármaco eficaz para tratarlo de forma específica. Además, se destaca el valor de las terapias psicológicas como un componente esencial del tratamiento. Sin embargo, los fármacos resultan más eficaces cuando se combinan con intervenciones conductuales, lo que enfatiza la necesidad de un enfoque integral.

De igual manera, es relevante considerar que la adherencia al tratamiento suele ser uno de los componentes más vulnerables de las intervenciones en salud mental (Sánchez et al., 2011). En consecuencia, el Instituto Nacional de Drogas y Abuso de EE. UU. (NIDA) (2024) enfatiza la importancia del manejo de contingencias, la terapia cognitivo-conductual, las comunidades terapéuticas y la prevención de recaídas como elementos fundamentales del tratamiento para el trastorno por consumo de cocaína.

Según los datos de investigaciones recientes, la Terapia de Conducta (TC) y la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) son las que poseen más evidencia (Sánchez et al., 2011).

Por otro lado, se ha comprobado que la entrevista motivacional (EM) y la terapia cognitivo conductual son efectivas de manera individual; sin embargo, los resultados mejoran cuando ambas se combinan, especialmente en lo relacionado con la abstinencia frente al consumo de cocaína y la reducción del consumo (Stein et al., 2009; Aharanovich et al., 2018, Sánchez et al., 2011).

Dentro de los tratamientos de TCC, el modelo de Prevención de Recaídas (PR) se ha convertido en una de las estrategias más utilizadas en el tratamiento del trastorno por

consumo de estimulantes como la cocaína. Este modelo fue propuesto inicialmente por Marlatt y Gordon (1985) y más tarde por Annis y Littmann (1986), donde el entrenamiento en habilidades es primordial.

Con relación a este modelo de PR, las intervenciones se centran en reconocer las situaciones de mayor riesgo para cada persona, y en fortalecer sus recursos de afrontamiento para enfrentarlas de manera efectiva. También se busca aumentar su autoeficacia, mecanismo estrella en los procesos de adicciones; desmentir creencias erróneas sobre el consumo de la sustancia, manejar posibles recaídas y replantear la manera en que la persona entiende el proceso (Larimer et al., 1999). Por otro lado, entre las estrategias más empleadas en prevención de recaídas se encuentra la promoción de un estilo de vida equilibrado, fomentar la participación en actividades saludables (para que la persona cuenta con alternativas positivas), la aplicación de técnicas de control de estímulos y gestión de los impulsos, así como también el diseño de planes de acción claros frente a posibles recaídas (Larimer et al., 1999).

El programa de PR de Marlatt se apoya en cinco componentes fundamentales: la identificación de situaciones de alto riesgo, el afrontamiento, las expectativas de autoeficacia, las expectativas sobre los efectos positivos del consumo y las atribuciones. Cuando la persona consigue afrontar eficazmente una situación de riesgo, se refuerza su confianza en sí mismo, aumentando las probabilidades de mantener la abstinencia y gestionar adecuadamente futuros desafíos o situaciones.

A pesar de los avances conseguidos, las tasas de recaída en personas con trastorno por consumo de estimulantes siguen siendo elevadas (Palazón-Llecha et al., 2024), dando lugar a una necesidad de continuar desarrollando intervenciones psicológicas integradas que combinen estrategias cognitivo-conductuales y motivacionales, que permitan promover y

mejorar la adherencia al tratamiento, la regulación emocional y la consolidación y creación de un estilo de vida saludable.

Después de todo lo expuesto anteriormente, se expone un estudio de caso único, cuyo propósito es evaluar la eficacia de un programa de prevención de recaídas, fundamentado en la Terapia Cognitivo Conductual y la Entrevista Motivacional. El plan se aplicó a un paciente con Trastorno por Consumo de Estimulantes (cocaína), con una duración de 14 sesiones, desarrolladas en dos encuentros semanales. El objetivo central fue promover el desarrollo de habilidades de afrontamiento y reforzar la percepción de control a nivel personal, con el fin de reducir el riesgo de recaídas tras el tratamiento y que pueda sostener los cambios alcanzados.

Método

Participante

En este estudio se respetan los principios de confidencialidad establecidos por la LOPD y el Código Deontológico. La usuaria fue informada sobre los objetivos del trabajo y firmó el consentimiento correspondiente.

La aplicación de estrategias preventivas de recaídas se realizó con una consultante de 52 años, con estado civil divorciado y madre de dos hijas adultas de 30 y 28 años. La usuaria reside en la Comunidad Valenciana, mientras que sus hijas se encuentran domiciliadas en la capital.

Anamnesis

Comenzó el tratamiento en la unidad en octubre de 2024. El objetivo principal es la abstinencia de cocaína.

Con relación a su historial de consumo, relata que inicialmente comenzó a consumir cannabis por influencia de su hermano mayor. Indica que la causa de su consumo fue la presión social, y lo veía como una herramienta para evadir sus complejos e inseguridades.

Inicia el consumo de cocaína por vía nasal a los 22 años, refiriéndose un consumo activo principalmente los fines de semana y en temporadas en las que se sentía ansiosa o estresada.

Con el paso del tiempo, este patrón se intensificó, extendiéndose a momentos entre semana, especialmente cuando tenía que enfrentar situaciones laborales que pudieran ser percibidas como complejas.

Por otro lado, menciona que en varias ocasiones intentó reducir la cantidad, pero no consiguió sostenerlo por mucho tiempo. Identifica que el consumo le proporcionaba una sensación momentánea de confianza y alivio emocional, aunque después experimentaba culpabilidad y un gran malestar a nivel físico.

Respecto a sus antecedentes familiares, menciona que no existen diagnósticos psicológicos previos. Comenta que sus padres fallecieron hace algunos años, algo que la marcó profundamente. Por otro lado, recuerda el consumo problemático de su hermano, con quien la relación siempre fue complicada. La dinámica familiar, en general, estuvo marcada por la falta de comunicación y el poco apoyo emocional, una carencia que, según ella misma, terminó influyendo en su forma de relacionarse con las drogas.

Tabla 1

Cronología del Caso

Año	Edad	Contexto	Evolución del consumo
1973	0	Nacimiento	Contexto familiar de

			baja comunicación
1991	18	Primeras relaciones y estudios. Inicio en la empresa familiar	Inicio de consumo recreativo de Cannabis por influencia social
1995	22	Relación larga	Estabilidad inicial
1995	22	Nacimiento 1ª hija	Inicio posterior consumo de cocaína (fines de semana)
1997	24	Nacimiento de 2ª hija	Intento de cese de consumo por embarazo
2009	36	Segunda relación	Etapas crítica de maltrato verbal. La cocaína se vuelve una vía de escape emocional
2015	42	Muerte madre	Pérdida de un pilar en la familia y la empresa. Aumento del consumo

2017	44	Divorcio	Logra separarse tras años de maltrato
2018	45	Primer tratamiento	Intento de recuperación. Abstinencia temporal
2023	50	Muerte padre	Recaída
2024-2025	52	Tratamiento actual	

Tras analizar la evolución de la consultante, el cuadro clínico corresponde a un Trastorno por Consumo de Estimulantes (Cocaína), cumpliendo 5 de los criterios diagnósticos del DSM-V (APA, 2013):

- Existen fracasos previos al intentar abandonar o reducir el consumo. A pesar de haber tenido dos hijas y haber intentado un tratamiento formal a los 45 años, la consultante no ha conseguido sostener la abstinencia, sufriendo una recaída tras el duelo de su padre.
- Existe una gran urgencia por consumir, especialmente al afrontar la carga laboral de su trabajo. Lo utiliza como un regulador de su ansiedad.
- Problemas a nivel interpersonal: Si bien mantiene su puesto en una gran empresa, el consumo ha generado un aislamiento a nivel social y descuido de sus actividades de ocio, limitando su vida al trabajo y al consumo oculto.
- Persistencia frente al daño: la consultante es consciente del deterioro físico.
- Presenta ansias o una gran necesidad de consumir estimulantes.

Gravedad: 304.20 (F14.20) Moderado. Actualmente se encuentra en remisión inicial.

Durante el tratamiento psicológico, se ha mostrado colaboradora y receptiva, dispuesta a trabajar en estrategias de autocontrol. Así mismo, ha ido reconociendo los riesgos asociados a una recaída. Actualmente se encuentra en una fase de mantenimiento, consciente de sus principales desencadenantes, y motivada por conseguir sus objetivos personales; ya que aspira a construir un proyecto de vida más estable.

Variables e Instrumentos.

Se analizaron las siguientes variables:

Evaluación de creencias irracionales: Se utilizó el Inventario de Creencias Irracionales (IBT) (Ellis y Bernard, 1985) validado al español por Calvete y Cardeñoso (1999). Evalúa ocho dimensiones: necesidad de aprobación, autoexigencia, culpabilización, control emocional, evitación, dependencia, sensación de falta de control ante el cambio, y perfeccionismo. Está conformado por 46 ítems con cuatro opciones de respuesta: 1 = “No estoy de acuerdo”, 2 = “Desacuerdo moderado”, 3 = “Acuerdo moderado”, 4 = “Estoy totalmente de acuerdo”. Este inventario cuenta con un coeficiente de alfa de Cronbach 0,77 (Castaño y Pérez, 2010).

