



MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA

Curso 2025-2026



Trabajo Fin de Máster

Trastorno por consumo de sustancias (alcohol, cannabis y cocaína): un estudio de caso.

Autora: Isela Peralta Rodríguez

Tutor: Dr. Daniel Lloret Irles

Código de la Oficina de Investigación Responsable: TFM.MPG.DLI.IPR.251126

Convocatoria: Enero 2026



Resumen

El policonsumo de drogas se define como el uso de más de una sustancia psicoactiva, al mismo tiempo o de forma secuencial. Los trastornos por uso de sustancias afectan a todas o casi todas las áreas del funcionamiento del sujeto, por lo que requieren un abordaje multimodal. Precisamente, este trabajo presenta un estudio de caso de un varón de 29 años diagnosticado de tres trastornos por consumo de sustancias (cocaína, alcohol y cannabis). Se analizan las variables que influyen en el establecimiento de cada trastorno, así como los factores que contribuyen a su mantenimiento actual. El objetivo es describir el tratamiento cognitivo-conductual aplicado de 38 sesiones combinado con tratamiento farmacológico, y evaluar su eficacia en función de la evolución de la ansiedad, impulsividad y craving a lo largo del proceso terapéutico. Se concluye que una intervención integral, motivacional y cognitivo-conductual puede ser eficaz en casos de policonsumo y resalta la necesidad de fortalecer la prevención y las políticas públicas en adicciones.

Palabras clave: “trastornos por uso de sustancias”, “intervención cognitivo-conductual”, “abordaje multimodal”, “variables”, “estudio de caso”.

Abstract

Polydrug use is defined as the use of more than one psychoactive substance, either at the same time or sequentially. Substance use disorders affect all or almost all areas of an individual's functioning, and thus require a multimodal approach. Specifically, this work presents a case study of a 29-year-old man diagnosed with three substance use disorders (cocaine, alcohol, and cannabis). The variables that influence the development of each disorder are analyzed, as well as the factors that contribute to their current maintenance. The aim is to describe the 38-session cognitive-behavioral treatment applied, combined with pharmacological treatment, and to assess its effectiveness based on changes in anxiety,

impulsivity, and craving throughout the process. The study concludes that a comprehensive, motivational, and cognitive-behavioral intervention can be effective in cases of polydrug use and highlights the need to strengthen prevention and public policies on addictions.

Keywords: “substance use disorders”, “cognitive-behavioral intervention”, “multimodal approach”, “variables”, “case study”.



1. Introducción

1.1. Cannabis y el trastorno por consumo de cannabis (TCC)

El término “cannabis” se refiere a las inflorescencias de la planta de cannabis. Los principales cannabinoides que contiene son el cannabidiol (CBD) y el cannabinol (CBN), pero la sustancia psicoactiva predominante es el trans-delta-9 tetrahidrocannabinol (delta-9-THC). Las formas más habituales de consumo son a través de la hierba de cannabis (una sustancia desecada de color verde o marrón) o la resina de cannabis (la resina separada de la planta), por inhalación o vía oral (United Nations Office on Drugs and Crime; UNODC, 2018). Los cannabinoides producen efectos sobre los receptores cannabinoides CB1 y CB2 del sistema nervioso central (SNC) (Asociación Americana de Psiquiatría; APA, 2014).

El cannabis es la sustancia ilegal con mayor prevalencia de consumo en España en la población de 15 a 64 años, estando la edad media de inicio de consumo ligeramente por encima de los 18 años, aunque su consumo disminuye según aumenta la edad. En función del sexo, es más consumida por hombres que por mujeres, con independencia de la edad (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones; OEDA, 2025). Además, según la UNODC (2025), es la droga más consumida a nivel mundial (244 millones de personas).

El *trastorno por consumo de cannabis* (TCC) se refiere al conjunto de problemas relacionados con la planta de cannabis (APA, 2014), y, en términos generales, se define como la incapacidad de dejar de consumir cannabis incluso cuando está causando daño físico o psicológico (Connor et al., 2021). La prevalencia es del 3,4% entre los 12 y 17 años, y del 1,5% entre los mayores de 18 años (APA, 2014).

Las personas que consumen regularmente cannabis pueden desarrollar el trastorno, y suelen referir que lo hacen para afrontar alteraciones del estado de ánimo, del sueño u otros problemas físicos o psicológicos (APA, 2014).

1.2. Alcohol y el trastorno por consumo de alcohol (TCA)

Según la Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES), el alcohol es la sustancia psicoactiva más extendida en la población española de 15-64 años, siendo el 92,9% de esta población los que manifiestan haber consumido alcohol alguna vez en la vida (OEDA, 2025) y la intoxicación alcohólica aguda es el trastorno más atendido en Urgencias, tanto entre los adultos como entre los adolescentes (Cortés et al., 2013). La encuesta también confirma que su consumo está más extendido entre los hombres que entre las mujeres y que el consumo diario aumenta con la edad, siendo el tramo de mayores de 55 el de mayor número de consumidores (OEDA, 2025).

El *Trastorno por Consumo de Alcohol* (TCA) se define como una agrupación de síntomas comportamentales y físicos entre los que destacan la abstinencia, la tolerancia y el deseo intenso de consumo (APA, 2014). Es una enfermedad derivada del consumo excesivo y prolongado de alcohol que se caracteriza por una incapacidad para controlar su ingesta, y está asociada con un aumento significativo de la mortalidad y la morbilidad (Zarco, 2016).

Los problemas relacionados con el alcohol suelen suceder antes de los 20 años, pero la edad de inicio del trastorno se da al final de la treintena. En las personas con TCA es habitual el absentismo, puede desatenderse el cuidado de los hijos y las responsabilidades domésticas y se podría consumir alcohol incluso en circunstancias peligrosas (APA, 2014).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2024), se estima que 400 millones de personas (el 7% de la población mundial) de 15 años o más, padecen trastornos por consumo de alcohol. De este porcentaje, 209 millones padecen dependencia del alcohol.

1.3. Cocaína y el trastorno por consumo de cocaína

La cocaína o benzoilmetilecgonina es el principal alcaloide obtenido de las hojas del arbusto *Erithroxylon Coca*, y una de las principales drogas de abuso a nivel mundial (Casete y Climent, 2008). Se trata de un estimulante del SNC con efectos simpaticomiméticos (APA,

2014), y generalmente se encuentra en dos formas: el clorhidrato de cocaína (polvo), que se inhala o se inyecta, y la cocaína base, que se utiliza para fumar (UNODC, 2018).

Teniendo en cuenta el consumo de la cocaína en general (polvo y base), en 2024 en España, la prevalencia de consumo en los últimos 12 meses se sitúa en el 2,5%, y en el 1,4% en el último mes. En función del sexo, los hombres consumen cocaína en mayor medida que las mujeres (OEDA, 2025).

El trastorno por consumo de cocaína se define como el consumo compulsivo de cocaína a pesar de sus consecuencias médicas, psicológicas y conductuales (Schwartz et al., 2022). El consumo puede ser episódico o diario (o casi a diario) y es frecuente el comportamiento agresivo o violento, sobre todo a dosis altas. Además, se suele experimentar tolerancia y abstinencia mediante síntomas como hipersomnias, aumento del apetito y disforia (APA, 2014).

La prevalencia del trastorno en Europa, medida según el porcentaje de personas que solicitan tratamiento por consumo de cocaína, es del 24%, siendo la mayoría hombres (European Union Drugs Agency, EUDA, 2025).

1.4. Policonsumo de drogas: cocaína, alcohol y cannabis. Tratamiento.

Según el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT, 2021), el policonsumo de drogas se define como el uso de más de una sustancia psicoactiva al mismo tiempo o de forma secuencial. Se trata de un patrón de consumo muy común que representa un importante problema de salud pública, ya que se asocia a una mayor gravedad, una peor evolución del tratamiento y un aumento del riesgo de recaídas (Font-Mayolas y Calvo, 2022). En España, el policonsumo en general está más extendido entre los hombres, y el consumo de estas tres drogas de manera conjunta representa uno de los perfiles más frecuentes en los servicios de drogodependencias (OEDA, 2025).