Autoeficacia percibida: Se utilizó la adaptación para población española de la Escala de Autoeficacia General (Schwarzer y Baessler, 1996). Evalúa el sentimiento de ser capaz de afrontar situaciones estresantes. Consta de 10 ítems, con escalas de tipo Likert de 4 puntos: 1 = “incorrecto” a 4 = “cierto”. Este inventario cuenta con un coeficiente de alfa de Cronbach 0,87 (Sanjuán Suárez et al., 2000).

Estado de ánimo: Para medir los síntomas de depresión se utilizó el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), mediante la adaptación para población española realizada por Sanz, Perdígón y Vázquez (2003). Se trata de un inventario autoadministrado de 21 ítems, donde se pide al consultante que califique cómo se ha sentido en las últimas dos semanas, incluyendo el momento de realizar el inventario. Cada ítem tiene 4 opciones de respuesta, de

0 a 3, en función de la gravedad o severidad. Posteriormente se realiza la suma total de los puntos obtenidos: 0-9 depresión mínima, 10-18 depresión leve, 19-29 depresión moderada, 30+ depresión severa. Este inventario cuenta con un coeficiente de alfa de Cronbach 0,87 (Sanz et al., 2003)

Para medir la sintomatología ansiosa, se utilizó el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) (Beck et al., 1988), ya que evalúa los síntomas de ansiedad a nivel fisiológico y cognitivo. Está compuesto por 21 ítems, con escalas tipo Likert de 0 = en absoluto a 3 = severamente, en base a la intensidad experimentada durante la última semana. Este inventario cuenta con un coeficiente de alfa de Cronbach 0,90 (Sanz, 2014).

Autoestima: Se utilizó la Escala de Rosenberg (Rosenberg, 1965) para medir su autoestima. Permite medir la aceptación y valoración personal a nivel global. Está compuesta por 10 ítems, con escalas tipo Likert de 4 puntos: 1 = “totalmente en desacuerdo”, a 4 = “totalmente de acuerdo”. Cinco de los ítems están planteados de manera positiva, y cinco en sentido negativo, los cuales se invierten al momento de realizar la respectiva corrección. Su consistencia interna en alfa de Cronbach es 0,87 (Morejón et al., 2004).

Habilidades sociales: Para evaluar las habilidades sociales y asertividad se empleó la Escala de Habilidades Sociales (EHS) (Gismero, 2000)

Este cuestionario cuenta con 33 ítems, con escalas tipo Likert de: 1 = “nunca” o “casi nunca” a 4 = “siempre” o “casi siempre”. Se evalúan seis dimensiones: Autoexpresión en situaciones sociales, Defensa de los propios derechos como consumidor, Expresión de enfado o disconformidad, Decir "no" y cortar interacciones, Hacer peticiones e Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto (Gismero, 2000). Su consistencia interna en alfa de Cronbach es 0,88 (Gismero, 2000).

Estado de cambio: Se utilizó la Escala de Preparación para el Cambio y Ansiedad por el Tratamiento (SOCRATES-8D). Este autoinforme consta de 19 ítems, con una escala tipo

Likert de 5 puntos (desde "Totalmente en desacuerdo" hasta "Totalmente de acuerdo"). Su consistencia interna en alfa de Cronbach para Reconocimiento es de 0,86, Ambivalencia 0,60 y Tomando Pasos 0,83 (Miller y Tonigan, 1996).

Adicionalmente se utilizaron *test inmunocromatográficos en formato Cassette* del laboratorio VinciLab para la detección de benzoilecgonina (metabolito de la cocaína) y delta-9-tetrahidrocannabinol (THC) en orina.

Diseño e Intervención

Tratamiento

El tratamiento se realizó en las instalaciones de EXII UTCA, una vez la consultante había completado su proceso de terapia cognitivo-conductual dirigido al tratamiento del trastorno por consumo de estimulantes, y tras mantener la abstinencia durante unos meses. Antes de iniciar, se le explicó de manera detallada el procedimiento, los objetivos de la intervención, las estrategias que se implementarían durante las sesiones, y las medidas establecidas para asegurar la confidencialidad de la información. Estos datos fueron presentados tanto en una reunión informativa como en un documento informativo, tras lo cual la consultante firmó el consentimiento informado.

Las sesiones se llevaron a cabo entre los meses de septiembre y noviembre, con una frecuencia de dos veces por semana. En total, el programa constó de 14 sesiones de aproximadamente una hora duración.

La intervención se enfocó en la prevención de recaídas para un caso de trastorno por consumo de estimulantes, basándose en los principios de la Terapia Cognitivo-Conductual, complementada con elementos de la Entrevista Motivacional. A lo largo del proceso, se aplicaron diferentes técnicas terapéuticas, entre ellas: reestructuración cognitiva, entrenamiento en resolución de problemas y habilidades sociales, parada de pensamiento,

activación conductual, auto instrucciones, ejercicios de respiración diafragmática, relajación progresiva de Jacobson y prevención de recaídas.

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Integridad en la Investigación de la Universidad Miguel Hernández de Elche (TFM.MPG.DLI.MCBM.250904).

Objetivos

Objetivo General

Favorecer el desarrollo de habilidades de afrontamiento y el fortalecimiento del control a nivel personal, con el fin de reducir el riesgo de recaídas y mantener los cambios logrados tras el tratamiento por consumo de estimulantes.

Objetivos Específicos

1. Identificar los factores de riesgo personales y las situaciones de vulnerabilidad asociadas al consumo de sustancias psicoactivas.
2. Promover la toma de conciencia sobre las creencias irracionales y distorsiones cognitivas.
3. Fortalecer la autoestima y la percepción de autoeficacia como recursos protectores ante una recaída.
4. Favorecer la identificación, expresión y regulación de las emociones para mejorar su autocontrol.
5. Entrenar las habilidades sociales y de comunicación, la asertividad; con el fin de facilitar la adaptación a relaciones interpersonales más saludables.
6. Desarrollar estrategias de afrontamiento adaptativas ante situaciones estresantes o ante la aparición del *craving*.

7. Practicar la resolución de problemas y la toma de decisiones de forma planificada y adaptativa.

8. Promover la incorporación de hábitos y actividades saludables que refuercen su bienestar general.

9. Consolidar e interiorizar las estrategias de prevención de recaídas y el plan de acción personalizado ante la aparición de posibles riesgos.

10. Reforzar la creación de una identidad positiva desvinculada del consumo.

Tabla 2

Descripción de las Sesiones

Sesión	Objetivo	Contenido	Tareas
0	Evaluación inicial.	Acogida y agradecimiento por la participación. Presentación de la intervención y sus etapas. Aplicación de cuestionarios y recogida de datos relevantes. Revisión de su historia de consumo y los intentos anteriores de tratamiento. Inicio de la alianza terapéutica y establecimiento de normas de trabajo conjunto, confidencialidad y frecuencia de las sesiones.	*
1 y 2		Devolución de la información obtenida en la evaluación inicial.	Registrar las situaciones que la

Psicoeducación sobre el circuito de consultante reconoce como recompensa, sobre el ciclo de consumo y las desencadenantes de recaídas. consumo.

Introducción la escalera de la recaída
(*Anexo 1*).

Identificación de situaciones o factores asociados al consumo previamente.

2 1 y 8

Realizar un análisis conjunto de sus recaídas anteriores, valorando los patrones de pensamiento presentes y las emociones asociadas. Crear una lista de razones por las que quiere continuar con este proceso

Identificación de señales tempranas de recaída. y los beneficios de mantenerse abstinentes.

Revisión de los motivos o motivaciones por las que se mantiene abstinentes.

Ejercicio de autoconciencia sobre la ambivalencia del cambio mediante entrevista motivacional.

3 2

Taller psicoeducativo sobre las distorsiones cognitivas (*Anexo 2*) y creencias irracionales (*Anexo 3*). Registro de pensamientos durante la semana.

Introducción del modelo ABC de Albert Ellis (*Anexo 4*).

Reestructuración cognitiva mediante cuestionamientos y sustitución de pensamientos

disfuncionales por otros más adaptativos.

Técnica de la flecha descendente.

Discusión de ejemplos comunes de pensamientos irracionales relacionados con el consumo (“solo una vez no pasa nada”, “yo controlo”).

4	3	Taller práctico sobre autoconcepto y autoestima. Detección de pensamientos autocríticos y la culpa relacionada al consumo. Reestructuración cognitiva enfocada en fortalecer a la consultante a nivel interpersonal. Introducción de auto instrucciones positivas y refuerzo de logros y capacidades personales.	Redactar una lista de logros personales y cualidades que le han ayudado a mantenerse abstinente, y otra con tres logros personales recientes.
---	---	--	--

5	4	Taller psicoeducativo sobre las emociones y su función adaptativa mediante ruedas de las emociones (<i>Anexo 5</i>). Identificación de emociones frecuentes que se suelen presentar previo a un consumo. Introducción a estrategias de regulación emocional como reevaluación cognitiva, respiración diafragmática y relajación progresiva de Jacobson.	Elaborar un registro semanal de emociones intensas que haya experimentado, identificando los pensamientos que desencadenan y la forma en que lo pudo gestionar (<i>Anexo 7</i>).
---	---	--	---

6	5	Entrenamiento en comunicación asertiva y sus componentes, y manejo de conflictos interpersonales. Psicoeducación sobre estilos comunicativos (pasivo, agresivo, asertivo). Role-playing de situaciones de presión social. Estrategias para posicionarse y mantener límites, especialmente en situaciones que puedan representar un riesgo de consumo. Psicoeducación sobre técnicas de comunicación asertiva: disco rayado, banco de niebla, acuerdo asertivo, aplazamiento asertivo y técnica del sándwich.	Practicar durante la semana una situación donde tenga que poner en práctica la comunicación asertiva y apoyarse de los autorregistros para documentar su experiencia.
7	6 y 7	Puesta en práctica de balance decisional ante situaciones complejas comentadas durante la sesión. Identificación de estrategias de afrontamiento efectivas. Introducción sobre la técnica de parada de pensamiento.	*
8	8	Revisión de rutina diaria y de sus hábitos actuales. Planificación de actividades gratificantes.	Elaborar un horario semanal que incluya actividades gratificantes.

Introducción sobre la activación conductual y su importancia para prevenir el aburrimiento y evitar posibles consumos.

9 7

Puesta en práctica de generación de alternativas ante situaciones difíciles.

*

Identificación de obstáculos personales que ha ido presentando a la hora de tomar decisiones.

10 9

Taller sobre la prevención de recaídas. Detección de señales de alerta y estrategias de autocontrol.

Redactar un plan de acción ante un riesgo de tener una recaída.

Crear un plan personalizado de prevención de recaídas (*Anexo 6*).

Role-playing de situaciones de riesgo y práctica de cómo afrontarlas.

Identificación de recursos de apoyo tanto a nivel personal como social.

Auto instrucciones.

11 3 y 10

Revisión de los objetivos y logros conseguidos hasta el momento.

Redactar una carta a su yo del pasado, desde una perspectiva de la recuperación, donde conste todo lo que le ha ayudado a

Reflexión sobre su nueva identidad libre de consumo.

mantenerse abstinente y se haga un reconocimiento del daño. Además, debe incluir mensajes de perdón y aceptación a sí misma.

12	10	Definición de metas personales y profesionales.	Realizar un plan de objetivos personales y profesionales para los siguientes meses.
		Objetivos a medio y largo plazo.	
		Planificación de pasos o ideas concretas para conseguir sus metas.	

Identificación de aspectos a mejorar o áreas de crecimiento.

13	Mantenimiento.	Evaluación cualitativa del proceso.	Crear una lista de recursos internos y externos para mantenerse abstinentes.
		Revisión de estrategias que le resultaron más efectivas.	
		Análisis de posibles riesgos que pueda enfrentar de cara al futuro, y de sus recursos de apoyo.	

Preparación para el cierre.

14	Evaluación final.	Aplicación de los cuestionarios post-intervención.	*
		Comparación con los resultados obtenidos inicialmente.	

Revisión de logros conseguidos.

Cierre terapéutico, agradecimiento y despedida.

Nota. *No se aplicaron tareas.

Secuenciación

Las sesiones comenzaban con un test inmunocromatográfico, con el fin de verificar que la consultante no había consumido, y para garantizar la estabilidad del proceso terapéutico. Por otro lado, se aprovechaba para explorar brevemente su estado emocional preguntándole “¿Cómo entras?” y “¿Cómo sales?” con la finalidad de ajustar la sesión a sus necesidades.

Posteriormente, se dedicaba un espacio breve para revisar las tareas de sesiones anteriores, analizando sus avances, dificultades y lo aprendido a lo largo de la semana. A su vez, en caso de que la consultante llegara a la sesión con alguna preocupación relevante, se prioriza su abordaje antes de continuar con la estructura de cada sesión, con la finalidad de mantener una adaptación y personalización a sus necesidades.

Sesión 1: Evaluación inicial e identificación de los factores asociados al consumo.

La primera sesión tuvo como objetivo aclarar los mecanismos que están implicados en las adicciones y en el proceso de recaída, y los factores asociados al consumo. Se inició con la devolución de los resultados obtenidos en la evaluación inicial, analizando sobre cómo se podía relacionar con su historia de consumo.

Posteriormente, se realizó psicoeducación sobre el circuito de recompensa cerebral, explicando de forma clara cómo las sustancias están implicadas en la liberación de dopamina y también cómo alteran los mecanismos naturales de placer y motivación.

A su vez, se realizó una explicación sobre la escalera de la recaída (*Anexo I*), con el propósito de que la consultante pudiera reconocer que la recaída no sucede de forma repentina, sino que sucede como resultado de una serie de pensamientos, emociones y decisiones previas. Además, se hizo énfasis en la reflexión sobre las señales tempranas de podrían anticipar una recaída, y se identificaron las situaciones o factores personales que se han ido asociando al consumo a lo largo de su historia personal.

Como tarea para casa, debía registrar las situaciones que reconoce como desencadenantes del consumo.

Sesión 2: Analizar factores de riesgo y favorecer su conciencia del problema.

En esta sesión, se realizó un análisis conjunto con la consultante sobre las recaídas que tuvo en el pasado, y se revisaron las circunstancias previas a esta, los pensamientos automáticos que tuvo en esos momentos, y las emociones que acompañaron dichas situaciones. Después, se pudieron identificar ciertos patrones recurrentes que estaban vinculados a la impulsividad, la búsqueda de alivio emocional debido a las circunstancias de su trabajo, y por la exposición a contextos sociales de riesgo, ya que en las reuniones laborales y salidas de fines de semana siempre terminaba consumiendo.

En base a la información recogida, se detectaron señales de alerta que podrían anticipar una recaída y se hizo énfasis en la evitación de círculos sociales asociados al consumo. Además, se buscó fortalecer su capacidad de introspección y su sensación de control ante situaciones de riesgo, prestando especial atención a cambios en su estado emocional, en su forma de pensar o en su entorno.

Luego, mediante la entrevista motivacional se trabajó la ambivalencia frente al cambio, centrándonos en aspectos que puedan impulsar a mantenerse abstinente como también aquellos que le generaban dudas o resistencia.

Como tarea para casa, se le pidió que elaborara una lista personal con las razones por las cuales desea continuar en tratamiento y los beneficios de mantenerse abstinente.

Sesión 3: Trabajar distorsiones cognitivas y creencias irracionales.

En esta sesión se abordaron las distorsiones cognitivas y creencias irracionales. Se realizó un taller psicoeducativo donde se explicaron las principales distorsiones cognitivas, y se habló sobre el modelo ABC de Albert Ellis para comprender la relación entre situación, pensamientos, emociones y las conductas.

A través de ejemplos personales, la consultante identificó pensamientos como “solo una vez no pasa nada” o “yo controlo”, reconociendo cómo estos pensamientos contribuían a tener una recaída. Se trabajó la reestructuración cognitiva mediante el cuestionamiento de estos pensamientos y la técnica de la flecha descendente.

Como tarea para casa, la consultante tenía que registrar los pensamientos automáticos y emociones asociadas durante la semana.

Sesión 4: Potenciar la autoestima y la autoeficacia.

En esta sesión, se realizó un taller práctico sobre el autoconcepto y la autoestima, con la finalidad de explorar cómo se percibe a sí misma y cómo el consumo pudo haber afectado su autoimagen.

A lo largo de la sesión se pudieron identificar diversos pensamientos autocríticos y sentimientos de culpa, relacionados con conductas instrumentales que ejercía para conseguir la sustancia. Esto se trabajó mediante la reestructuración cognitiva, promoviendo una visión más compasiva de sí misma. Además, se comenzaron a utilizar las auto instrucciones positivas, por lo que al final de la sesión comentó que se sentía aliviada.

Como tarea para casa, la consultante tenía que redactar una lista de logros personales y cualidades que le han ayudado en su proceso, junto con tres logros recientes.

Sesión 5: Reconocer y regular las emociones.

Se realizó un taller sobre las emociones, con el objetivo de que la consultante comprendiera la importancia de la expresión emocional. Posteriormente, la consultante abordó diferentes situaciones de gran impacto emocional, que no pudo procesar adecuadamente al estar bajo los efectos de la sustancia. Se le explicaron y se pusieron en práctica diferentes técnicas de regulación emocional, como la reevaluación cognitiva, la respiración diafragmática y la relajación progresiva de Jacobson.

Como tarea para casa, se le propuso hacer un registro semanal de emociones, identificando los pensamientos previos a estas emociones, y las estrategias que utilizó para poder gestionarlas.

Sesión 6: Entrenar sus habilidades de afrontamiento y comunicación.

Se realizó psicoeducación sobre los estilos comunicativos (pasivo, agresivo y asertivo). Se reflexionó sobre cómo en ocasiones cede ante la presión de los demás para evitar problemas o calla por miedo al rechazo.

Se practicaron técnicas de comunicación asertiva como el disco rayado o el acuerdo asertivo, aplicándolas mediante role-playing en situaciones relevantes para ella, como, por ejemplo, cuando algún conocido le insinúa retomar el consumo o cuando necesita poner límites en el ámbito familiar.