Desde el punto de vista neurobiológico, la combinación de cocaína y alcohol genera *cocaetileno*, un metabolito con mayor toxicidad y vida media que la de la cocaína (Helander et al., 2023). Además, este patrón presenta una estrecha relación con una mayor pérdida de control del consumo, rasgos antisociales tras el consumo, conductas de riesgo, violencia y problemas familiares y laborales (Pastor et al., 2003).

Los trastornos por uso de sustancias afectan a todas o casi todas las áreas del funcionamiento del sujeto, por lo que requieren un abordaje multimodal. Desde un enfoque biopsicosocial, el consumo de sustancias responde a unas complejas interacciones entre la vulnerabilidad genética del individuo, su contexto, la conducta y sus consecuencias (Secades y Fernández, 2003).

Se ha comprobado que el tratamiento psicológico es eficaz para reducir el consumo y aumentar la adherencia terapéutica en pacientes con policonsumo (Magill et al., 2019). La terapia cognitivo-conductual (con técnicas como la psicoeducación, reestructuración cognitiva, relajación y exposición) se suele combinar con terapia farmacológica (benzodiacepinas y antidepresivos, principalmente) cuando se considera necesario (Iurtia et al., 2009).

Asimismo, en los programas se incluye el manejo de estrés, autoestima, habilidades sociales, prevención de recaídas (establecimiento de normas, afrontamiento de problemas y entrenamiento de conductas alternativas al consumo) (Iurtia et al., 2009), modificación de los patrones de pensamiento y mejora del control de estímulos (Magill et al., 2019).

La magnitud del problema justifica la necesidad de un abordaje terapéutico integral, ya que el policonsumo aumenta los riesgos del consumo, potenciando los efectos de unas drogas sobre otras, reforzando la adicción, interfiriendo en el diagnóstico y dificultando el tratamiento (OEDA, 2025). Por tanto, conocer en qué medida los consumidores utilizan más

de una sustancia, cuáles se combinan y sus efectos, puede ser útil para establecer estrategias de prevención (Font-Mayolas y Calvo, 2022).

El análisis de casos como este contribuye a la comprensión de los factores personales, motivacionales y contextuales implicados en las adicciones y refuerza la necesidad de incorporar intervenciones psicológicas basadas en la evidencia en el tratamiento de las drogodependencias (Font-Mayolas y Calvo, 2022).

Por lo tanto, el objetivo del trabajo que se presenta a continuación consiste en describir el tratamiento aplicado al participante E.F., que consume las 3 sustancias mencionadas, y se considera relevante porque permite analizar los procesos de cambio, la respuesta terapéutica y los mecanismos implicados en la recuperación de un paciente con policonsumo. La estructura y el contenido se han organizado conforme a las guías CARE (CAsE REport Guidelines), que ayudan a reducir el riesgo de sesgo y a aumentar la transparencia y la precisión de los informes de caso (CARE Statement, 2013).

2. Método

2.1. Identificación del participante

2.1.1. Descripción del caso

El paciente E.F. es un varón de 29 años, natural de Cox, con buena presencia física. Es hijo único, vive con sus padres y tiene pareja desde hace 10 años. Con 18 años estudió un Grado Medio de electricidad y trabajó como tal durante unos años, pero actualmente trabaja como fontanero en una empresa de Alicante desde hace 3 años.

El motivo de consulta es para dejar de consumir alcohol, cocaína y cannabis, puesto que tanto el paciente como su entorno consideran que su consumo es alto y problemático, ya que afecta negativamente a todas las áreas de su vida.

2.1.2. Anamnesis

En enero de 2025, E. acude a una clínica privada de Psicología especializada en adicciones. Asiste obligado por su pareja y un íntimo amigo que también había completado el tratamiento anteriormente. Ambos consideran que debe dejar de consumir alcohol, cannabis y cocaína, ya que, según refieren, “ha tocado fondo, consume todos los días, afecta al desempeño de su trabajo y se está volviendo muy agresivo”. Además, su pareja amenaza con terminar la relación si no logra cambiar su estilo de vida.

El paciente relata que el consumo de alcohol comenzó con 16-17 años, cuando bebía con sus amigos para salir de fiesta algunos fines de semana. Según explica, el consumo se intensifica a los 20 años, cuando empieza la relación con su pareja actual, 6 años mayor que él, debido a que comienza a salir de fiesta con los amigos de ésta, quienes consumen alcohol y otras drogas como la cocaína. En la celebración de su 20 cumpleaños, empieza a consumir cocaína y cannabis. A partir de ese día, el consumo de alcohol y cocaína de manera conjunta se vuelve habitual, de viernes a domingo, todos los fines de semana en entornos recreativos.

Con el paso de los años, el consumo de cocaína y cannabis aumenta hasta hacerse diario. A los 25 años, se da cuenta de que su consumo es elevado, por lo que decide dejar de salir y limita su rutina al trabajo, logrando una abstinencia de 10 meses. Pasado este periodo, vuelve a salir los fines de semana y se produce una recaída en el consumo, que se alarga hasta el momento en el que acude a la clínica.

Cuando asiste al tratamiento, el consumo de cocaína y cannabis es diario, mientras que el alcohol es consumido los fines de semana. Citando palabras textuales del paciente, el consumo de estas sustancias tiene la finalidad de “evadirme de los problemas, olvidarme de todo y estar más tranquilo”. También se da el consumo esporádico de anfetaminas en entornos de ocio y el uso de máquinas tragaperras de manera ocasional (tras consumir alcohol o cocaína) con el objetivo de conseguir dinero.

2.1.3. Sintomatología psico-física y afectación psicosocial

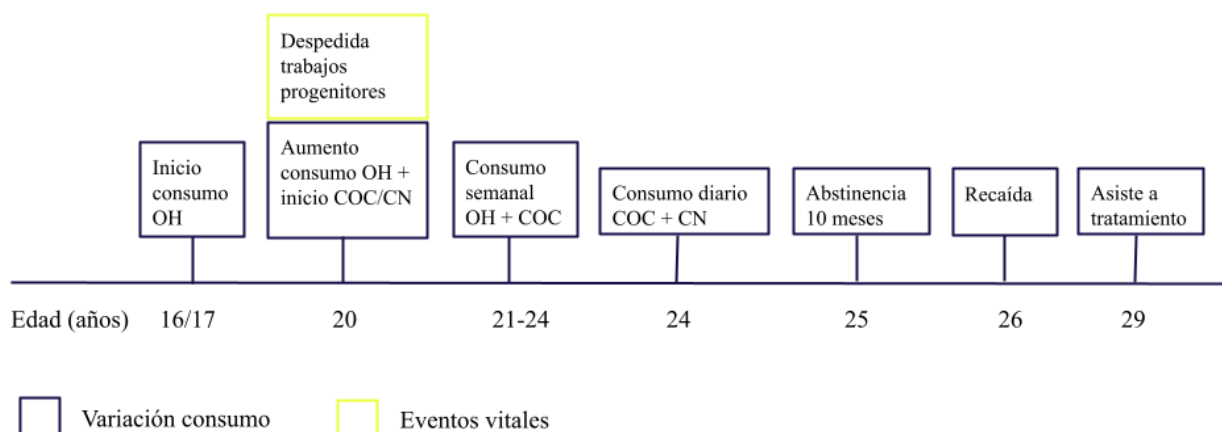
El participante refiere sintomatología relacionada a la dependencia de tales sustancias, como: agresividad verbal, pérdida de memoria, pérdida de control a la hora de consumir, craving, tolerancia y abstinencia, persistencia pese a las consecuencias negativas y afectación psicosocial y familiar. Además, su círculo social y su tiempo de ocio se limita al consumo de drogas.

Cabe destacar que el inicio del consumo de sustancias supone un punto de inflexión en la relación con sus progenitores. Esta se vuelve muy distante debido a las salidas de E. los fines de semana, el cambio en su comportamiento y el gasto de grandes cantidades de dinero. Además, los padres son despedidos en sus respectivos trabajos en ese momento con 50 y 52 años de edad, afectando significativamente la economía de la familia.

Respecto a los antecedentes familiares de Salud Mental, destaca el alcoholismo de sus padres, quienes beben a diario desde que el paciente era un niño, pero no plantean la existencia de un consumo problemático ni han asistido a tratamiento. Respecto a la familia extendida, seis de diez tíos paternos y cuatro de seis tíos maternos, así como sus dos abuelos, son consumidores habituales de alcohol.

Figura 1

Cronología de la historia de consumo de E.F. y eventos vitales.



2.1.4. Diagnóstico

El diagnóstico se establece tras completar una entrevista clínica con el paciente y atendiendo a los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-5ª Edición (DSM-5). Se determina que este presenta un *Trastorno por Consumo de Alcohol* (TCA) Grave, 303.90 (F10.20), ya que cumple 8 de los 11 criterios propuestos; un *Trastorno por Consumo de Cannabis* (TCC) Grave, 304.30 (F12.20), puesto que presenta 10 de los 11 criterios; y un *Trastorno por Consumo de Estimulantes* (TCE) Grave, en este caso, de cocaína, 304.20 (F14.20), manifestando 8 de los 11 criterios.

Los síntomas propuestos por el DSM-5 que más se repiten en el paciente son los siguientes (APA, 2014):

- Consumo de las sustancias en cantidades superiores a lo previsto.
- Esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo.
- Ansias o un poderoso deseo de consumir.
- Consumo continuado a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales.
- Consumo en situaciones en las que provoca un riesgo físico (por ejemplo, conduciendo).
- Se continúa con el consumo a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico.
- Se desarrolla tolerancia y síndrome de abstinencia.

Asimismo, antes de comenzar el tratamiento se administran al paciente escalas específicas para respaldar el diagnóstico (tabla 1):

Tabla 1*Escalas específicas para establecer el diagnóstico.*

Variable	Instrumento	Autor original	Estructura	Punto de corte
		Adaptación española	Dimensiones/factores	
Adicción al alcohol	<i>Escala de intensidad de la dependencia alcohólica</i> (EIDA).	Rubio, G., Urosa, B. & Santo Domingo, J. (1998).	30 ítems de los últimos 6 meses sobre síntomas físicos y psicológicos de la abstinencia, conductas para aliviar los síntomas de la abstinencia, consumo habitual de alcohol y dificultad para controlar la ingesta de alcohol.	Rango: <21, dependencia leve; 21-37, dependencia moderada; >37, grave.
Adicción al cannabis	<i>Cannabis Abuse Screening Test</i> (CAST).	Legleye, S., Karila, L., Beck, F. & Reynaud, M. (2007). Adaptación española: Klempova et al. (2009).	6 ítems de escala Likert de 0 a 4 sobre la frecuencia del uso recreativo, problemas de memoria, si le animan a reducir o dejar de consumir cannabis, intentos fallidos para dejarlo y problemas relacionados con el consumo, en los últimos 12 meses.	Rango: 0-24. 0-1, no problemático; 2-3, riesgo bajo; ≥ 4, problemático.
Adicción a la cocaína	<i>Escala de valoración de la gravedad selectiva para Cocaína</i> (Cssa).	Kampman y cols. (1998). Adaptación española: Tejero, A., Trujols, J. & Gil, L. (2003).	18 ítems que evalúan mediante una escala de 8 puntos la presencia e intensidad de los síntomas más frecuentes de la abstinencia de cocaína.	Rango: 0-126. A mayor puntuación, mayor gravedad de la abstinencia.

2.1.5. Análisis funcional

A continuación se presenta el análisis funcional del caso, donde se identifican las situaciones, emociones y pensamientos que preceden (antecedentes) y siguen (consecuencias) al consumo de las sustancias, para comprender qué mantiene la conducta.

Tabla 2*Análisis funcional del Trastorno por Consumo de Alcohol.*

Estímulo (E)	Organismo (O)	Respuesta (R)	Consecuencia (C)
<i>Externos:</i> fines de semana, salidas con amigos, disponibilidad de alcohol, normalización del consumo. <i>Internos:</i> aburrimiento, ansiedad, pensamientos de incapacidad para disfrutar sin beber.	Introversión, baja tolerancia a la frustración, déficit de estrategias de afrontamiento, autoconcepto deteriorado, consumo como método de evasión.	<i>Cognitiva:</i> pensamientos justificativos (“me lo merezco”, “todos lo hacen”). <i>Fisiológica:</i> activación inicial, aumento del ritmo cardíaco, desinhibición. <i>Motora:</i> ingesta compulsiva, hetero-agresividad verbal.	<i>Inmediatas:</i> intoxicación, conflictos, desinhibición, euforia, reducción de la ansiedad (refuerzo -), aceptación social. <i>Medio plazo:</i> conflictos familiares e interpersonales, síndrome de abstinencia, culpa, tolerancia y dependencia psicológica.

Tabla 3*Análisis funcional del Trastorno por Consumo de Cannabis.*

Estímulo (E)	Organismo (O)	Respuesta (R)	Consecuencia (C)
<i>Externos:</i> disponibilidad, amigos consumidores, tiempo libre. <i>Internos:</i> aburrimiento, ansiedad, pensamientos distorsionados (“me relajo”).	Evitación experiencial, baja motivación, escasas actividades gratificantes, creencias erróneas sobre los beneficios del cannabis, falta de comunicación.	<i>Cognitiva:</i> justificación (“me calma, me ayuda a dormir”). <i>Fisiológica:</i> sensación de relajación, enlentecimiento psicomotor, somnolencia. <i>Motora:</i> consumo diario, aislamiento progresivo.	<i>Inmediatas:</i> sensación de tranquilidad y desconexión, alivio del malestar (refuerzo -). <i>Medio plazo:</i> síndrome amotivacional, pérdida de memoria, desmotivación, menor desempeño laboral y social, tolerancia y dependencia.

Tabla 4

Análisis funcional del Trastorno por Consumo de Cocaína.

Estímulo (E)	Organismo (O)	Respuesta (R)	Consecuencia (C)
<i>Externos:</i> disponibilidad, contacto con amigos, conflictos laborales o familiares, estrés cotidiano, salidas recreativas, consumo de alcohol.	Elevada impulsividad, necesidad de control, ansiedad basal alta, alteraciones neuroquímicas	<i>Cognitiva:</i> justificación del consumo (“me activo, me olvido de todo”), rumiación. <i>Fisiológica:</i> incremento del ritmo cardíaco y la presión sanguínea,	<i>Inmediatas:</i> euforia, aumento de energía y sensación de control (refuerzo +), conflictos interpersonales.
<i>Internos:</i> ansiedad, sentimientos de fracaso, distorsiones cognitivas (“consumir para afrontar ciertas situaciones”).	derivadas del consumo continuado.	hiperactivación, pérdida de apetito. <i>Motora:</i> consumo compulsivo, irritabilidad y agresividad.	<i>Medio plazo:</i> problemas de sueño, irritabilidad, craving, abstinencia, conflictos y afectación psicosocial.

2.2. Variables e instrumentos

Con el objetivo de evaluar si el tratamiento es eficaz y se cumplen los objetivos terapéuticos, se miden las siguiente variables:

El *nivel de motivación para el cambio*, mediante la escala URICA (Evaluación de Cambio de la Universidad de Rhode Island), ya que la motivación general de un paciente se relaciona con la intención de cambio y con el compromiso continuo durante el tratamiento (Prochaska y DiClemente, 2005). Tal y como explican Hovmand et al. (2025), esta variable es especialmente relevante en personas con adicciones porque existe una ambivalencia hacia el cambio de comportamiento, y, además, las intervenciones psicoterapéuticas suelen requerir mucho esfuerzo y persistencia.