Como tarea, se le pidió poner en práctica alguna técnica de comunicación asertiva durante la semana y registrar su experiencia.

Sesión 7: Desarrollar estrategias de afrontamiento y resolución de problemas.

En esta sesión se retomaron algunas situaciones recientes que compartió, como discusiones y momentos de estrés laboral. Se analizaron mediante la técnica del balance decisional para valorar las posibles consecuencias. Posteriormente, se identificaron las estrategias de afrontamiento más efectivas, como distanciarse momentáneamente de la situación, buscar apoyo emocional en sus hijas y emplear técnicas de respiración para

disminuir la tensión. Además, se introdujo la técnica de parada de pensamiento, practicando su uso ante ideas que podrían aumentar el deseo de consumir.

Como tarea para casa, se le pidió aplicar las estrategias aprendidas ante situaciones estresantes y registrar cómo las utilizó y los resultados obtenidos, con la finalidad de seguir fortaleciendo su capacidad de autocontrol.

Sesión 8: Promover un estilo de vida saludable y estructurado.

En esta sesión se revisó junto a la consultante su rutina diaria y hábitos actuales, identificando los momentos de desorganización y exceso de carga laboral relacionada con la gestión de su empresa.

Se explicó el concepto de activación conductual, y se habló de la importancia de tener actividades gratificantes que le aporten bienestar y reducen el aburrimiento, factor que ella misma reconoció como detonante de pensamientos relacionados con consumir. Durante la sesión, se planificaron espacios de ocio y autocuidado, como caminar por las mañanas y retomar sus clases de Taekwondo.

Como tarea, se le propuso crear un horario semanal que incluyera tanto el horario laboral como actividades placenteras y de descanso.

Sesión 9: Continuar trabajando la resolución de problemas.

La consultante llega angustiada por una serie de desacuerdos con sus hijas y tensiones con los socios de su empresa. Se trabajó en la generación de alternativas y se exploraron los obstáculos que suelen dificultar su toma de decisiones. Se llegó a la conclusión de que tiene una tendencia a asumir demasiadas responsabilidades, y además teme delegar estas responsabilidades en otras personas por miedo a perder el control. Se trabajó en identificar pensamientos relacionados con estas barreras y en sustituirlos por una perspectiva más flexible y realista. Además, se hizo énfasis en la importancia de analizar la situación desde

distintas perspectivas antes de actuar, con la finalidad de que reflexione y trabaje su impulsividad.

Sesión 10: Continuar reforzando la prevención de recaídas.

Se elaboró el plan personalizado de prevención de recaídas, identificando recursos de apoyo tanto personales (su familia y rutinas saludables), como sociales (su grupo de apoyo y red profesional). Se realizaron role-playing de situaciones de riesgo para practicar habilidades de afrontamiento y auto instrucciones positivas para fortalecer su capacidad de control.

Como tarea, debía complementar ese plan de acción, detallando pasos concretos para actuar de manera preventiva y mantener la estabilidad que había conseguido hasta el momento.

Sesión 11: Reforzar su autoeficacia.

Debido a compromisos laborales, se reprogramó la sesión. Se inició con una revisión de los objetivos cumplidos, destacando su constancia en la abstinencia, la mejora en la gestión emocional y su capacidad para equilibrar trabajo y vida familiar, aunque reconoció que a veces se sobrecarga. Además, se realizó una reflexión sobre su identidad libre de consumo, reconociendo los cambios que ha tenido a nivel personal y la fortaleza que ha ido adquiriendo. Como tarea, se le pidió redactar una carta a su “yo del pasado”, expresando todo lo aprendido hasta el momento, el daño reconocido, y mensajes de perdón y aceptación hacia sí misma como manera de integrar su proceso de recuperación.

Sesión 12: Trabajar en su proyecto de vida y definición de sus objetivos a mediano y largo plazo.

En esta sesión se realizó una reflexión sobre los valores personales que le ayudan a mantener el cambio, destacando la importancia de la estabilidad emocional, la familia y el compromiso con su empresa. A partir de este punto, se identificaron áreas de crecimiento o a mejorar, como dedicar más tiempo al autocuidado y mantener límites saludables entre su vida

laboral y personal. Para finalizar, se creó un plan de objetivos concretos para los próximos meses, que incluye metas profesionales relacionadas con la expansión de su negocio y objetivos personales centrado en fortalecer el vínculo con sus hijas y también mantener hábitos de vida saludables.

Sesión 13: Evaluar avances, dificultades y estrategias de mantenimiento en el proceso.

Se repasaron los avances conseguidos y las estrategias que la consultante pudo identificar como más efectivas para continuar con la abstinencia. Destacó la utilidad del registro de pensamientos, la reestructuración cognitiva, las técnicas de comunicación asertiva y el plan de acción de prevención de recaídas.

Por otro lado, se analizaron los posibles riesgos de cara al futuro, como el estrés laboral o conflictos familiares, y adicionalmente se creó una lista con sus recursos internos y externos para continuar avanzando y mantener los cambios conseguidos. La sesión terminó con una reflexión sobre el proceso vivido y la importancia de seguir aplicando lo aprendido en su día a día.

Resultados

Comparación de resultados pretratamiento y postratamiento

Con relación a la evaluación de creencias irracionales, se muestra una disminución en la aparición de estos pensamientos en los resultados post-intervención.

En el primer factor, relacionado con la necesidad de aprobación por parte de los demás, obtuvo una puntuación alta, con 23 puntos, y posteriormente obtuvo un resultado de 15 puntos.

En el segundo factor, relacionado con las altas autoexpectativas, inicialmente obtuvo una puntuación alta, indicando que la consultante cree que debe tener éxito y ser competente

siempre, por lo que su autoimagen y valoración de esta se centra en la obtención de éxito. Obtuvo una puntuación de 23, y posteriormente obtuvo 13 puntos.

El tercer factor está relacionado con la tendencia a la culpabilización. Se relaciona con los pensamientos relacionados con atribuir castigos a personas que han cometido errores. La puntuación registrada inicialmente fue de 31 puntos, y en los resultados posteriores fue de 19 puntos.

En cuanto al cuarto factor, relacionado con el control emocional, una puntuación de 21 puntos sugiere que la consultante percibe poco control sobre su malestar y demás emociones negativas, atribuyendo sus experiencias negativas a terceros (Calvete y Cardeñoso, 1999). Tras la intervención, obtuvo una puntuación de 17 puntos.

El quinto factor, referente a la evitación de problemas. Obtuvo una puntuación de 9 puntos y posteriormente 6 puntos.

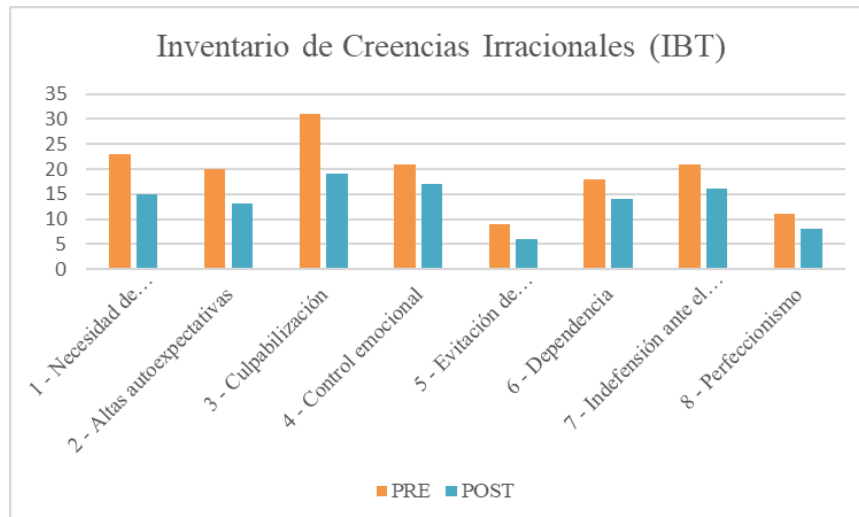
El sexto factor, asociado con la dependencia de otras personas, se registró una puntuación pretest de 18 puntos, y post-test de 14 puntos.

El séptimo factor se relaciona con la indefensión aprendida, la puntuación pretest fue de 21 puntos, y post-test de 16 puntos.

Finalmente, el octavo factor evalúa el perfeccionismo, habiendo obtenido una puntuación inicial de 11 puntos, y posteriormente obtuvo una puntuación de 8 puntos.

Figura 1

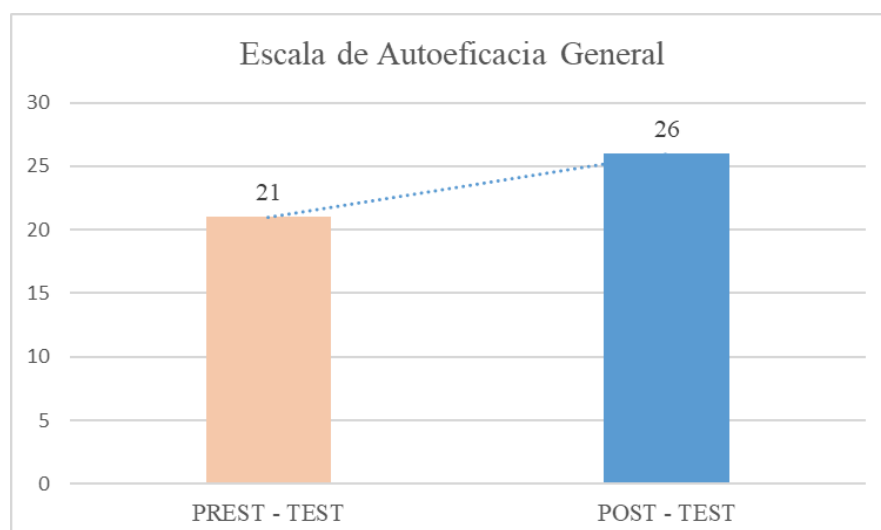
Resultado Pre-Test y Post-Test IBT



Respecto a los datos de la Escala de Autoeficacia General, se evidencia una mejora clara en la percepción de la consultante sobre su capacidad para gestionar imprevistos. En la evaluación inicial, la puntuación de 21 puntos sugería una confianza moderada en sus propios recursos para afrontar los conflictos o situaciones adversas. En la evaluación posterior, el puntaje alcanzó los 26 puntos, lo que indica una evolución en su autoconfianza para resolver problemas y adaptarse a situaciones difíciles de forma eficaz. El porcentaje de mejora ha sido de 23,81%.

Figura 2

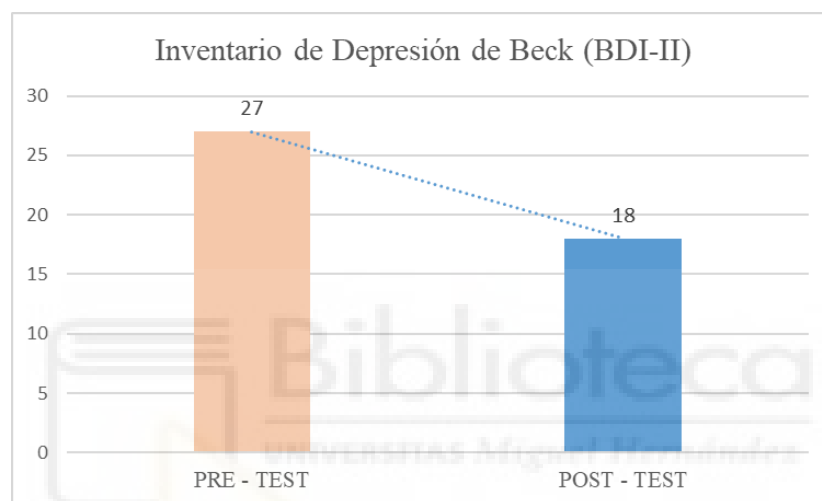
Resultados Pre-Test y Post-Test Autoeficacia



En cuanto al estado de ánimo, evaluado mediante el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), se observa una reducción significativa de la sintomatología. Inicialmente, la puntuación de 27 puntos situaba a la consultante dentro del rango de depresión moderada. Tras la intervención, la reducción a 18 puntos sugiere un nivel leve, implicando una clara reducción del malestar reportado inicialmente de un -33,33%.

Figura 3

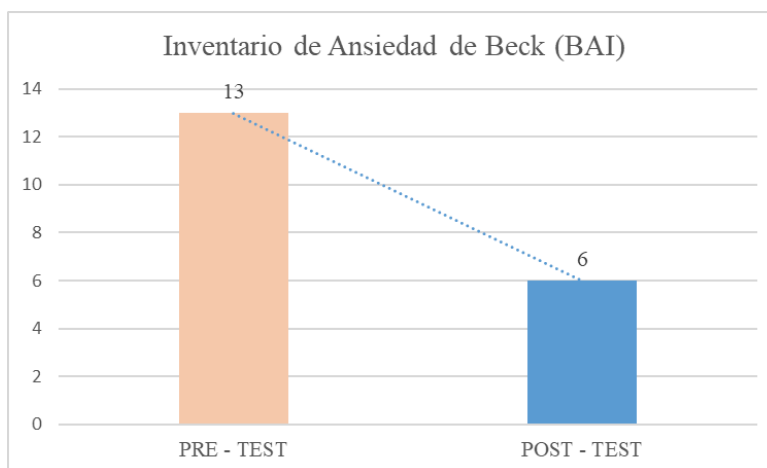
Resultados Pre-Test y Post-Test BDI-II



Para la valoración de la sintomatología ansiosa se empleó el inventario de Ansiedad de Beck (BAI). Los datos reflejan un descenso notable en las manifestaciones de ansiedad inicialmente reportadas. En la evaluación inicial, la puntuación de 13 refleja un rango de ansiedad leve. Posteriormente, el puntaje se redujo a 6 puntos, situándose en un nivel de ansiedad mínima o nula. Hay una variación de -53,85%.

Figura 4

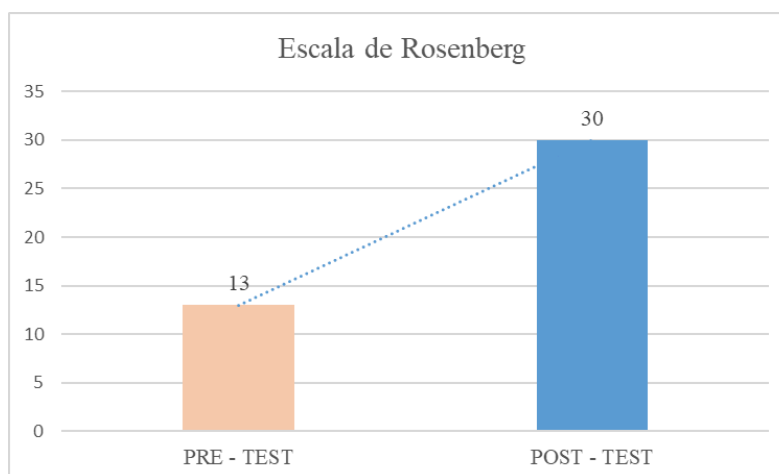
Resultados Pre-Test y Post-Test BAI



Por otro lado, la valoración de la autoestima mediante la Escala de Rosenberg evidencia una recuperación significativa en la autopercepción de la consultante. Inicialmente, el puntaje de 13 la ubicaba en un rango de autoestima baja, reflejando una autovaloración negativa significativa. En la evaluación final, la puntuación ascendió a 30 puntos, situándose dentro de los niveles de autoestima elevada o dentro de un rango saludable. Hay una variación de 130,77%.

Figura 5

Resultados Pre-Test y Post-Test Escala de Rosenberg

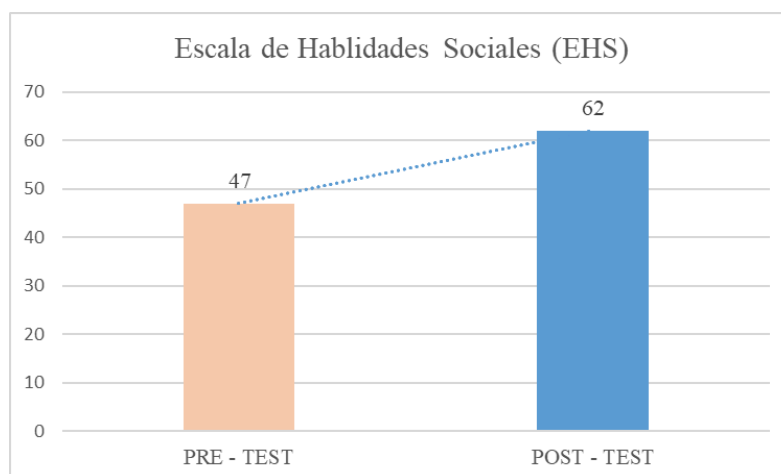


Respecto a las habilidades sociales, evaluadas mediante la Escala de Habilidades Sociales (EHS), se aprecia una mejora en el repertorio de habilidades de la consultante. Al inicio, la puntuación de 47 indicaba un nivel medio. En la medición posterior, el puntaje

ascendió a 62. Si bien se mantiene dentro de un rango medio, se refleja un incremento en la adquisición de habilidades sociales y asertividad. Hay un crecimiento del 31,91%.

Figura 6

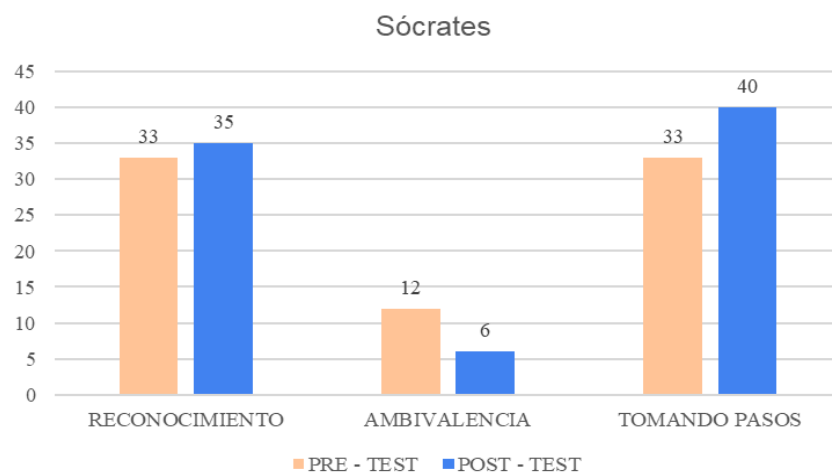
Resultados Pre-Test y Post-Test del EHS



Con relación al estadio de cambio, al inicio de la intervención presentaba un Reconocimiento medio, Ambivalencia Baja (debido a que ya estaba en un proceso de acción y convencida), Tomando Pasos moderado. Una vez finalizada la intervención, el Reconocimiento era muy alto, Ambivalencia muy baja y Tomando Pasos muy alto (acciones de mantenimiento). En Reconocimiento hay un crecimiento del 6,06%, Ambivalencia se redujo un 50% y hay un incremento del 21,21% en Tomando Pasos.

Figura 7

Resultados Pre-Test y Post-Test Sócrates 8D



Discusión y conclusiones

El objetivo de esta intervención fue implementar y evaluar la efectividad de una intervención cognitivo-conductual basada en el modelo de prevención de recaídas en una consultante con trastorno por consumo de cocaína. La intervención buscaba mejorar las habilidades de gestión emocional, habilidades sociales y de comunicación, y la autoeficacia percibida para mantener la abstinencia.

La consultante, con antecedentes de consumo de cannabis e inicio en la cocaína vinculado a factores de estrés laboral y ansiedad, participó en esta intervención para fortalecer su repertorio conductual de herramientas frente a los factores de riesgo detectados a lo largo de las sesiones: dificultades en la regulación emocional, baja autoestima, un ligero déficit en habilidades sociales y distorsiones cognitivas asociadas al alivio del malestar inmediato mediante el consumo (Penberthy et al., 2010).

La intervención se centró en la psicoeducación sobre el modelo de la escalera de recaída, el entrenamiento en habilidades sociales para mejorar la comunicación a nivel interpersonal, técnicas de reestructuración cognitivas y estrategias de regulación emocional para afrontar el craving sin recurrir a la sustancia (Marlatt y Gordon, 1985). Así mismo, se

trabajó en la construcción de un proyecto de vida estable y el fortalecimiento de su autoconcepto.

Los resultados obtenidos tras la intervención evidenciaron mejoras clínicamente significativas en la sintomatología emocional, factor crítico en las adicciones. Respecto al estado de ánimo, se observó una reducción notable, pasando de una depresión moderada (27 puntos en el BDI-II), a leve (18 puntos).

Además, la ansiedad (BAI) se redujo de 13 (leve) a 6 (mínima), indicando una estabilización emocional exitosa que repercute en la necesidad compulsiva de consumir, debido a que al no haber un malestar latente se reduce la necesidad de anesthesiarse mediante la sustancia (Koob y Volkow, 2016). A su vez, las habilidades sociales (EHS) mejoraron de 47 a 62 puntos, reflejando una mayor asertividad, un componente esencial en el tratamiento por consumo de estimulantes (Carroll, 1998).

Un factor determinante en el éxito del proceso fue su evolución positiva en la etapa de cambio. Al inicio, aunque ya se encontraba en una fase de acción con una Ambivalencia baja y Reconocimiento moderado, la intervención permitió consolidar su compromiso. Tras la intervención, se observó un fortalecimiento en la escala de Reconocimiento (incremento del 6,06%) y una reducción drástica de la ambivalencia en un 50%. Este cambio se tradujo en un aumento del 21,21% en la escala Tomando Pasos, indicando una transición fluida hacia conductas de mantenimiento.

El avance más destacado se encuentra en la autopercepción, la cual es una variable de vital importancia para mantener la abstinencia: la autoeficacia aumentó de 21 a 26, y la autoestima (Rosenberg) pasó de 13 (nivel bajo) a 30 puntos (alto/saludable). Junto a la identificación correcta de los desencadenantes de sus recaídas, estos resultados sugieren la interrupción efectiva del ciclo de consumo, en línea con la eficacia reportada de la terapia

cognitivo-conductual como tratamiento en trastorno por consumo de estimulantes (Carroll, 1998).

Para concluir, entre las limitaciones de este estudio de caso único, se destacaría la ausencia de seguimiento. Debido a la alta tasa de recaídas en esta población (Palazón-Llecha et al., 2024), es de vital importancia reevaluar dentro de 6 y 12 meses una vez finalizada la intervención. Así mismo, debe señalarse como una limitación adicional que no se valoró el apoyo social de la consultante, una variable que podría haber ofrecido una visión más profunda sobre los factores de protección y mantenimiento del cambio. A pesar de ello, los resultados confirman una recuperación integral y una adquisición de habilidades de afrontamiento específicas para mantener la abstinencia.



Bibliografía

- Aharonovich, E., Hasin, D. S., Nunes, E. V., Stohl, M., Cannizzaro, D., Sarvet, A., Bolla, K., Carroll, K. M., y Genece, K. G. (2018). Modified cognitive behavioral therapy (M-CBT) for cocaine dependence: Development of treatment for cognitively impaired users and results from a Stage 1 trial. *Psychology of addictive behaviors: journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 32(7), 800–811. <https://doi.org/10.1037/adb0000398>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G. y Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893- 897
- Carroll, K. M. (1998). A cognitive-behavioral approach: Treating cocaine addiction. National Institute on Drug Abuse (NIDA), Therapy Manuals for Drug Addiction, Manual 1. NIH Publication No. 98-4308.
- Castaño, L. C., y Pérez, N. Q. (2010). *Validación del Cuestionario de Creencias Irracionales (TCI) en población colombiana*. Dialnet. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4865220>
- Calvete, E., y Cardeñoso, O. (1999). *Adaptación y validación del Inventario de Creencias Irracionales (IBI) de Ellis y Bernard*. *Psicothema*, 11(3), 559–568.
- Castaño, L. C., y Pérez, N. Q. (2010). *Validación del Cuestionario de Creencias Irracionales (TCI) en población colombiana*. Dialnet. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=486522>

- Ellis, A., y Bernard, M. E. (1985). *The Irrational Beliefs Test (IBT)*. New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- EXII UTCA. (2025). *Seminario prevención de recaídas*. [Documento no publicado].
- García, J. (2009). El tratamiento ambulatorio de la adicción a la cocaína. *Observatorio de drogodependencias de Castilla-La Mancha*, 5, 79–86.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3066560>
- Gismero, E. (2000). *Escala de Habilidades Sociales (EHS)*. TEA Ediciones.
- Karila, L., Zarmadini, R., Petit, A., Lafaye, G., Lowenstein, W., y Reynaud, M. (2013). Addiction à la cocaïne: données actuelles pour le clinicien. *La Presse Médicale*, 43(1), 9-17. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2013.01.069>
- Koob, G. F., y Volkow, N. D. (2016). Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis. *The lancet. Psychiatry*, 3(8), 760–773.
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)00104-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)00104-8)
- Larimer, M. E., Palmer, R. S., y Marlatt, G. A. (1999). Relapse prevention. An overview of Marlatt's cognitive-behavioral model. *Alcohol research & health: the journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*, 23(2), 151–160.
- Miller, W. R., y Tonigan, J. S. (1996). Assessing drinkers' motivation for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). *Psychology of Addictive Behaviors*, 10(2), 81–89.
<https://doi.org/10.1037/0893-164X.10.2.81>
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2024) Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES) Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas en

https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas_EDADES.htm

Morejón, A. J. V., García-Bóveda, R. J., y Jiménez, R. V. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *APUNTES DE PSICOLOGÍA*, 22(2), 247-255.
<https://doi.org/10.55414/bsxyn321>

National Institute of Drug Abuse. (27 de septiembre, 2024). La cocaína. Nida.
<https://nida.nih.gov/es/areas-de-investigacion/la-cocaina>

Palazón-Llecha, A., Caparrós, B., Trujols, J., Duran-Sindreu, S., Batlle, F., Madre, M., y Mallorquí-Bagué, N. (2024). Predictors of cocaine use disorder treatment outcomes: a systematic review. *Systematic Reviews*, 13(1).
<https://doi.org/10.1186/s13643-024-02550-z>

Penberthy, J. K., Ait-Daoud, N., Vaughan, M., y Fanning, T. (2010). Review of treatment for cocaine dependence. *Current drug abuse reviews*, 3(1), 49–62.
<https://doi.org/10.2174/1874473711003010049>

Schwarzer, R., y Baessler, J. (1996). *Evaluación de la autoeficacia: adaptación española de la Escala de Autoeficacia general*. Dialnet.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=186652>

Sánchez, L., Díaz-Morán, S., Grau-López, L., Moreno, A., Eiroa-Orosa, F.J., Roncero, C., Gonzalvo, B., Colom J. y Casas, M. (2011). Tratamiento ambulatorio grupal para dependientes de cocaína combinando terapia cognitivo conductual y entrevista motivacional. *Psicothema*, 23 (1), 107-113.

Sanjuán Suárez, P., Pérez García, A. M., y Bermúdez Moreno, J. (2000). Escala de autoeficacia general: datos psicométricos de la adaptación para población

española. *Psicothema*, 12(Suplemento), 509–513. Recuperado a partir de <https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/7741>

Sanz, J., Perdígón, A. L., y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14(3), 249-280.

Sanz, J. (2014). Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en la práctica clínica. *Clínica y Salud*, 25(1), 39-48. <https://doi.org/10.5093/cl2014a3>

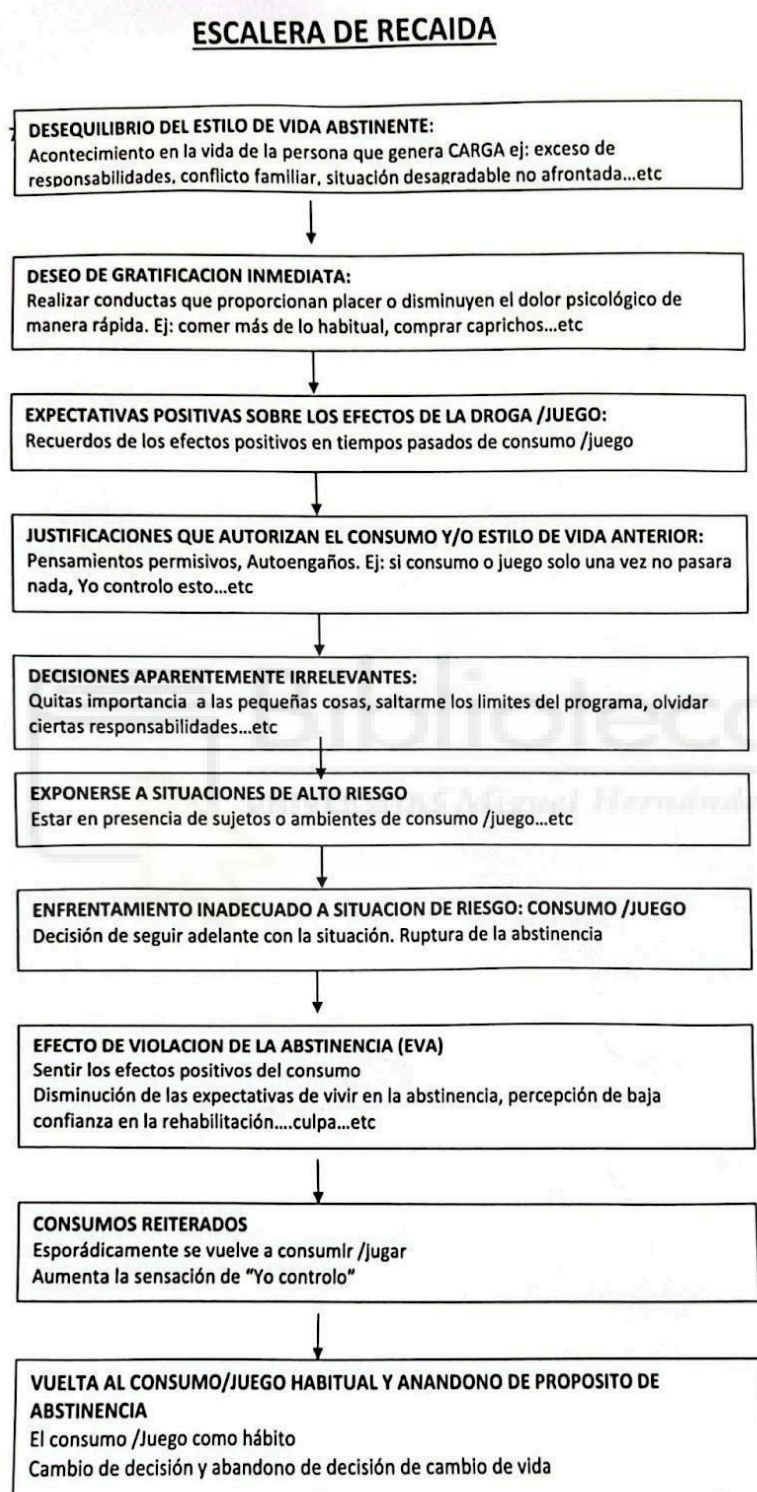
Stein, M. D., Herman, D. S., y Anderson, B. J. (2009). A motivational intervention trial to reduce cocaine use. *Journal of substance abuse treatment*, 36(1), 118–125. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2008.05.003>

UNODC. (2024). *World Drug Report 2024*. United Nations Office on Drugs and Crime.

Willcox, G. (1982). The Feeling Wheel: A Creative Tool for Emotional Literacy. *Transactional Analysis Journal*, 12(4), 274-276.

Anexo 1

Escalera de la Recaída



Nota. Adaptado de "Seminario Prevención de Recaídas", por EXII UTCA (2025). Derechos reservados por la institución.

Anexo 2

Distorsiones Cognitivas



Distorsiones Cognitivas





Pensamiento todo o nada (blanco y negro)

Ver las cosas en extremos, sin puntos intermedios.
Ejemplo: Las cosas se hacen bien o no se hacen.
Si no puedo ir una hora completa a entrenar bien, ¿para qué voy a ir 20 minutos? Mejor ni voy.



Sobre generalización

Creer que porque algo malo pasó una vez, siempre será así..
Ejemplo: Me salió mal esta tarea, así que nunca voy a ser buena/o en esto."

Lectura de mente/error del adivino

Asumir que sabemos lo que los demás piensan, o lo que pasará (y generalmente es algo malo).
Ejemplo: Seguro piensan que soy aburrida.
Sé que voy a suspender el examen.



Razonamiento emocional

Creer que algo es verdad solo porque lo sentimos así.
Ejemplo: Me siento inútil, entonces debo serlo

Personalización

Creer que todo lo malo es culpa nuestra.
Ejemplo: Ana ha estado muy seria hoy, seguro que está enfadada conmigo.

Catastrofización

Imaginar el peor escenario posible, aunque sea poco probable que suceda.
Ejemplo: No me contesta el teléfono hace media hora. Seguro chocó. O lo asaltaron.

Deberías y tengo que...

Exigirse demasiado con reglas rígidas.
Ejemplo: Mira a mi cuñada, tiene dos hijos y la casa impecable. Yo debería poder con todo sin quejarme. Soy un desastre.





Filtraje o atención selectiva

Enfocarse solo en lo negativo y no ver lo positivo.
Ejemplo: Todos dijeron que hice un buen trabajo, pero Juan me dijo que no le convenció, así que eso significa que lo hice mal.

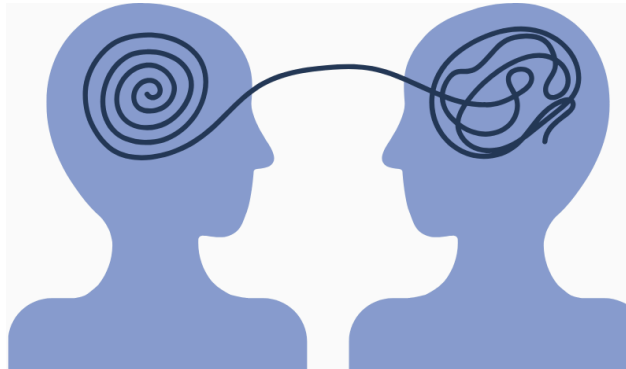
Descalificar lo positivo

Restarle valor a lo bueno que nos pasa.
Ejemplo: Me felicitaron por mi cumpleaños, pero seguro lo dijeron por compromiso.



Anexo 3

Creencias Irracionales

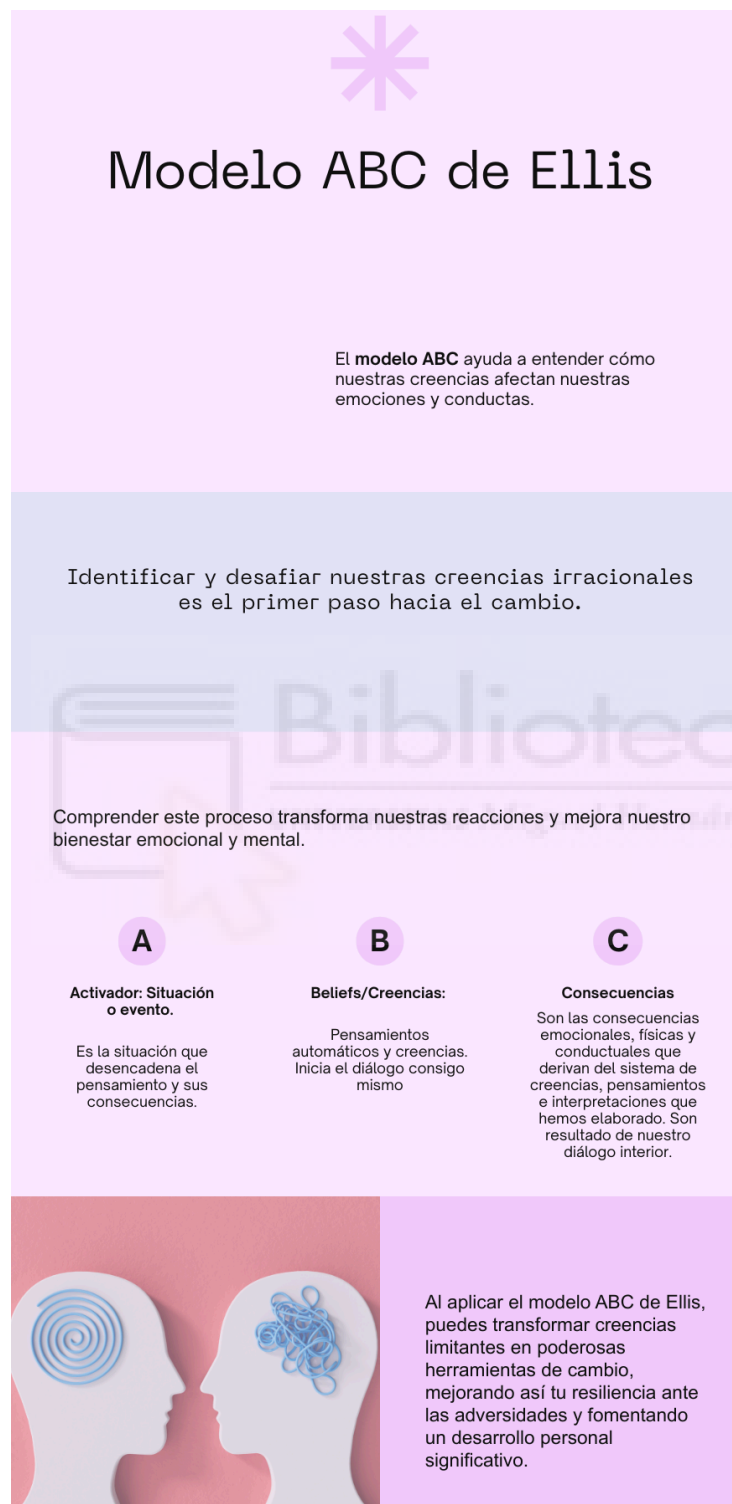


PRINCIPALES CREENCIAS IRRACIONALES

- Tengo que ser amado y aceptado por toda la gente que sea importante para mí.
- Tengo que ser totalmente competente, adecuado y capaz de lograr cualquier cosa o, al menos, ser competente o con talento en algún área importante.
- Cuando la gente actúa de manera ofensiva e injusta, deben ser culpabilizados y condenados por ello, y ser considerados como individuos viles, malvados e infames.
- Es tremendo y catastrófico cuando las cosas no van por el camino que a mí me gustaría que fuesen.
- La desgracia emocional se origina por causas externas y yo tengo poca capacidad para controlar o cambiar mis sentimientos.
- Si algo parece peligroso o temible, tengo que estar preocupado por ello y sentirme ansioso.
- Es más fácil evitar afrontar ciertas dificultades y responsabilidades de la vida que emprender formas más reforzantes de autodisciplina.
- Las personas y las cosas deberían funcionar mejor y si no encuentro soluciones perfectas a las duras realidades de la vida tengo que considerarlo como terrible y catastrófico.
- Puedo lograr la felicidad por medio de la inercia y la falta de acción o tratando de disfrutar pasivamente y sin compromiso.

Anexo 4

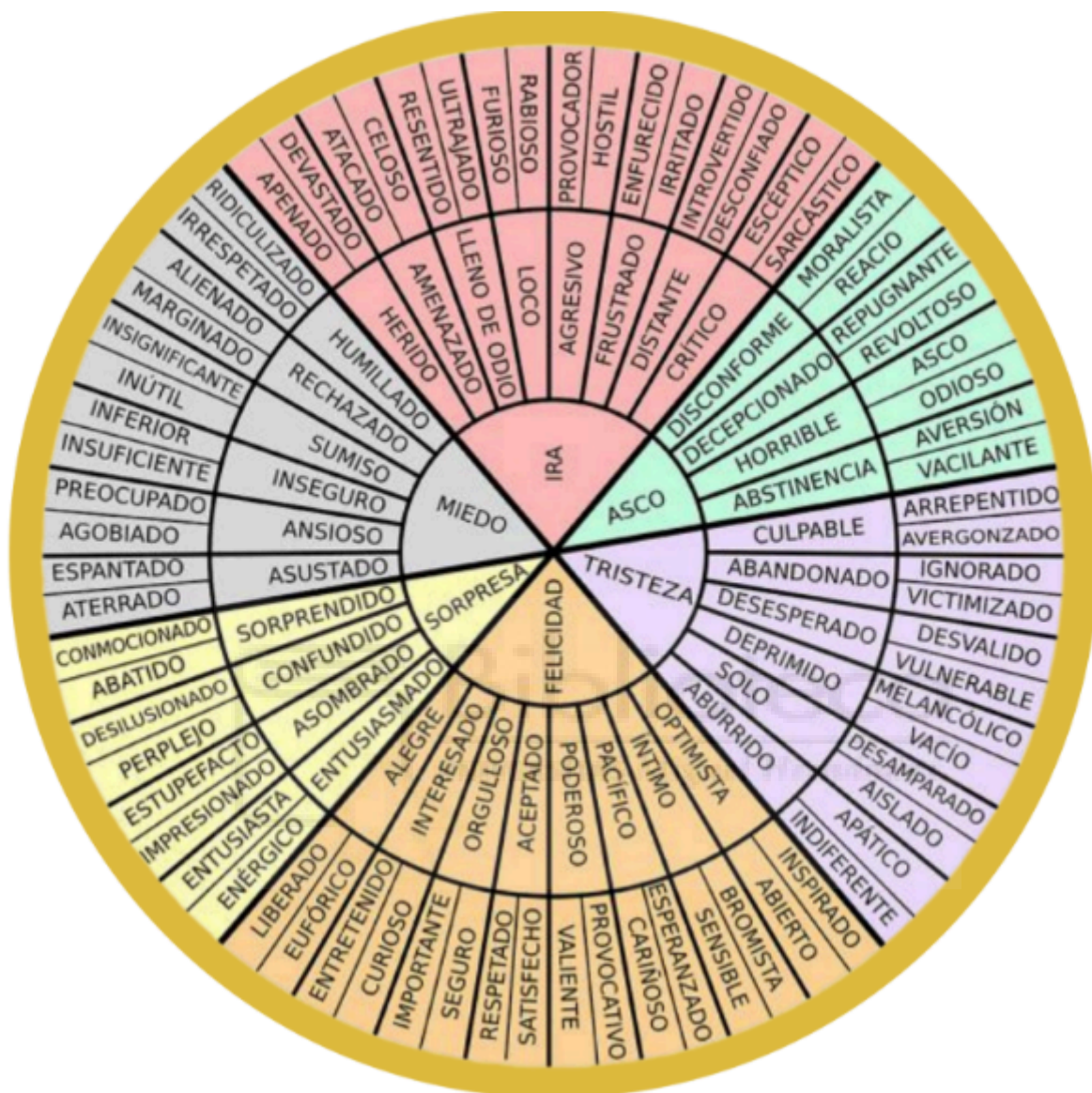
Modelo ABC de Ellis



Nota. Adaptado de The practice of rational emotive behavior therapy, por A. Ellis y W. Dryden, 1997, Springer.

Anexo 5

Rueda de las Emociones



Nota. Adaptado de *The Feeling Wheel*, por G. Willcox, 1982, Transactional Analysis Journal.

Anexo 6*Plan de Prevención de Recaídas***PELDAÑO:** _____*[Nombre del peldaño de la Escalera de Recaída]***SEÑALES DE ADVERTENCIA***¿Cómo reconozco que estoy en este peldaño?*

1. _____
2. _____
3. _____

MIS PENSAMIENTOS EN ESTE MOMENTO*¿Qué ideas o justificaciones suelen aparecer?*

ESTRATEGIAS PARA DAR MARCHA ATRÁS*Acciones concretas que puedo realizar*

1. _____
2. _____
3. _____

RECURSOS DE APOYO

Personas, lugares o actividades que me ayudan

Persona de contacto: _____

Teléfono:

Lugar seguro: _____

Actividad reparadora: _____

RECORDATORIO PERSONAL

Mi frase motivadora para este momento



Anexo 7

Autorregistro

SITUACIÓN (Fecha y hora si fuese necesario) ¿Qué estaba haciendo en ese momento? ¿Dónde estaba, con quién y qué sucedía?	PENSAMIENTOS ¿Qué le vino en ese momento a la cabeza (recuerdos, imágenes, ideas, etc.)? ¿En qué grado de 0 a 10 pensó que esos pensamientos eran ciertos?	EMOCIÓN(ES) ¿Qué emociones sintió (¿ira, ansiedad, miedo, tristeza, etc.)? ¿Cómo de intenso fue lo que sintió en una escala del 1 al 10?	CONDUCTA ¿Cómo reacciona, cuál es su respuesta, cómo actúas? acción realizada para disminuir el malestar o modificar la situación
---	--	--	---