El *craving* (pensamientos, impulsos e ideas relacionados con el consumo de sustancias durante la abstinencia), con la Escala Mannheim para el Craving (MaCS).

La *impulsividad* o la tendencia a actuar sin pensar, a través de la Escala de Impulsividad de Plutchik (EI), ya que es uno de los factores explicativos más importantes de las conductas adictivas (Alcázar-Córcoles et al., 2015).

El grado de *ansiedad*, mediante el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI-II).

El *consumo de cocaína, alcohol y cannabis*, mediante test de detección y diagnóstico de drogas VinciDrog, formato cassette para detección individual por inmunoensayo, que miden cualitativamente los metabolitos de estas sustancias en orina. Dichas pruebas son realizadas todas las semanas por su pareja.

A continuación en la tabla 5 se explican las escalas anteriores.



Tabla 5*Escalas.*

Variable (Escala)	Autor	Estructura	Medición
Estadio de cambio (URICA)	McConaughy, et al. (1983). Adaptación española: Gómez-Peña, et al. (2011).	32 ítems Likert de 5 puntos. Cuatro dimensiones: precontemplación, contemplación, acción y mantenimiento.	Disposición para el Cambio: (Contemplación + Acción + Mantenimiento) – Precontemplación.
Craving (MaCS)	Nakovics, et al. (2008).	12 ítems (escala Likert de 0 a 4 sobre pensamientos recurrentes sobre las drogas, deseo de consumir y pérdida de control) + 4 adicionales (3 escalas: deseo promedio/deseo máximo; frecuencia del deseo últimos 7 días; duración abstinencia).	Sumatorio. Rango: 0-48 0-13, en riesgo; >13, craving patológico. Los ítems adicionales se miden en escalas analógicas.
Impulsividad (EI)	Plutchik y Van Praag (1989). Adaptación española: Rubio, et al. (1999).	Cuestionario de 15 ítems tipo Likert de 0 a 3.	Sumatorio. Rango: 0-45. >20, alta impulsividad.
Ansiedad (BAI-II)	Beck et al. (1996). Adaptación española: Sanz, J. y Dpto. I+D Pearson Clinical & Talent Assessment (2011).	21 ítems que miden la gravedad de los síntomas emocionales, fisiológicos y cognitivos de la ansiedad con una escala tipo Likert de 0 a 3.	Sumatorio. Rango: 0-63. A mayor puntuación, mayor ansiedad.
Consumo de drogas (Test de detección VinciDrog)	VinciLab Healthcare	Etilglucurónido (Etanol). Benzoilecgonina (Cocaína) 11-nor- Δ^9 -THC-9 COOH (THC).	A partir de 500 ng/mL. A partir de 300 ng/mL. A partir de 50 ng/mL.

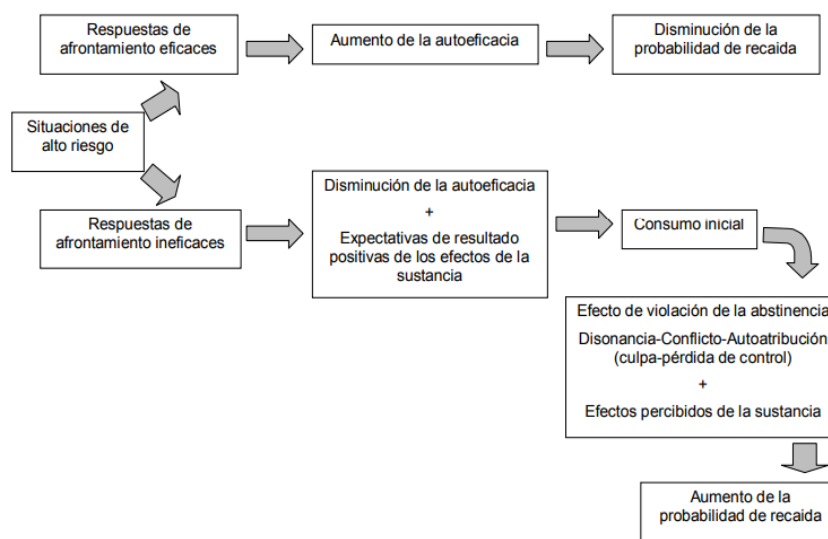
2.3. Diseño e intervención

Se aplica un tratamiento cognitivo-conductual combinado con farmacología, adaptándolo a las circunstancias del paciente y empleando diferentes técnicas:

- *Contrato terapéutico*: se acuerdan normas y límites con el paciente y su pareja que se revisan a lo largo del tratamiento.
- *Psicoeducación*: se explican las fases de cambio a través del Modelo Transteórico del Cambio (Prochaska y Diclemente, 1984) para poder entender en qué momento del cambio se encuentra, y el concepto de enfermedad de la adicción.
- *Reestructuración cognitiva*: identificar y desafiar los pensamientos irracionales o distorsionados, tanto los relacionados con las sustancias como los relacionados con su familia, y se reemplazan por unos más adaptativos y realistas.
- *Entrenamiento en habilidades de afrontamiento*: estrategias para manejar la ansiedad y situaciones estresantes sin recurrir a las drogas, por ejemplo, mediante la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson (Jacobson, 1929).
- *Prevención de recaídas*: a través del modelo de recaídas de Marlatt y Gordon (1985) (Figura 2). Plantea que un consumidor que se encuentra en proceso de recuperación, mantiene expectativas de control personal (autoeficacia) mientras se mantiene abstinente. A mayor periodo de abstinencia, mayor será la percepción de autoeficacia. Este control percibido se mantendrá e incrementará hasta que la persona se encuentre con situaciones de alto riesgo (SAR), que se definen como una situación que amenaza el sentido de control del individuo y que aumenta el riesgo de recaída. La recaída se considera como un proceso determinado por factores cognitivos y situacionales, prestando especial atención a los precipitantes y a las reacciones que le siguen.

Figura 2

Modelo de recaídas de Marlatt y Gordon (1985).



Fuente: Marlatt y Gordon (1985).

- *Exposición gradual con prevención de respuesta:* se realiza una lista de situaciones de riesgo a las que exponerse de manera gradual para habituarse a ese tipo de situaciones, estableciendo conductas que eviten el consumo.
- *Resolución de conflictos:* se identifican los problemas más recurrentes del paciente, que suelen ser con sus padres y su pareja, donde la dificultad de comunicación es el eje principal. Por tanto, se trabaja la asertividad a través de role-playing.

A lo largo de las sesiones, el refuerzo positivo de los avances será primordial, reconociendo el trabajo y esfuerzo por mantener la abstinencia y cumplir con las indicaciones. A continuación se detallan las sesiones clínicas (Tabla 6):

Tabla 6*Desarrollo de las sesiones clínicas con E.F.*

Sesión	Objetivos y desarrollo de la sesión
1	Objetivos: - Evaluación y anamnesis. - Alianza terapéutica. Evaluación inicial y recogida de información acerca de la historia de consumo. Se acuerda acudir a un psiquiatra para valorar la toma de medicación.
2	Objetivos: - Alianza terapéutica. - Contrato terapéutico. Le receta Clonazepam 5 mg por la noche durante 6 semanas. Se acuerda permanecer en contacto con el especialista para realizar seguimiento. Se pactan normas y límites en el contrato terapéutico junto a su pareja: no asistir a fiestas o eventos durante un tiempo, y solamente entrar a bares o restaurantes acompañado.
3	Objetivos: - Devolución de hipótesis y diagnóstico. Se devuelven las hipótesis sobre una posible dependencia al alcohol, cocaína y cannabis, y se completan las escalas EIDA, CAST y Cssa para corroborar el diagnóstico.
4	Objetivos: - Diagnóstico. Se corrigen los test fuera de la sesión y se confirman las hipótesis. Se comparten los resultados, el paciente queda conforme. Se completan las escalas URICA, MaCS, EI y BAI-II para conocer de manera objetiva variables relacionadas con el comportamiento adictivo de E.F.
5	Objetivos: - Psicoeducación. Se comentan los resultados de las anteriores escalas y se explica el Modelo Transteórico del Cambio de Prochaska y Diclemente para que comprenda en qué momento se encuentra. Se explora en mayor profundidad la historia de consumo y se utiliza la entrevista motivacional (EM) para tratar de conducir al paciente de la fase de contemplación a la de acción. Ejemplo: "Dices que las drogas te ayudan a evadirte de los problemas, pero desde

que consumes, tu relación de pareja y con tus padres ha empeorado significativamente, no creo que sea la solución sino parte del problema”.

6 Objetivos:

- Psicoeducación.

Se trabaja el concepto de la adicción como enfermedad y la importancia de que se reconozca como tal, ya que es algo con lo que va a tener que convivir. También se explica el papel del alcohol y las drogas como vía de escape para el malestar emocional.

7 Objetivos:

- Establecer objetivos terapéuticos.
- Diseñar el plan de intervención.

Se acuerda la frecuencia de las sesiones individuales (una vez a la semana), y la realización de pruebas aleatorias de control de orina. Los objetivos terapéuticos a trabajar son:

1. Abandonar el consumo de cocaína, alcohol y cannabis y mantener la abstinencia.
2. Adquirir herramientas psicológicas o conductuales alternativas al consumo para la gestión de las emociones.
3. Lograr una relación de pareja más satisfactoria.

8 Objetivos:

- Refuerzo positivo.

Acude con su pareja para comentar los cambios que observa en el paciente. Ella refiere estar contenta porque le ve implicado en el tratamiento y en su recuperación, y ambos agradecen la ayuda psicológica.

9 Objetivos:

- Establecer rutinas saludables.

Se habla sobre las rutinas y la importancia de tener una que sea saludable y placentera. El paciente refiere ser muy sedentario, puesto que fuera del trabajo no realiza actividad ni ejercicio físico, y su tiempo libre lo dedica a la comida, la caza o pasar tiempo con sus amigos. Se le plantea realizar una lista de actividades que le gustan para la próxima sesión.

10 Objetivos:

- Establecer rutinas saludables.

Trae la lista donde anota que le gustaría caminar, leer, ir al cine y pasar más tiempo con su familia. Se acuerda salir a caminar con su pareja 3 días a la semana, leer 2 veces a la semana antes de dormir durante al menos 20 minutos, y, los fines de semana, alternar entre

ir al cine, cazar y pasar tiempo con su pareja y familia. Las actividades pueden sustituirse unas por otras, pero siempre debe haber una planificación previa.

11 Objetivos:

- Revisión de los síntomas de ansiedad.
- Reducción de medicación.

Ha acudido a la cita médica que tenía prevista, el chequeo médico general es favorable y los síntomas de ansiedad son menos acusados que al inicio. Acuerdan una bajada de la medicación a Clonazepam 2,5 mg durante 2 semanas más para una reducción progresiva.

12 Objetivos:

- Prevención de recaídas.

Se introducen algunos elementos de prevención de recaídas, como la puesta de límites (decir “no”) de manera asertiva.

13-14 Objetivos:

- Prevención de recaídas.

Se trabaja la reestructuración cognitiva de los pensamientos disfuncionales. Se explica qué son y cómo desmontarlos, buscando alternativas a ellos y a las conductas asociadas. Este es uno de los ejemplos de autorregistro que trae:

Situación	Pensamiento	Emoción	Conducta	¿Podría hacer algo diferente?
Mis padres no me dejan el coche para ir a trabajar porque quieren tenerlo para ir a comprar o imprevistos.	“La relación con mis padres es muy mala y nunca va a cambiar”.	Rabia Enfado Tristeza Decepción	He gritado a mi padre y nos hemos enfadado. He pegado un golpe en la mesa y me he ido de casa.	Podría haberle explicado los motivos por los que el coche supone una necesidad para mí, y cómo me hace sentir la situación.

15 Objetivos:

- Reforzar la rutina saludable.
- Prevención de recaídas.

Se comprueba que se está adaptando bien a su nueva rutina, le gusta (planning semanal). Quiere agregar una nueva tarea: hacer la compra una vez por semana. Las primeras veces irá acompañado de sus padres para aprender. Se refuerza su actitud proactiva.

16 Objetivos:

- Refuerzo positivo.
- Trabajar la comunicación y asertividad en la pareja.

Sesión con su pareja para conocer su perspectiva acerca de los avances conseguidos. Refiere sentirse más tranquila porque le ve mejor, incluso físicamente, que ha engordado unos kilos. Señalan que salir a caminar juntos les está viniendo muy bien, pero todavía existen dificultades en la comunicación. Se trabaja la asertividad mediante role-playing.

17 Objetivos:

- Refuerzo positivo en la pareja.

Ejercicio: cada uno escribe una carta sobre aquello que le gusta del otro.

18 Objetivos:

- Reforzar la comunicación y la asertividad.

Se continúa trabajando la comunicación asertiva con el paciente de manera individual.

19 Objetivos:

- Exposición a situaciones de alto riesgo (SAR).
- Prevención de recaídas.

Exposición gradual a SAR. Se realiza un listado de 10 situaciones ordenadas de mayor a menor ansiedad (salir a un bar de fiesta, tener una comida familiar, ir a un concierto, pasar por un bar...) y se establecen pautas para ir enfrentándolas (ir acompañado de personas que conozcan su problema, trabajar en terapia las sensaciones...).

20 Objetivos:

- Aprender estrategias de relajación.
- Revisión de los síntomas de ansiedad.
- Reducción de la medicación.

Relajación muscular de Jacobson para enfrentarse a las SAR y a las distorsiones cognitivas que le causan malestar. Asistirá de nuevo al psiquiatra para ir reduciendo la medicación, puesto que se encuentra mejor anímicamente y refiere menos ansiedad.

21 Objetivos:

- Prevención de recaídas.

Comenta que su jefe le ha ascendido y subido el sueldo sustancialmente. Se trabaja la gestión del dinero y se hace psicoeducación sobre cómo afecta la toma de decisiones y la impulsividad a los gastos. También plantea la posibilidad de independizarse con su pareja próximamente, por lo que se pide que asista a la próxima cita.

22 Objetivos:

- Gestión del dinero.
- Control externo del dinero.

Se elabora un plan de ahorro en común para poder generar un colchón. Se acuerda que abrirán una cuenta común en el banco, y, dentro de ella, una cuenta de ahorros, así E.F. tiene supervisión externa, y se limita el acceso a dinero en efectivo, acordando un máximo de 30€ a la semana para gastos diarios (tabaco, gasolina, cenas...).

23 Objetivos:

- Valorar de manera conjunta el progreso.
- Evaluar objetivamente la evolución del paciente.

Llegado el ecuador del tratamiento, se reflexiona junto al paciente sobre los obstáculos superados y los avances alcanzados. Se vuelven a pasar las escalas MaCS, EI y BAI-II para conocer la variación de las diferentes variables estudiadas.

24 Objetivos:

- Gestión emocional y de los conflictos.

Comenta que la relación con sus padres sigue empeorando, ya que ambos beben diariamente y esto le incomoda, derivando en continuas discusiones. Refiere “estar llegando al límite”, a pesar de que ya detecta mejor las emociones y cómo influyen en su conducta. Se acuerda que asistan a la próxima cita.

25 Objetivos:

- Revisar y reforzar los logros.
- Gestión de los conflictos familiares.
- Mejorar la comunicación dentro del núcleo familiar.

Se refuerzan los avances. Se comentan los conflictos familiares, por ejemplo, la negativa a dejarle el coche para ir al trabajo y la poca comunicación que tienen en el día a día. Se acuerda que E.F. podrá disponer del coche todos los días, excepto cuando ellos tengan citas médicas y que todos harán un esfuerzo para comunicarse de manera menos agresiva y más continua (ejemplos a través de role-playing).

26 Objetivos:

- Gestión de las emociones.

Su padre le comunica que le diagnosticaron cáncer dos semanas atrás y no sabía cómo contárselo. Se muestra muy triste y afectado, refiere sentir culpabilidad por “haber perdido

el tiempo estos años atrás y haber estado tan distanciado de sus padres”. Se trabajan estas emociones y se refuerza el acercamiento que se está produciendo actualmente.

27 Objetivos:

- Reforzar los logros y la implicación de ambos miembros de la pareja.

Acude con su pareja para comentar que han abierto una cuenta común como se acordó. Están ilusionados con la idea de ahorrar e irse a vivir juntos.

28 Objetivos:

- Prevención de recaídas.

Comenta que consumió el miércoles porque se ha visto abrumado por las circunstancias: la enfermedad de su padre, el aumento de responsabilidad en el trabajo y tener más dinero. Utiliza el dinero semanal para comprar cocaína y lo consume solo en casa, inmediatamente se siente arrepentido. Lo oculta a su pareja por miedo, pero esta se da cuenta por el gasto. Se trabaja el sentimiento de fracaso y la culpabilidad. No obstante, afirma que quiere continuar el tratamiento y recuperarse.

29 Objetivos:

- Profundizar en los antecedentes del consumo.

Se identifica la necesidad de mejorar la gestión de las emociones desagradables: identificar tanto las emociones como los pensamientos relacionados. Se establece un plan de acción para los momentos en los que siente tristeza o enfado: salir a cazar, caminar, llamar a su pareja o a un amigo o escribir en un diario.

30 Objetivos:

- Prevención de recaídas.

Refiere sentirse más tranquilo que las semanas anteriores porque es la primera vez que ha conseguido frenar el consumo compulsivo y puede servirle para prevenir futuros consumos. Comenta que tiene una boda en dos semanas y no sabe si ir. Se acuerda trabajar prevención de recaídas y tomar una decisión. Se cita a su pareja para la próxima cita.

31 Objetivos:

- Prevención de recaídas.

Se evalúa el riesgo y si se siente preparado para asistir a la boda. Afirma seguir sintiendo culpabilidad, por lo que no existen deseos ni pensamientos de consumo. Como van a estar su pareja y sus padres, cree que va a ser más sencillo para él, por lo que toma la decisión de ir. Se trabajan las posibles situaciones de riesgo:

Riesgo	Protección
Me ofrecen alcohol.	No quedarme solo y rechazarlo diciendo que estoy tomando medicación.
Son muchas horas.	Acordar con mi pareja la hora de vuelta, máximo las 19:00.
Veo a todo el mundo bebiendo.	Ir únicamente a la ceremonia y la comida, no quedarse al momento de fiesta.

32 **Objetivos:**

- Refuerzo positivo.
- Prevención de recaídas.

Se trabaja cómo se ha sentido después de la boda, las sensaciones, pensamientos... Refiere que el rato de la comida no fue complicado ya que estuvo rodeado de su familia y amigos cercanos, pero el momento más complicado fue la despedida de la fiesta porque las personas estaban bebiendo y le ofrecieron. No obstante, está muy contento por haber superado la situación con éxito y porque se sintió arropado por su familia.

33 **Objetivos:**

- Prevención de recaídas.

Acude a sesión motivado por la situación de riesgo que afrontó en la boda y refiere que esto le ha dado mucha confianza en sí mismo. Se trabaja su autoconcepto, cómo se percibe a sí mismo a través de un ejercicio DAFO.

DEBILIDADES Me como la cabeza. Siempre me pongo en lo peor. Pienso que los demás son más importantes. Soy muy cabezota.	AMENAZAS Bares. Amigos consumidores. Tener una discusión en casa y no hablar.
FORTALEZAS Soy trabajador. Tengo una buena red social. Soy alegre. Soy muy resiliente.	OPORTUNIDADES Las nuevas actividades que hago. Tener el tiempo mejor organizado para hacer lo que me gusta. Ocuparme de mí y mi pareja.

34 Objetivos:

- Prevención de recaídas.

Se valoran los logros conseguidos y escribe una carta de despedida a su yo consumidor para cerrar la puerta a las drogas y recordarse los motivos por los que se encuentra mejor sin ellas. La lee en voz alta como acto simbólico. Se vuelven a pasar las escalas MaCS, EI y BAI-II para conocer el estado final de las variables estudiadas.

35 Objetivos:

- Reforzar los logros e implicación en el tratamiento.

Asiste con sus padres y pareja. Se comenta el pase a la fase de mantenimiento. Todos refuerzan su evolución, el acercamiento y la influencia en el bienestar familiar. Se acuerdan los límites que va a tener a partir de ahora: seguir limitando el acceso al dinero en efectivo, no tener la tarjeta de crédito y no asistir a fiestas o eventos sin su pareja. Se pacta tener sesiones mensuales durante 3 meses.

36-38 Objetivos:

- Mantenimiento.

Se celebran los logros y se revisan los avances y dificultades a las que se ha enfrentado. Se trabajan las dificultades de mantener la sobriedad a largo plazo y se pacta seguir trabajando la comunicación. En la última sesión, E.F. vuelve a dar las gracias por la intervención realizada y traslada el agradecimiento de su familia.

3. Resultados

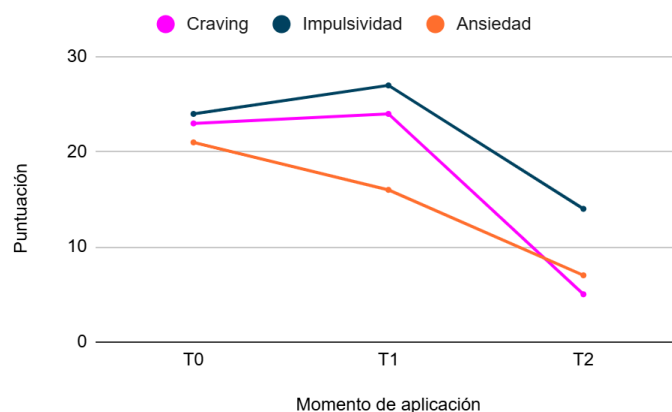
Se utilizaron unos instrumentos solamente al inicio (T0) para apoyar el diagnóstico de la enfermedad y otros también a la mitad y al final del tratamiento (T1 y T2), para medir objetivamente algunas variables relevantes para el caso (Tabla 7):

Tabla 7*Resultados de las escalas.*

Escala (Variable)	Rango	T0	T1	T2
EIDA (Alcohol)	0-90	37	-	-
Cssa (Cocaína)	0-126	64	-	-
CAST (Cannabis)	0-24	19	-	-
URICA (Disposición al cambio)		5,3	-	-
MaCS (Craving)	0-48	23	24	5
EI (Impulsividad)	0-45	24	27	14
BAI-II (Ansiedad)	0-63	21	16	7

Los instrumentos utilizados para el diagnóstico confirman la existencia de una adicción al alcohol (EIDA >37 sugiere dependencia grave), a la cocaína (Cssa >64, abstinencia severa) y al cannabis (CAST $\geq$ 4, consumo problemático) (Tabla 7).

Además, en la siguiente figura se muestra cómo ha oscilado el nivel de *craving* o deseo de consumo, la impulsividad y la ansiedad durante la intervención, medidos en 3 momentos diferentes:

Figura 3*Evolución del nivel de craving, impulsividad y ansiedad a lo largo de la intervención.*

Por un lado, se evidencia un nivel de craving patológico al inicio y a la mitad del proceso (23 y 24 puntos en la MaCS, respectivamente). Sin embargo, disminuye significativamente al final del tratamiento hasta los 5 puntos. Asimismo, en las escalas analógicas se demuestra que la frecuencia del deseo de consumo en la última semana desciende desde los 7 días (T0), a los 4 días (T1), a 1 día (T2).

Por otro lado, se observa una alta impulsividad en las dos primeras medidas (24 y 27 puntos, respectivamente), mientras que en la última se obtienen 14 puntos, lo que evidencia un nivel de impulsividad leve-moderado.

En cuanto a la ansiedad, se percibe un descenso lineal a lo largo de las 3 mediciones (21, 16 y 7 puntos, respectivamente).

En la escala URICA no existen puntos de corte universales, pero se suele utilizar la siguiente escala: DC <4, baja disposición al cambio; DC 4-8, disposición moderada; DC >8, alta disposición. Se consigue una puntuación de 5,3, lo que sugiere un nivel de disposición global al cambio moderado. Asimismo, las puntuaciones que se obtienen en cada estadio de cambio individualmente son las siguientes: precontemplación, 3,53; contemplación, 3,72; acción, 2,74; y mantenimiento, 2,37. La etapa con mayor puntaje es la de contemplación, lo que indica que el paciente reconoce el problema, pero existe cierta ambivalencia.

4. Discusión y conclusiones

El objetivo principal del presente trabajo consiste en describir el tratamiento aplicado al paciente E.F. que es diagnosticado de adicción al alcohol, a la cocaína y al cannabis, y evaluar su efectividad en función de la variación del nivel de ansiedad, craving e impulsividad a lo largo de la intervención.

En primer lugar, la relación entre la ansiedad y el consumo de sustancias se presenta de dos modos: por un lado, el uso continuado de una sustancia puede conducir a experimentar síntomas de ansiedad, y, por otro lado, la ansiedad puede cursar con un mayor consumo de

drogas, pero, en general, un consumo continuado suele conllevar la aparición de síntomas de ansiedad como malestar, irritabilidad o taquicardia (Becoña, 2005). Es importante añadir que el alcohol, la cocaína y el cannabis aumentan la probabilidad de aparición de dichos síntomas tanto por intoxicación como por abstinencia (Irurtia et al., 2009).

Dado que no se conoce el nivel basal de ansiedad del paciente previo al consumo de drogas, no se puede saber con certeza el tipo de relación. No obstante, como se entrenan técnicas cognitivo-conductuales para el manejo de la ansiedad, no es sorprendente evidenciar una reducción lineal de dicha sintomatología a lo largo del proceso. Además, adquiriendo herramientas de manejo de la ansiedad, se puede obtener una mayor sensación de control sobre esta, percibiendo una reducción subjetiva.

En segundo lugar, la variable impulsividad se trata de un rasgo que comprende una menor reflexividad, una rápida toma de decisiones y acción, y una incapacidad para inhibir un comportamiento. Las personas impulsivas y con tendencia a asumir riesgos son más propensas a consumir alcohol en etapas tempranas de la vida, y también a desarrollar adicción al alcohol y las drogas (Skóra et al., 2020).

Estos resultados son coherentes con el perfil del paciente, ya que se evidencia una alta impulsividad al inicio del tratamiento, que además va en consonancia con la descripción del paciente sobre sí mismo. También es esperable y un indicador de buen pronóstico que esta variable disminuya al final de la intervención, puesto que se entrenan varias técnicas dirigidas a ello. Además, según Skóra et al. (2020), si se actúa sobre el consumo de alcohol, la impulsividad también puede reducirse indirectamente.

Cabe destacar que, se observa un ligero ascenso en la segunda medición de la impulsividad, pocas semanas antes de la recaída. Por lo tanto, se hipotetiza que esta variable contribuye a la recaída, ya que, tal y como mencionan Lozano-Rojas et al. (2024), las personas impulsivas tienen más dificultades para mantener la abstinencia. Asimismo,

sugieren que un componente afectivo puede facilitar la recaída hasta 1 año después del inicio del tratamiento. Estos hallazgos también contribuyen a la comprensión de la recaída del paciente, ya que se produce en un momento de sufrimiento emocional. Esta información es útil para incluir en los programas de entrenamiento en regulación emocional para el mantenimiento de la abstinencia.

En tercer lugar, se estudia el “craving” o deseo de consumo, mostrando niveles patológicos tanto al inicio (T0) como en la segunda medición (T1), lo que sugiere una elevada vulnerabilidad a la recaída. Este resultado es coherente con la literatura que señala el craving como factor central en la adicción y un predictor de recaída temprana. El craving se asocia con más del doble de probabilidades de recaída, lo que respalda la importancia de monitorizarlo de manera continua durante la intervención (Kharb et al., 2018).

La combinación de un craving alto y un contexto de malestar emocional y elevada impulsividad podría haber actuado como detonante en la recaída, lo que refuerza la necesidad de intervenir sobre el manejo del deseo de consumo, especialmente en momentos críticos (Kharb et al., 2018).

Resulta especialmente relevante que en la última medición el nivel de craving desciende de forma significativa. Algunas investigaciones señalan que reducciones sostenidas del craving se asocian con una menor probabilidad de recaída a medio y largo plazo. Además, se ha demostrado que la disminución del craving supone un indicador favorable de recuperación (Lauvsnes et al., 2022), por lo que se puede hipotetizar un posible mantenimiento futuro de la abstinencia, especialmente por la combinación con mejoras en la impulsividad y ansiedad.

Por otro lado, cabe añadir que el consumo de drogas no puede entenderse únicamente desde la perspectiva individual, sino que debe contextualizarse: vivimos en una sociedad que ensalza el hedonismo, el consumismo y la gratificación inmediata, lo que conduce a algunas

personas, principalmente jóvenes, a recurrir a las sustancias para aliviar el malestar, llenar vacíos, afrontar frustraciones vitales (Becoña, 2005) o resolver problemas de identidad (Irurtia et al., 2009).

Sin embargo, los programas de prevención de drogas siguen siendo escasos o poco eficaces, y, cuando la prevención falla, el tratamiento se convierte en el principal recurso. Por lo tanto, desde la psicología es fundamental situar en el centro la reducción del sufrimiento, diseñando e implementando programas preventivos junto con tratamiento eficaces, para abordar un problema social de tanta relevancia (Becoña, 2005).

Por otro lado, las limitaciones de este trabajo son el hecho de tratarse de un estudio de caso único y la ausencia de grupo control. No obstante, el diseño longitudinal, la evaluación objetiva de variables clínicas y la descripción detallada del proceso terapéutico constituyen fortalezas relevantes, ya que permiten comprender con mayor profundidad los mecanismos de cambio implicados en el caso.

En conclusión, este trabajo pone de manifiesto la complejidad del policonsumo de alcohol, cannabis y cocaína, así como la importancia de un abordaje integral que combine estrategias motivacionales, cognitivo-conductuales y de prevención de recaídas. Los resultados muestran una reducción significativa del consumo, del craving y de la sintomatología asociada, junto con mejoras en el funcionamiento psicosocial, lo que sugiere que este tipo de intervención puede ser eficaz para pacientes con perfiles similares. Asimismo, se refuerza la necesidad de integrar estos tratamientos individuales en un marco más amplio de prevención y políticas públicas, que aborden los factores personales y contextuales implicados en las adicciones para favorecer un mejor pronóstico a largo plazo.

Referencias bibliográficas

- Alcázar-Córcoles, M. Á., Verdejo, A. J., & Bouso-Sáiz, J. C. (2015). Psychometric Properties of Plutchik's Impulsivity Scale in Juvenile Spanish-speaking Population. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 43(5), 161-169.
- Asociación Americana de Psiquiatría (APA). (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®), 5a Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría.
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996). *BDI-II. Beck Depression Inventory-Second Edition manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Becoña, E. (2005). Adicción a nuevas sustancias psicoactivas. *Psicología Conductual*, 13, 349-369.
- CARE Statement. (2013). *CARE checklist*. <https://www.care-statement.org/checklist>
- Casete, L. & Climent, B. (2008). COCAÍNA. Guías Clínicas SOCIDROGALCOHOL basadas en la EVIDENCIA CIENTÍFICA.
- Connor J. P., Stjepanović, D., Le Foll, B., Hoch, E., Budney, A.J., Hall, W. D. (2021). Cannabis use and cannabis use disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 7(1). doi: 10.1038/s41572-021-00247-4. PMID: 33627670; PMCID: PMC8655458.
- Cortés, M., Climent, B., Flórez, G., Torrens, M., Giménez, J. A., Espandian, A., Rossi, P., Espert, R. & Gadea, M. (2013). Consecuencias bio-psico-sociales derivadas del consumo agudo y crónico del alcohol. En Pascual, F., Guardia, J., Pereiro, C. & Bobes, J. (Coord.), *Alcoholismo. Guías Clínicas SOCIDROGALCOHOL basadas en la EVIDENCIA CIENTÍFICA*, 3ª edición (pp. 35-99).
- European Union Drugs Agency. (2025). *Cocaine – the current situation in Europe (European Drug Report 2025)*. EUDA.

https://www.euda.europa.eu/publications/european-drug-report/2025/cocaine_en#edr25-cocaine-figure-3.5

- Font-Mayolas, S., & Calvo, J. (2022). Patterns of polydrug use in the European context: A public health perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(20), 13542. <https://doi.org/10.3390/ijerph192013542>
- Gómez-Peña, M., Penelo, E., Granero, R., Fernández-Aranda, F., Álvarez-Moya, E., Santamaría, J. J., Moragas, L., Neus, M., Bueno, B., Gunnard, K., Menchón, J.M. & Jiménez-Murcia, S. (2011). Motivation to change and pathological gambling: Analysis of the relationship with clinical and psychopathological variables. *British Journal of Clinical Psychology*, 50, 196-210.
- Helander, A., Villén, T., & Signell, P. (2023). Urine drug tests indicate higher prevalence of combined alcohol and cocaine use compared to alcohol together with cannabis or amphetamine—a possible link to cocaethylene. *Alcohol and alcoholism*, 58(3), 274-279. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agad009>
- Hovmand, O. R., Reinholt, N., Christensen, A. B., Bach, B. & Arnfred, S. M. (2025). Screening for psychotherapy readiness with the University of Rhode Island Change Assessment Scale and the Readiness for Psychotherapy Index. *Frontiers in Psychology*, 16:1530713. doi: 10.3389/fpsyg.2025.1530713
- Kampman, K. M., Volpicelli, J. R., McGinnis, D. E., Alterman, A. I., Weinrieb, R. M., D'Angelo, L. & Epperson, L. E. (1998). Reliability and validity of the Cocaine Selective Severity Assessment. *Addictive Behaviors*, 23(4), 449-461.
- Kharb, R., Shekhawat, L. S., Beniwal, R. P., Bhatia, T., Deshpande, S. N. (2018). Relationship between Craving and Early Relapse in Alcohol Dependence: A

- Short-Term Follow-up Study. *Indian J Psychol Med.*, 40(4), 315-321. doi: 10.4103/IJPSYM.IJPSYM_558_17
- Irurtia, M^a J., Caballo, V. E. & Ovejero, A. (2009). TRASTORNO DE ANSIEDAD PROVOCADO POR SUSTANCIAS PSICOACTIVAS. *Behavioral Psychology*, 17(1), 155-168.
- Jacobson, E. (1929). *Progressive relaxation*. University of Chicago Press.
- Klempova, D., Sánchez, A., Vicente, J., Barrio, G., Domingo, A., Suelves, J. M., Llorens, N., Prieto, L., Brime, B., & Ramírez, V. (2009). *Consumo problemático de cannabis en estudiantes españoles de 14-18 años: Validación de escalas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Lauvsnes, A. D. F., Gråwe, R.W. & Langaas, M. (2022). Predicting Relapse in Substance Use: Prospective Modeling Based on Intensive Longitudinal Data on Mental Health, Cognition, and Craving. *Brain Sciences*, 12(7), 957. doi: 10.3390/brainsci12070957
- Legleye, S., Karila, L., Beck, F. & Reynaud, M. (2007). Validation of the CAST, a general population Cannabis Abuse Screening Test. *Journal of Substance Use*, 12, 233–242. doi:10.1080/14659890701476532.
- Lozano-Rojas, Ó. M., Gómez-Bujedo, J., Pérez-Moreno, P. J., Lorca-Marín, J. A., del Valle Vera, B., & Moraleda-Barreno, E. (2024). Impulsivity predicts relapse—but not dropout—in outpatients with SUD: A longitudinal study. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 22(5), 2874–2892. <https://doi.org/10.1007/s11469-023-01024-y>
- Magill, M., Ray, L., Kiluk, B., Hoadley, A., Bernstein, M., Tonigan, J. S., & Carroll, K. (2019). A Meta-Analysis of Cognitive-Behavioral Therapy for Alcohol or Other Drug

- Use Disorders: Treatment Efficacy by Contrast Condition. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. <http://dx.doi.org/10.1037/ccp0000447>
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Guilford Press.
- McConaughy, E. A., Prochaska, J.O. Velicer., W.F. (1983). Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles: Psychotherapy: Theory, Research and Practice, Stages of change profiles in alcoholism treatment. *Journal of Substance Abuse*, 2, 217-235.
- Nakovics, H., Diehl, A., Croissant, B., & Mann, K. (2008). Development and validation of the Mannheimer Craving Scale (MaCS) for the assessment of substance-related craving. *Psychology of Addictive Behaviors*, 22(2), 1–9.
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA). Informe 2024. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2024. 294 p.
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA). (2025). Informe 2025. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 229 p.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT). (2021). *Polydrug Use: Health and Social Responses*, 1st ed.; Publications Office of the European Union Drugs Agency.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2024, 28 de junio). *Alcohol* [Hoja informativa]. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>

- Pastor, R., Llopis, J. J., & Baquero, D. A. (2003). Interacciones y consecuencias del consumo combinado de alcohol y cocaína: una actualización sobre el cocaetileno. *Adicciones*, 15(2), 159-164.
- Plutchik, R. & van Praag, H. M. (1989). The measurement of suicidality, aggressivity and impulsivity. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 13(Suppl 1), S23-S34.
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1984). The transtheoretical approach: Crossing the traditional boundaries of therapy. Homewood, IL: Dow-Jones/Irwin.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (2005). "The transtheoretical approach" en J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (2nd ed., pp. 147–171). Oxford University Press.
- Rubio, G., Urosa, B. & Santo Domingo, J., (1998). Validación de la escala de la intensidad de la dependencia al alcohol (EIDA). *Psiquiatría Biológica*; 5(supl.1): 44-47.
- Schwartz, E. K. C., Wolkowicz, N. R., De Aquino, J. P., MacLean, R. R., Sofuoglu, M. (2022). Cocaine Use Disorder (CUD): Current Clinical Perspectives. *Substance Abuse and Rehabilitation*, 13, 25-46. doi: 10.2147/SAR.S337338.
- Secades, R., y Fernández, J. R. (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: alcohol, cocaína y heroína*. En Pérez, M., Fernández, J. R y Amigo, I. (eds.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I*.
- Skóra, M. N., Pattij, T., Beroun, A., Kogias, G., Mielenz, D., de Vries, T., Radwanska, K., & Müller, C. P. (2020). Personality driven alcohol and drug abuse: New mechanisms revealed. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 116, 64–73.
<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2020.06.023>

Tejero, A., Trujols, J., & Gil, L. (2003). Evaluación del síndrome de abstinencia de cocaína.

En A. Tejero & J. Trujols (Eds.), *Instrumentos clínicos para la evaluación de la dependencia de cocaína* (pp. 13-22). Barcelona: Ars Medica/Psiquiatría Editores.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). (2018). Terminología e información sobre drogas. Tercera edición. *Cannabis*.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). (2024, 26 de junio).

PRESS RELEASE. UNODC World Drug Report 2024: Harms of world drug problem continue to mount amid expansions in drug use and markets. [Comunicado de prensa].

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). (2025, 26 de junio).

PRESS RELEASE. UNODC World Drug Report 2025: Global instability compounding social, economic and security costs of the world drug problem. [Comunicado de prensa].

Zarco, J. (2016). *Documento de consenso sobre la deshabituación alcohólica*. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria.