

PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN MULTICOMPONENTE PARA PACIENTES ADULTOS CON UN PROBLEMA DE DEPENDENCIA A LA COCAINA

D^a Noelia Perez Garcia¹

RESUMEN

Múltiples investigaciones apuntan que la prevalencia del consumo de cocaína, así como su abuso y su dependencia se han incrementado durante los últimos años; teniendo en cuenta las devastadoras consecuencias sanitarias, sociales y personales de este tipo de problemática, el control del consumo de cocaína se ha convertido en una prioridad para los agentes sanitarios tanto a nivel nacional como internacional. Habida cuenta de su importancia, en este trabajo se realiza un recorrido por el abuso de esta sustancia en todas sus vertientes y consecuentes, así como de las principales propuestas terapéuticas para su abordaje y sus limitaciones. A partir de ello se plantea un programa de intervención cuyo objetivo es paliar las consecuencias con las que se enfrentan estas personas debido a su consumo y a la hora de abandonarlo y mantener su abstinencia a largo plazo. Este programa se aborda a través de cuatro fases en las cuales se proponen diversos componentes individuales y grupales, aunando diferentes técnicas y orientaciones terapéuticas en un intento por incrementar los beneficios de los programas existentes e intentar abordar sus limitaciones. Por último, se hipotetizan los posibles resultados de su aplicación mediante un diseño de investigación de grupo control.

Palabras clave: cocaína; uso, abuso y dependencia; prevalencia; evaluación y diagnóstico; intervención clínica; propuesta de protocolo de intervención.

ABSTRACT

Multiple investigations indicate that the prevalence of cocaine use, as well as its abuse and its dependence have increased during the last years; taking into account the devastating health, social and personal consequences of this type of problem, the control of cocaine consumption has become a priority for health agents both nationally and internationally. Given its importance, in this work a review is made of the abuse of this substance in all its aspects and consequents, as well as the main therapeutic proposals for its approach and its limitations. Based on this review, an intervention program is proposed whose objectives are to alleviate the consequences that these people face due to

¹ Contacto: NoeliaPerez.G@hotmail.com
Terapeuta Proyecto Hombre Valladolid

their consumption as well as when they leave it and maintain their long-term abstinence. This program is addressed through four phases in which various individual and group components are proposed, combining different techniques and therapeutic guidelines in an attempt to increase the benefits of existing programs and to address their limitations. Finally, the possible results of its application are hypothesized through a control group research design.

Keywords: cocaine; use, abuse and dependence; prevalence; evaluation and diagnosis; clinical intervention; proposal of intervention protocol.

1. MARCO TEÓRICO:

1.1. INTRODUCCIÓN

Aunque desde hace ya años el tema de las drogodependencias suscita el interés de multitud de investigadores, profesionales e instituciones que buscan, no solo paliar sus efectos más negativos, sino también conseguir la recuperación de aquellas personas aquejadas de este trastorno y prevenir futuros casos, lo cierto es que en la actualidad los datos de prevalencia asociados a esta patología siguen siendo muy preocupantes.

A este respecto y desde mi experiencia clínica con esta temática a través de las prácticas, resulta importante destacar varios aspectos que pueden resultar interesantes:

1. La mayor parte de los pacientes que el centro acogía en ese momento tenían una adicción a la cocaína como droga principal de abuso y en los escasísimos casos en que no era así, ésta estaba presente entre las drogas que consumían o habían consumido alguna vez a lo largo de su trayectoria vital.
2. Un porcentaje cercano al 100% de ellos eran hombres y este porcentaje apenas varió durante prácticamente los 5 meses que duró mi andadura en el centro.
3. La gran mayoría de ellos se encontraban entre los 27 y los 45 años.

Lo cierto es que en la actualidad la dependencia asociada de manera específica a la cocaína es una patología cada vez más prevalente en España, como indican los alarmantes datos de instituciones tales como el Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT, 2016). Además, esta dependencia presenta graves consecuencias en todos los niveles de funcionamiento del ser humano (biológico, psicológico y social), generando en muchas ocasiones grandes dificultades para que estas personas lleven a cabo un proyecto de vida saludable e incluso deseado por ellas mismas.

A pesar de que hoy día contamos con numerosas teorías y tratamientos que intentan dar una explicación y solución a esta conducta, la cifra de pacientes con problemas con esta sustancia sigue siendo alarmante, llegando incluso, como indican autores como Cernuda-López (2006), a ser la

segunda droga ilegal en España en cuanto a problemas generados en sus consumidores, motivo por el cual y desde el cual será abordado el siguiente trabajo.

1.2. CONTEXTUALIZACIÓN DEL USO DE DROGAS

Tal como indica Pedrero-Pérez (2002), el consumo de sustancias ha supuesto una práctica habitual en nuestra especie desde que ésta hizo su aparición, habiendo sido empleadas con todo tipo de fines, desde religiosos, hasta rituales, curativos, etc. Sólo en los últimos siglos y en especial en la última mitad del Siglo XX, este consumo se ha generalizado hasta configurar lo que muchos considerarían una epidemia (Pedrero-Pérez, 2002).

En particular, la cocaína no irrumpe en nuestra civilización hasta bien avanzado el Siglo XIX, perdiendo sus anteriores modos de uso, más ligados a la masticación directa de la hoja de la planta, para pasar a estar elaborada en un laboratorio de manera que incrementaba su poder de concentración alcaloide (Cañuelo-Higuera y García-García, 2002). En concreto, sus comienzos en nuestra sociedad se pueden situar en el año 1860, según indican la mayoría de autores, cuando Niemann aisló el alcaloide principal de la coca, es decir, la cocaína, y ésta comenzó a ser distribuida como una cura para aspectos tales como nervios y tristeza, como un anestésico, un tensor de cuerdas vocales y como un medio para otorgar a las mujeres vitalidad y hermosura (Pascual-Pastor, 2001).

Veinte años después, en 1880, Freud comienza a ensayar con esta sustancia para tratar la neurastenia y publica su libro “*Über Coca*”, donde la valora de manera positiva como tratamiento para la depresión, el nerviosismo, los trastornos digestivos, el asma e incluso las adicciones a la morfina y el alcohol. Con el paso del tiempo y debido principalmente a la experiencia de un colega suyo que, siendo tratado para el dolor con inyecciones subcutáneas de esta sustancia, acaba desarrollando paranoia, delirios y pérdida del autocontrol, acaba admitiendo que ésta tiene efectos negativos para la salud (Freud, 1980).

Por otro lado, la cocaína fue empleada en diversos formatos como la bebida Vin Mariani, compuesta por vino y hojas de coca, embotellada y vendida por el químico Angelo Mariani (Pérez-Prior *et al.*, 2006), la CocaCola, de la cual esta sustancia formaba parte hasta que se sustituyó por cafeína en 1909 (Pascual-Pastor, 2001) y diversas pastillas y jarabes vendidos en farmacias y droguerías al acceso de todo el mundo (Herrero-Álvarez, 2001). Incluso se llegó a usar como anestésico local en oftalmología y otorrinolaringología hasta descubrir sustitutos más seguros (González-Moreno, 2006), manejables y con menos efectos secundarios (Lizasoain, Moro y Lorenzo, 2002).

Con el tiempo, se comenzó a observar como su consumo diario producía ciertos efectos negativos como alteraciones del sueño y pérdida del apetito y que si una persona no consumía podía entrar en estado de desesperación, de modo que se terminó estableciendo una asociación entre su consumo y estos efectos (Del Bosque *et al.*, 2014). Se comenzaron a publicar entonces artículos sobre su

toxicidad y adicción que acabaron provocando que fuese declarada ilegal (Roig-Llavería *et al.*, 2000). A pesar de ello, en España no es hasta 1912 cuando el gobierno suscribe el “Convenio Internacional de La Haya sobre la restricción en el empleo y tráfico de opio, morfina y sus sales” cuando se comienza a restringir su uso a aspectos medicinales (Ovejero-Bernal, 2007), no siendo hasta 1944 cuando se declara ilegal su venta, tráfico y consumo (Herrero-Álvarez, 2001).

Desde estos primeros momentos hasta la actualidad ha habido un largo recorrido que, como indica Martín-González (2000), se “inicia” alrededor de los años 70, cuando comienzan a expandirse de manera masiva las drogas ilegales en España y en especial la heroína, principalmente, como indica Matellanes-Matellanes (2000), entre jóvenes y capas sociales desfavorecidas, generando un alto grado de exclusión en sus consumidores. Tras esto y en respuesta a la demanda asistencial generada, se aprueba el Plan Nacional sobre Drogas en 1985, estableciendo planes, centros y dotaciones presupuestarias dedicadas a la atención de esta problemática (Martín-González, 2000). Debido a estos esfuerzos, en la década de los 90 el consumo de heroína se estabiliza y desciende, adquiriendo gran relevancia el consumo de otras drogas como la cocaína (Martín-González, 2000).

1.3.EPIDEMIOLOGÍA DEL CONSUMO DE COCAÍNA

En la actualidad, las drogodependencias suponen uno de los principales problemas que sacuden nuestra sociedad y repercuten en todos los países del globo, más y menos desarrollados, así como en todos los grupos y niveles sociales (Martín-González, 2000), siendo desde la década de los 80 uno de los principales problemas sociosanitarios del mundo occidental (Rial-Boubeta, Torrado-Pérez, Braña-Tobío y Varela-Mallou, 2010).

En cuanto al consumo de cocaína, en Europa ésta es la segunda droga ilegal más consumida, tan solo por detrás del cannabis, con cifras que rondan los 11,9 millones de europeos consumidores de esta sustancia, indicando las encuestas unos 3,6 millones de los mismos con edades comprendidas entre los 15 y 64 años que la han consumido en el último año (un 1,1 % de la población de esta edad), 17,1 millones que lo han hecho alguna vez a lo largo de su vida (5,1% de esta población) y 2,4 millones de adultos jóvenes consumidores entre los 15 y los 34 años (1,9% de este grupo de edad), según datos del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA, 2016).

En el caso de España, desde la última década se aprecian nuevas pautas de consumo, observándose una sustitución de la heroína por el consumo de cocaína (Hernández y Solano, 2007). En 2013 en España se cifró el consumo de dicha sustancia en un 10,3% de la población de entre 15 y 64 años y en un 3,3% entre los 15 y los 34 (EMCDDA, 2016), estimándose que al menos 92406 personas de 15 a 64 años (el 0,3% de la población entre estas edades y el 13% de aquellos que han consumido en el último año) tiene un consumo problemático o de riesgo, como indican datos del OEDT (2016). En cuanto a la edad media de inicio en el consumo, ésta se sitúa en torno a los 21 años (OEDT, 2016).

Además, en los últimos 20 años la cocaína ha pasado a ser una droga omnipresente en nuestro país, expandiéndose en los distintos estratos sociales e iniciándose en su consumo un grupo de población de mayor edad, que la usa para contrarrestar los efectos depresores de otras sustancias o por sus efectos estimulantes, que les permiten disfrutar de un estado de vigilia, diversión y actividad más amplios (Cañuelo-Higuera y García-García, 2002). El consumo problemático de esta sustancia ya no se ciñe a sectores marginales de la población (Pedrero-Pérez, Rojo-Mota y Puerta-García, 2009), sino que se ha ampliado incluyendo a personas completamente integradas en la sociedad (EMCDDA, 2016).

Todo ello puede haberse visto influido por varios factores: la imagen que tiene la cocaína de cierto nivel social y recreativo, en especial cuando la vía de administración es la esnifada (Cañuelo-Higuera y García-García, 2002), un incremento de su disponibilidad y unos menores costes de adquisición (Bobes, Sáiz, González y Bascarán, 2001), una motivación asociada al ocio y centrada en la búsqueda de sensaciones y facilitación de las relaciones sociales (Cañuelo-Higuera y García-García, 2002), una casi nula criminalización de su consumo desde un punto de vista social (Cañuelo-Higuera y García-García, 2002) y una cierta disminución de la percepción del riesgo del mismo (OEDT, 2016).

Esto está generando graves problemas a nivel psiquiátrico, neurológico y multiorgánico (De la Fuente y Barrio, 1996), provocando que las urgencias hospitalarias, demandas asistenciales y las defunciones motivadas por el consumo de cocaína se hayan incrementado en gran medida (Cañuelo-Higuera y García-García, 2002), superando en la actualidad a las producidas por el consumo de heroína (Pedrero-Pérez y Puerta-García, 2001). En el año 2013, aquellos consumidores que iniciaban tratamiento por dependencia a la cocaína representaban un 38,2% del total (19848), de los cuales aquellos que lo iniciaban por primera vez suponían el 38% (10734) y los tratados previamente un 38,6% (8726) (EMCDDA, 2016), siendo en 2014 la droga ilegal que causó un mayor número de admisiones a tratamiento (17864) (OEDT, 2016). Así mismo, en 2014 la cocaína representó a nivel europeo un 17% de las urgencias hospitalarias atendidas, concentrándose en España, Reino Unido e Italia el 74% de todos los pacientes que iniciaban tratamiento relacionado con esta sustancia (en este año, 60000 pacientes iniciaron tratamiento especializado y 27000 pacientes nuevos citaron como su droga principal de consumo la cocaína) (EMCDDA, 2016). A nivel nacional, este mismo año fue la sustancia relacionada con el mayor número de episodios de urgencias vinculadas al consumo de drogas, estando presente en más del 43% de las mismas y en el 52% de las defunciones por reacción aguda tras un consumo de drogas (OEDT, 2016).

En el momento actual, la cocaína se considera la droga ilegal responsable de más muertes en España (González-Llona, Tumuluru, González-Torres y Gaviria, 2015).

1.4. DESCRIPCIÓN DE LA COCAÍNA

La cocaína o benzoilmetilecgonina es un éster alcaloide que se obtiene de las hojas del *Erithroxylon Coca*, arbusto originario de América del Sur (Pascual-Pastor, 2001). Las hojas de esta planta apenas contienen más de un 2% de cocaína (González-Moreno, 2006), pero su elaboración permite un incremento de su poder alcaloide cuando está lista para ser consumida. Esta sustancia se puede presentar de varios modos:

- Hoja de coca: presentación poco habitual con una absorción variable dependiente del contenido de las hojas, de la preparación y de la presencia o no de sustancias alcalinas en la boca de quien la masca (Lizasoain *et al.*, 2002).
- Pasta de coca, sulfato de cocaína, pasta base o pastel: producto no refinado o bruto que se obtiene del primer proceso de extracción de las hojas de la coca a través de su maceración con productos químicos. Se fuma y sirve a su vez como base para la elaboración del clorhidrato de cocaína (Lizasoain *et al.*, 2002).
- Clorhidrato de cocaína: sal de la cocaína formada con ácido clorhídrico y presentada en forma de cristales escamosos blancos que se administran vía intranasal o intravenosa (Lizasoain *et al.*, 2002).
- Cocaína base: se obtiene de la mezcla de clorhidrato de cocaína con una solución básica (amoníaco, hidróxido de sodio o bicarbonato sódico), filtrando más tarde el precipitado o disolviéndolo en éter y dejando que se evapore. Puede consumirse de dos formas: inhalando los vapores de base libre extraída del clorhidrato a través de solventes volátiles (éter); o en forma de crack, obtenido añadiendo amoníaco a una solución acuosa de clorhidrato de cocaína en presencia de bicarbonato sódico, siendo la base libre precipitada en forma de pasta triturada en escamas e inhalada en recipientes calentados, o fumado pulverizado y mezclado con otras sustancias como tabaco, marihuana, y fenciclidina. El crack produce efectos inmediatos y muy intensos pero fugaces y su bajada es tan insufrible que entraña un uso compulsivo y muy frecuente, produciendo una dependencia psicológica tal que resulta casi imposible de abandonar tras haberlo probado varias veces (Lizasoain *et al.*, 2002).
- Vía tópica: es usada por su carácter anestésico, con poca frecuencia y muchas veces con un cariz ritual (Cañuelo-Higuera y García-García, 2002).

Su forma de consumo va a condicionar su farmacocinética, actividad farmacológica, toxicidad y grado de adicción (Lizasoain *et al.*, 2002).

Por un lado, el inicio de sus efectos psicoactivos se produce entre 5 segundos y 30 minutos después de su consumo y permanecen de 5 a 90 minutos activos; la vía intravenosa y la fumada son las que

tienen un inicio más rápido y una duración más corta de los efectos, por lo que es necesaria una administración más frecuente (Ambrosio-Flores, 2008).

La cantidad de cocaína que es absorbida a nivel sistémico, por su parte, es mucho más rápida en el consumo fumado o intravenoso, produciéndose el pico plasmático con una variabilidad individual que va entre los 30 y los 120 minutos. Su biodisponibilidad se va a manifestar con unas concentraciones más elevadas en administraciones nasales u orales; aunque los efectos son mucho más intensos y precoces al fumarla, la cantidad absorbida es menor y las concentraciones en plasma también (Lizasoain *et al.*, 2002).

Así mismo, esta droga se distribuye de manera amplia por el organismo y se metaboliza velozmente (Burgos-Moreno, 2015). Es rápidamente destruida por el hígado (Morcillo-García, 2015) y eliminada principalmente a través de la orina, excretándose de modo inalterado en porcentajes que van entre un 1 y un 5% (Burgos-Moreno, 2015). A pesar de que su eliminación es muy rápida, puede detectarse en la orina hasta 3 y 4 días después del consumo, variando en gran medida los límites de detección en función, tanto de la vía de administración, como de su dosis (Burgos-Moreno, 2015).

1.5. VÍAS Y FORMAS DE CONSUMO

Existen numerosas vías de consumo de esta sustancia y dentro de las mismas, como se indica en los datos de 2014 del EMCDDA (2016), la más habitual es la intranasal (66%), seguida de la fumada (24%), la parenteral (7%) y la oral (2%). Las formas de consumo más comunes son el clorhidrato de cocaína y el crack (Burgos-Moreno, 2015).

Además de esto, se pueden diferenciar en su uso cinco patrones (Cañuelo-Higuera y García-García, 2002) que se podrían considerar los más comunes en el momento actual:

- Consumo circunstancial: personas que no suelen consumir drogas, a excepción de alcohol, pero en algún momento realizan un consumo de cocaína, que puede no volver a producirse o ritualizarse y volverse a dar en situaciones semejantes.
- Laboral: personas que buscan eliminar su timidez e inhibiciones de carácter y/o requieren de un constante estado de vigilia y agresividad en su trabajo. Por lo general el consumo se produce por la tarde, cuando es mayor el cansancio, pero con el tiempo es frecuente la evolución a un consumo también matutino.
- De fin de semana: se caracterizan por tener una ceremonia social concreta en la que normalmente mezclan alcohol y estimulantes.
- Situacional: consumidores relacionados con la cocaína por razones comerciales, generalmente los distribuidores de la misma.

- Compulsivo: tienen con frecuencia un trastorno del control de los impulsos que los lleva a un consumo continuado. Pueden llegar a tomar grandes cantidades de cocaína, llegando a ser el consumo su único objetivo en la vida.

Dentro de la administración de cocaína puede haber un periodo más o menos largo en el que la persona tenga una cierta sensación de normalidad social y de control que provoca que no sienta alarma, pero este consumo puede ir incrementándose progresivamente, tanto en frecuencia como en cantidad (Cañuelo-Higuera y García-García, 2002) y acabar transformándose en un problema de graves consecuencias.

1.6. MECANISMOS DE ACCIÓN

Tras el consumo de cocaína, en el transcurso de los siguientes segundos o minutos y con una alta probabilidad se van a producir los efectos de recompensa, bien por el placer obtenido o por el alivio del malestar físico y/o afectivo (Cano-Cervantes, Araque-Serrano y Ortiz, 2011). La base de estos mecanismos de acción como droga generadora de dependencia son sus efectos sobre la neurotransmisión (Lizasoain *et al.*, 2002), ya que esta sustancia va a actuar incrementando los niveles de Noradrenalina, de Dopamina y en menor medida, los de Serotonina (Haile, Mahoney, Newton y De La Garza, 2012).

El neurotransmisor Dopamina media en la euforia producida por la cocaína y parece el principal implicado en los mecanismos de adicción de la misma por la estrecha relación que tiene con el sistema de recompensa cerebral (el consumo repetido de esta sustancia produce cambios en su disponibilidad, disminuye su síntesis y con ello sus niveles endógenos, su liberación y se reduce la disponibilidad de los receptores D2 y D3) (Haile *et al.*, 2012). Tanto esta sustancia como otros reforzadores como la bebida, el sexo o la comida estimulan la liberación de Dopamina causando ese efecto euforizante y reforzante del comportamiento, pero en el caso de las recompensas naturales hay una rápida habituación, cosa que no sucede con la cocaína, que estimula la liberación de Dopamina con cada uno de sus consumos (Camí y Farré, 2003). Esta liberación, además, es de 3 a 5 veces mayor en comparación con la de los reforzadores naturales, al menos en estados agudos de administración de la sustancia (Bowirrat y Oscar-Berman, 2005). El exceso de Noradrenalina por su parte es el causante de la mayoría de efectos físicos y complicaciones agudas (González-Llona *et al.*, 2015) debido, principalmente, a sus efectos sobre el sistema simpático y a la vasoconstricción consecuente (Rodríguez-Jiménez, 2006).

A pesar de que su acción principal es ejercida sobre las dos vías mencionadas anteriormente, la cocaína también va a inhibir la recaptación de Serotonina y actuar sobre los sistemas GABA y endocannabinoide, los cuales se han visto implicados en los efectos adictógenos de la misma (Shalev, Grimm y Shaham, 2002).

1.7. FACTORES DE PROTECCIÓN Y RIESGO

Aunque autores de diversas orientaciones han llegado al acuerdo de que no hay un factor único que pueda considerarse responsable de la aparición de una drogodependencia (Garrido-Fernández, Torrado-Val y Marcos-Sierra, 2010), existen ciertos factores de protección y riesgo en su desarrollo y posterior mantenimiento (Valero-Aguayo, Ortiz-Tallo, Parra-García y Jiménez-Guerra, 2013). Algunos de los más importantes son los siguientes:

1.7.1. Rasgos de personalidad

Aunque no existe una “personalidad drogodependiente” como tal, como indica Cattán (2005), existen una serie de rasgos que hacen a unas personas más vulnerables que otras para iniciarse y generar un consumo abusivo de sustancias. Entre ellos podemos encontrar inconformismo, baja motivación académica, tendencias antisociales tempranas, baja autoestima (Cattán, 2005), baja percepción del riesgo, curiosidad por probar cosas nuevas, estrategias de afrontamiento de baja calidad, baja resiliencia, alto nivel de estrés y dificultades para manejarlo, baja inteligencia y regulación emocional, inadaptabilidad (García del Castillo, 2015), locus de control externo (Ersche, Turton, Croudace y Stochl, 2012), evitación de los conflictos (Corbin, Farmer y Noeln-Hoekesma, 2013), impulsividad (Verdejo-García, Lawrence y Clark, 2008), actitud pasiva, problemas con la búsqueda de identidad, alto nivel de depresión o ansiedad, sentimientos de alienación, trastornos de conducta, rebeldía, desconfianza, agresividad, inmadurez, egocentrismo, baja capacidad de análisis y abstracción (Herrero-Yuste, 2001) y un bajo nivel de autocontrol (Martínez-González, Albein-Urios, Lozano-Rojas y Verdejo-García, 2015).

Dentro de esta gran diversidad, la literatura suele destacar la autoeficacia, que va a favorecer la participación activa del paciente en el tratamiento, un afrontamiento adecuado, esfuerzo y persistencia (López-Torrecillas, Salvador, Ramírez y Verdejo, 2002), así como la superación de su drogodependencia y su evolución posterior (Martínez-González *et al.*, 2015). Unas expectativas de resultados negativas van a incrementar el deseo de consumo y la decisión de ceder ante éste (Martínez-González y Verdejo-García, 2012).

1.7.2. Presencia de estrés psicosocial

Es un elemento clave en algunos pacientes (Pedrero-Pérez, 2008), posicionándose como un factor de riesgo para el inicio del consumo (González-Menéndez, Fernández-Hermida y Secades-Villa, 2004), para su repetición por los conflictos provocados por éste (Sutherland y Shepherd, 2001) y/o para su cronificación como un medio para huir de los mismos (Calafat *et al.*, 2000). El factor más relevante es cómo se afronta dicho estrés (Pedrero-Pérez, Rojo-Mota y Puerta-García, 2008) y en este sentido estos pacientes suelen presentar preferencia por un estilo de afrontamiento emocional, relacionándose su consumo con un intento de escape de la situación o del malestar que les genera

(Pedrero-Pérez *et al.*, 2008; Fernández-Sastrón, Fibla-Amselem y Graña-Gómez, 2000). Aquellos que creen que las drogas serán útiles para manejar este estrés, aunque no sea así, tendrán más probabilidades de llegar a ser drogodependientes (Wills, Sandy y Shinar, 1999).

1.7.3. Factores cognitivos

Existen ciertas situaciones internas que suponen un alto riesgo para el consumo (Lorea-Conde, Tirapu-Ustarroz, Landa y López-Goñi, 2005); creencias tales como la de necesidad de la sustancia para mantener el equilibrio psicológico y emocional, la expectativa de que ésta mejorará su funcionamiento intelectual y/o social, que les dará más energía, que calmará su dolor, aburrimiento, ansiedad, tensión y depresión o que va a neutralizar su angustia (Martínez-González y Verdejo-García, 2011) estarían entre ellas.

Así mismo, hay que tener en cuenta que estas personas, por lo general, mantienen estrategias cognitivas en las cuales predomina una sensación de incapacidad para mantenerse abstinentes y que, en algunos casos, ese consumo puede ser considerado una estrategia de afrontamiento, ya que las drogas provocan efectos a nivel fisiológico y cognitivo contrarios a los de los acontecimientos estresantes, reduciendo la ansiedad a corto plazo, aunque promoviendo la falta de confianza y la ausencia de aprendizaje de nuevas estrategias (López-Torrecillas, Bulas, Ramírez y Verdejo, 2001).

1.7.4. Factores familiares y sociales

Este factor puede actuar como un elemento protector, como un obstáculo para su rehabilitación y reinserción (González-López, 2014) e incluso como un facilitador de la aparición y mantenimiento de estas patologías (Gómez-Sanabria, Gala-León, Lupiani-Giménez y Guillén-Gestoso, 2000), existiendo evidencias de que, en general, estos pacientes han vivido en contextos familiares problemáticos (Tortajada-Navarro, 2010).

Factores como un bajo nivel de satisfacción y comunicación, el nivel de estrés, los recursos relacionales de la familia (Iraurgi-Castillo, Sanz-Vázquez y Martínez-Pampliega, 2004), la falta de control y de apoyo parental, la desorganización familiar y los patrones educativos rígidos pero inconsistentes, generan vulnerabilidad a esta problemática (Fernández-Sastrón *et al.*, 2000). La presencia de conflictos en la familia puede facilitar la recaída, actuando como un estresor ambiental (Lorea-Conde *et al.*, 2005). Por otro lado, una familia sobreimplicada puede dificultar su entrenamiento en resistencia a la frustración y en competencias sociales, provocando que vivan en un constante “rescate” de las consecuencias negativas de su consumo y que sólo reciban refuerzos por la abstinencia y no consecuencias por el comportamiento contrario (Gómez-Sanabria *et al.*, 2000).

Por último, las relaciones sociales con otros consumidores o frecuentar entornos en los que se llevan a cabo estas actividades supone un factor de riesgo, tanto en el inicio como en su mantenimiento (Lorea-Conde *et al.*, 2005), que conviene controlar.

1.7.5. Sucesos traumáticos

Sucesos tales como la vivencia de abuso sexual en la infancia (Moreno *et al.*, 1998; Simmons *et al.*, 1998), así como de abuso físico (Ouimette, Kimerling, Shaw y Moos, 2000) se han demostrado facilitadores de una futura drogodependencia en algunas personas.

1.7.6. Uso del tiempo libre

Es habitual en drogodependientes la carencia de recursos para el empleo del tiempo libre y/o que todas aquellas actividades que llevan a cabo estén ligadas a su consumo (Pedrero-Pérez y Puerta-García, 2001), aspectos ambos que pueden convertirse en un riesgo tanto para el inicio de una toxicomanía, como para su mantenimiento y recaída.

1.7.7. Otros factores

Una vez iniciada la intervención, las tasas de cumplimiento son primordiales (Romero *et al.*, 2012); el hecho de permanecer en tratamiento durante cierto tiempo constituye uno de los mejores predictores de buenos resultados y adecuada evolución a medio y largo plazo (Sánchez-Hervás, *et al.*, 2010). A pesar de ello, las tasas de abandono en los tratamientos por drogas son muy altas (Garrido-Fernández *et al.*, 2010), llegando en torno al 50% (Dutra *et al.*, 2008). En los tratamientos por adicción a la cocaína son aún mayores, aproximándose a un 80% (Higgins *et al.*, 1994), la mayoría durante los primeros 3 meses (Sánchez-Hervás *et al.*, 2010). En cuanto a esto, es muy importante tener en cuenta que los abandonos en las primeras semanas son los de peor pronóstico (García-Rodríguez *et al.*, 2007) y que la tasa decrece con el tiempo (Garrido-Fernández *et al.*, 2010).

Otro aspecto muy relevante es el craving, un deseo intenso de consumo que media en gran medida en las conductas de aproximación y consumo de drogas y que en muchas ocasiones hace que cambien las preferencias desde la abstinencia y lo que ello conlleva, a la recompensa inmediata que proporciona consumir (Cano-Cervantes *et al.*, 2011). Éste disminuye a lo largo del tiempo, aunque su durabilidad va a depender de cada persona (Martínez-González y Verdejo-García, 2011). Para muchos autores es una de las causas más importantes de abandono terapéutico y recaída tras largos periodos de abstinencia (Sánchez-Hervás, Molina-Bou, Del Olmo-Gurrea, Tomás-Gradolí y Morales-Gallús, 2001).

Por último, otros aspectos muy relevantes para el transcurso de la terapia son la alianza terapéutica y la motivación al cambio (Fernández-Hermida y Secades-Villa, 2000), siendo las primeras sesiones muy importantes en ambas (Martínez-González, Albein-Urios, Lozano-Rojas y Verdejo-García,

2014); el nivel de malestar al comenzar la intervención (Martínez-González *et al.*, 2014); la gravedad adictiva, el tipo de tratamiento, el tiempo de espera hasta su inicio, la accesibilidad y creencias de los pacientes sobre el mismo, la formación del personal que los asiste y su relación con éstos, los recursos potenciales de la persona (Sánchez-Hervás, *et al.*, 2010), el uso intensivo de otras sustancias y la presencia de otros trastornos asociados al consumo (Girón-García, 2007).

1.8. COMORBILIDAD

En personas con dependencia a la cocaína es común encontrarse varios tipos de patologías asociadas, que se desglosan a lo largo de las siguientes líneas.

Por un lado, en tres cuartas partes de los pacientes que inician un tratamiento por una dependencia a alguna sustancia se puede apreciar un policonsumo: aquellos consumidores de opiáceos, cocaína y anfetaminas como droga principal suelen indicar también un consumo de cannabis y alcohol como drogas secundarias (EMCDDA, 2016), encontrando porcentajes de comorbilidad de un 45,3% con opiáceos y de un 30,1% con marihuana (Falck, Wang, Siegal y Carlson, 2004). Es muy habitual también la asociación de alcohol y cocaína (Cañuelo-Higuera y García-García, 2002), con una prevalencia en torno al 28,9 y el 60% (López-Durán y Becoña-Iglesias, 2006a). La ligazón de ambas sustancias genera en el hígado cocaetileno, una sustancia que aumenta el riesgo coronario e inmunotóxico de la cocaína; además, el etanol actúa como detonante del craving y ocasiona de manera frecuente recaídas, dando lugar a un incremento de las cantidades consumidas por episodio, una mayor pérdida de control del consumo e intoxicaciones más graves (Pérez Prior *et al.*, 2006). También existe un incremento potencial de muerte repentina de 18 a 25 veces más que con el consumo aislado de cocaína, del ritmo cardiaco de 3 a 5 veces más, así como déficits cognitivos en la memoria, la atención-concentración, la orientación y asimetrías sensoriales (McCance-Katz, Kosten y Jatlow, 1998).

En cuanto a la comorbilidad psiquiátrica, estudios españoles marcan unos porcentajes en torno al 42,5% en dependientes a la cocaína (Herrero, Domingo-Salvany, Torrens y Brugal, 2008), siendo los problemas psicológicos más frecuentes los trastornos de la personalidad y alimenticios, la ansiedad y la depresión, que pueden darse como consecuencia del consumo o como causa del mismo (Gómez, *et al.*, 2008).

Los estudios con estas personas revelan que la mitad de los pacientes en tratamiento por una dependencia a la cocaína cumplen criterios diagnósticos para un trastorno del estado del ánimo (Gawin y Kleber, 1986), experimentando el 20% de ellos trastornos del estado del ánimo cíclicos como los bipolares y los ciclotímicos (Blanco-Zamora y Sirvent-Ruiz, 2006). Los porcentajes de presencia de problemas de depresión en el momento actual oscilan entre un 20,1 y un 53,3% y si se cuenta la presencia de criterios para los mismos en algún momento de la vida, se ven incrementados hasta un 47-78,2% (López-Durán y Becoña-Iglesias, 2006a). Es común también la manifestación de

signos y síntomas clínicos propios de los trastornos afectivos como vivencias disfóricas, anhedonia, desánimo, desesperanza, impotencia y falta de energía, además de manifestaciones somáticas, suspicacia, ideación delirante y centralismo autorreferencial, hostilidad, grandiosidad, miedo a la pérdida de autonomía y necesidad de control (Belda-Ferri, Cortés-Tomás y Tomás-Gradolí, 2010), aunque no lleguen a cumplir criterios para un diagnóstico de estas características. En el caso de los problemas de ansiedad, los porcentajes oscilan entre el 15,8 y el 33% (López-Durán y Becoña-Iglesias, 2006a).

Los trastornos de personalidad están sobrerrepresentados (Bolinches *et al.*, 2002), siendo habitual que existan criterios para diagnosticar dos o más (Pedrero-Pérez, Puerta-García, Lagares-Roibas y Sáez-Maldonado, 2003). Los más frecuentes son el límite, antisocial, histriónico, narcisista, pasivo-agresivo y paranoide (López-Durán y Becoña-Iglesias, 2006a). En estudios llevados a cabo con el MCMI-II se puede ver cómo suelen destacar en las escalas narcisista, pasivo-agresiva, antisocial, dependiente e histriónica (Pedrero-Pérez *et al.*, 2003), así como en las escalas de personalidad patológica límite y paranoide (López-Durán y Becoña-Iglesias, 2006b). Las investigaciones realizadas con el SCL-90 destacan las escalas de obsesión-compulsión, depresión e ideación paranoide (López-Durán y Becoña-Iglesias, 2006b), subrayando que, además, suelen clasificarse en los baremos de población psiquiátrica de este instrumento (López y Becoña, 2006).

Por último, la psicosis paranoide inducida por cocaína está presente en el 70% de los intoxicados y entre un 53 y un 68% de los adictos, apareciendo sobre todo entre los 25 y los 57 meses tras el inicio del consumo regular, con una media en torno a los 3 años (Satel y Edell, 1991). Ésta suele manifestarse con agresividad, agitación, delirios paranoides y celotípicos, alteraciones en la esfera afectiva, alucinaciones clásicas y con frecuencia, estereotipias motoras (González-Llona *et al.*, 2015).

Todos estos aspectos son primordiales a la hora de llevar a cabo un tratamiento, ya que la presencia de otras problemáticas va a implicar una mayor resistencia al mismo, condiciones más crónicas, un mayor deterioro psicosocial (López-Durán *et al.*, 2007), mayor dificultad para mantener la abstinencia a largo plazo, recaídas y diversos procesos de tratamiento (Sánchez-Hervás, Tomás-Gradolí y Morales-Gallús, 2001).

1.9. EFECTOS DE SU CONSUMO

En términos generales, la dependencia a la cocaína tiene graves consecuencias para la persona y su medio (Abeijon, 2008), extendiéndose su impacto a múltiples aspectos de su vida tanto a nivel individual, como social, familiar, jurídico, sanitario y económico, entre otros (Martín-González, 2000). Aunque estos efectos, y sobre todo su gravedad, van a depender en gran medida de la sensibilidad de la persona, de la dosis y vía de administración y de la pureza del producto (Del Bosque

et al., 2014), éstos pueden durar varios meses e incluso los más sutiles, de modo indefinido (Roig-Llavería *et al.*, 2000).

El consumo de cocaína produce ciertos cambios neuroquímicos que, junto al refuerzo psicológico, pueden volver un consumo causal en compulsivo (Roig-Llavería *et al.*, 2000). Entre los síntomas que provoca encontramos sentimientos de bienestar, euforia, irritabilidad, hipervigilancia, ansiedad, inquietud, desinhibición, incremento de la actividad y de la libido (Rodríguez-Jiménez, *et al.*, 2006). Sus usuarios suelen usarla por la sensación de autoconfianza y menor cansancio, el incremento de la alerta y la sensación de locuacidad y rapidez de pensamiento que pueden experimentar tras su consumo (Del Bosque *et al.*, 2014). Cuando el efecto se termina pueden sufrir una sensación de pérdida de confianza e incremento del miedo y la ansiedad que pueden hacerles volver a consumir (Del Bosque *et al.*, 2014). A continuación se explican otros efectos también muy relevantes:

1.9.1. Efectos físicos

El cerebro es uno de los órganos más afectados (Bonet-Álvarez *et al.*, 2015). El consumo desencadena cambios neuropsicológicos y neuroanatómicos que van a alterar ciertas capacidades mentales, influyendo en el funcionamiento y calidad de vida de la persona (García-Fernández, García-Rodríguez y Secades-Villa, 2011). La mayoría de estudios apuntan hacia la alteración de las funciones ejecutivas (inhibición de respuesta, flexibilidad y toma de decisiones), la atención, la memoria y las habilidades psicomotoras (García-Fernández *et al.*, 2011), existiendo consenso respecto a que su consumo crónico conlleva un déficit cognitivo moderado que se hace más patente en actividades nuevas o que implican un mayor esfuerzo cognitivo (Bonet-Álvarez *et al.*, 2015). Esto va acorde a sus quejas subjetivas, referentes a falta de voluntad y atención, tendencia a perseverar con independencia de las consecuencias, incapacidad para corregir errores y aprender de los mismos, impulsividad y desajuste social (Madoz-Gúrpide, Ochoa-Mangado y Martínez-Pelegín, 2009). Algunos estudios señalan un deterioro persistente de la capacidad intelectual con enlentecimiento mental, acalculia y/o demencia (Roig-Llavería *et al.*, 2000).

En el sistema cardiovascular esta sustancia puede provocar palpitaciones, taquicardia sinusal, hipertensión arterial, dolor torácico, arritmias y menos frecuentemente, hipotensión arterial y shock, aneurisma aórtico agudo, bradicardias (González-Llona *et al.*, 2015), miocarditis y miocardiopatía, endocarditis (Ambrosio-Flores, 2008), vasoconstricción, incremento de la fuerza de contracción y de la frecuencia cardíaca, midriasis, temblor y sudoración por estímulo simpático (Lizasoain *et al.*, 2002); además, incrementa altamente el riesgo de infarto agudo de miocardio y muerte repentina, siendo el fallo cardíaco la causa de muerte más frecuente asociada a su consumo (Fiala *et al.*, 2005).

El sistema respiratorio puede verse afectado a través del consumo por vía intranasal o fumada, siendo las patologías más frecuentes en el primero de los casos la sinusitis, osteítis y perforación del tabique nasal; y en el segundo, el edema agudo de pulmón, síndrome del pulmón por cocaína o pulmón del

crack caracterizado por un dolor torácico inespecífico y tos, el incremento de cuadros asmáticos, la aparición de cuadros de neumotórax, neumomediastino, neuropericardio y hemorragia pulmonar (Ambrosio-Flores, 2008), hemoptisis o expulsión de sangre por la boca, taquipnea, disnea, dolor torácico y parada respiratoria, esta última de manera excepcional (González-Moreno, 2006).

En el aparato digestivo se puede producir anorexia, náuseas, vómitos, diarreas y menos frecuentemente, complicaciones de origen isquémico que provocan úlceras gastroduodenales con hemorragia y perforación (Ambrosio-Flores, 2008).

A nivel hepático produce daños, aun en consumos de pequeña proporción (Ambrosio-Flores, 2008) como lesiones agudas tóxicas y hepatitis (González-Moreno, 2006).

A nivel metabólico incrementa la temperatura corporal por el aumento de la actividad muscular, la reducción del volumen de los vasos sanguíneos y la pérdida de control de la dopamina, pudiendo acompañarse esta hipertermia de convulsiones y llegar a causar la muerte súbita en dosis bajas pero continuas (Morcillo-García, 2015).

En el sistema visual se puede producir midriasis, vasoconstricción conjuntival y nistagmus vertical (Ambrosio-Flores, 2008; Lizasoain *et al.*, 2002).

A nivel neuroendocrino puede provocar la aparición de galactorrea, tanto en hombres como en mujeres no lactantes (Ambrosio-Flores, 2008) y en ciertas ocasiones ginecomastia, impotencia y pérdida de la libido en varones (Ambrosio-Flores, 2008).

A nivel infeccioso estos pacientes tienen un riesgo mayor de contraer enfermedades como el VIH o la Hepatitis C, sobre todo cuando el consumo es por vía parenteral (Roncero, Ramos, Collazos y Casas, 2001).

En mujeres embarazadas se ve incrementada la probabilidad de abortos espontáneos, desprendimientos placentarios y toxicidad cardiovascular, además de producirse una disminución del flujo sanguíneo que llega al útero y de la oxigenación del feto y un incremento de la resistencia vascular uterina (Ambrosio-Flores, 2008). Asimismo, incrementa la probabilidad de prematuridad con inmadurez fetal, síndrome de muerte súbita neonatal y puede ocasionar lesiones cerebrales isquémicas causantes de muerte intrauterina, daño cerebral definitivo y malformaciones congénitas (Lizasoain *et al.*, 2002).

Además, su consumo puede incrementar la mortalidad por vías indirectas como homicidios, accidentes de tráfico y laborales favorecidos por su consumo, suicidios, etc., confirmando que, directamente o no, entre los consumidores de cocaína la mortalidad es muy elevada y en su mayoría debida a causas no naturales (Pereiro-Gómez y Bermejo-Barrera, 2008).

1.9.2. Efectos psicológicos

Este consumo no solo provoca daños físicos, sino también psicológicos, produciendo un deseo irresistible de administración de la droga para vivenciar sus efectos placenteros o evitar el malestar psíquico que se siente ante su ausencia, pudiendo volver a su consumo incluso años después de haberlo dejado sin que el síndrome de abstinencia tenga porqué mediar (Torrey, Heras y Marrero, 2003). El consumo acaba configurando un cierto estilo de vida por cómo se ha sentido y vivido bajo sus efectos, la relación con uno mismo y la realidad y el estilo de vida en el cual esta sustancia tiene un significado, por lo que se persiste en su consumo aún a pesar de sus efectos negativos (Freixa, 2000).

Por su parte, aunque la cocaína carezca de un síndrome de abstinencia físico fácil de observar (Sánchez-Hervás, 2006) podemos encontrarnos síntomas de rebote relacionados con trastornos del estado de ánimo (síndromes subdepresivos, anhedonia, anergia, abatimiento, sensación de incapacidad para afrontar problemas, decremento de la autoestima, culpabilización) y de la ansiedad (nerviosismo, irritabilidad, insomnio), de la conducta alimentaria (pérdida del apetito o sobreingesta compulsiva), cuestionamiento de la ideación autorreferencial (Pedrero-Pérez y Puerta-García, 2001), agotamiento, fatiga, irritabilidad (González-Sánchez, 2006), falta de concentración y craving (Roig-Llavería *et al.*, 2000), menor rendimiento psicomotor, astenia, apatía sexual, bradipsiquia, alteraciones cognitivas de la memoria y la concentración, hipersomnia, bradicardia y síntomas físicos no específicos como sudoración o temblores, que pueden presentarse durante varias semanas (Morcillo-García, 2015). El hecho de que su síndrome de abstinencia tenga un cariz muchas veces más psicológico que físico, aunque también se manifieste con cierta sintomatología física, es por lo que ha sido introducido en este apartado.

A un nivel psiquiátrico durante el consumo pueden darse problemas afectivos y del estado del ánimo, siendo los de ansiedad los más relacionados con la fase de consumo y los depresivos con las fases de recuperación (pudiendo actuar ambos como estímulos desencadenantes de un nuevo consumo), además de hipersensibilidad en las relaciones sociales que va desde una moderada suspicacia hasta el delirio de persecución (Pedrero-Pérez y Puerta-García, 2001), pudiendo incluso manifestarse ideas paranoides, suicidas y crisis de pánico (González-Moreno, 2006). En intoxicaciones graves pueden llegar a aparecer cuadros psicóticos, denominados psicosis tóxicas, siendo los síntomas psicóticos una de las complicaciones más habituales en el consumo agudo o crónico (Blanco-Zamora y Sirvent-Ruiz, 2006). Estos síntomas generalmente ceden en las horas o días siguientes a la privación, siendo muy habituales las ideas delirantes paranoides con contenidos de perjuicio y celotípicos, alteraciones en la esfera afectiva, alucinaciones congruentes por lo general con el sistema delirante (auditivas las más frecuentes, seguidas de las visuales y las táctiles) y estereotipias motoras, siendo más probable que una vez ocurra un cuadro psicótico inducido por cocaína éste se repita con mayor probabilidad, gravedad y ante un menor consumo en consiguientes ocasiones (Blanco-Zamora y

Sirvent-Ruiz, 2006). Además, incluso a dosis bajas puede agravar trastornos preexistentes, precipitar procesos latentes, subclínicos o incipientes y provocar la aparición de depresión en consumidores habituales que abandonan su consumo (Blanco-Zamora y Sirvent-Ruiz, 2006).

1.9.3. Efectos sociales

Por último, podemos encontrar una cierta asociación entre el consumo y la violencia, tanto auto como heterodirigida (Medina-Mora, *et al.*, 2001; Pedrero-Pérez y Puerta-García, 2001). Aunque no es fácil determinar la relación drogas-violencia, el consumo de cocaína afecta al control de la agresividad, por lo que puede predisponer a estas conductas (Gómez *et al.*, 2008), así como a la comisión de delitos para conseguir dinero pasa sufragarse el consumo, al narcotráfico (Goldstein, 1985) y a la prostitución por dinero o drogas (Young, Boyd y Hubbell, 2000). El consumo incrementa la probabilidad de que exista violencia dentro de la relación de pareja (Amor, Bohórquez, Corral y Oria, 2012), así como en el entorno laboral y familiar (Tortajada-Navarro, 2010) y afecta al bienestar emocional de la familia (Gómez-Sanabria *et al.*, 2000), provocando discusiones, conflictos relacionales, abandono de responsabilidades y desestructuración familiar (Torrey *et al.*, 2003).

El entorno social de la persona se ve modificado, pudiendo llegar a desvincularse de su medio social habitual, generando nuevas relaciones en las que el motivo principal de cohesión es la droga (Cernuda-López, 2006). Los consumidores habituales pueden llegar incluso a manifestar incapacidad para mantener relaciones amistosas, rechazo hacia los otros y desinterés por los valores tradicionales (Charro-Baena y Martínez-Díaz, 1995).

En el ámbito laboral este consumo puede acarrear ausencias laborales, inestabilidad y degradación laboral, incremento de los accidentes, discusiones con jefes y compañeros (Mansilla-Izquierdo, 2007), disminución del rendimiento (Charro-Baena y Martínez-Díaz, 1995) e incluso la pérdida del puesto de trabajo (Cernuda-López, 2006).

La dependencia, por ello, limita la capacidad de la persona para llevar a cabo un proyecto vital saludable y deseado (Hernández y Solano, 2007) ya que ésta queda subordinada al consumo, que se convierte en su motivación principal (López-Castilla, 2011).

1.10. PRINCIPALES PLANTEAMIENTOS TERAPÉUTICOS

En la actualidad existe una amplia red de recursos para tratar esta problemática, desde servicios ambulatorios, hasta tratamientos residenciales a largo plazo como las comunidades terapéuticas y a corto plazo en hospitales (Stocco, 2008). Así mismo, se pueden encontrar diferentes modalidades de tratamiento. La principal recomendación es realizar una intervención farmacológica y psicológica conjunta, pero en el caso de la dependencia a la cocaína no ha sido encontrada aún una medicación eficaz (Newton *et al.*, 2012; López, *et al.*, 2008; Pereiro-Gómez, *et al.*, 2008; Tomás-Dols, 2007; Martí-Esquitino, Carballo-Crespo, Cárceles-Arnau, García-Ruiz y Gómez-Sánchez, 2012), por ello,

el planteamiento es acompañar con tratamiento farmacológico los casos en que la patología concomitante lo haga necesario (Solé-Puig, 2001), ayudando al proceso de cambio y facilitando la intervención psicológica (Fernández-Hermida y Secades-Villa, 2000). Algunos de los principales planteamientos empleados en la actualidad se presentan a continuación:

1.10.1. Entrevista Motivacional

Técnica, tanto evaluativa como de intervención, no confrontativa, desarrollada por Miller y Rollnick en 1991, cuyo primer paso consiste en identificar la etapa de cambio en la que se encuentra la persona cuando inicia el tratamiento, siguiendo para ello el modelo de Prochaska y DiClemente (Servicio Extremeño de Salud, 2011). Su principio fundamental es que todo proceso de cambio supone costes y por ello es necesario que la persona esté motivada, ya que no es probable que se sacrifique si no ve claro que va a poder con ello y/o que va a obtener un beneficio (Becoña-Iglesias *et al.*, 2008). Por ello se centra en el paciente e intenta promover un cambio en su comportamiento (Lorea-Conde *et al.*, 2005) tratando de explorar y resolver sus ambivalencias, ayudándolo a que reconozca sus problemas presentes y potenciales y se ocupe de ellos, facilitando la toma de otra perspectiva, potenciando su autoeficacia y creando un clima de empatía, colaboración mutua y respeto por sus decisiones (Cernuda-López, 2006), ayudando a identificar discrepancias entre su conducta y sus aspiraciones (Secades-Villa, García-Rodríguez, Fernández-Hermida y Carballo, 2007). Para ello consta de tres fases: la de elicitación, en la cual el terapeuta suscita afirmaciones automotivacionales; la de información, en la que ambos inician una búsqueda activa de información sobre su adicción, con la que el paciente decide si continuar con su situación o cambiarla; y la de negociación, donde debe decidir qué cambios hacer y mediante qué estrategias (Servicio Extremeño de Salud, 2011). El número, contenido y duración de las sesiones es flexible (Becoña-Iglesias *et al.*, 2008).

Los estudios tienden a mostrar que es más eficaz que el no tratamiento y la lista de espera y que resulta especialmente eficaz si se aplica junto a otro tratamiento, ya que genera un incremento de la participación, mejora de la adhesión y de los resultados de la terapia; si se aplica por sí sola los cambios no son duraderos (Becoña-Iglesias *et al.*, 2008), algo normal si tenemos en cuenta que suele emplearse como introducción a otros tratamientos para incrementar la motivación del paciente. Requiere de unos niveles bajos de motivación en la línea base, puesto que en caso contrario puede producir efectos paradójicos (Generalitat de Catalunya, 2011; Servicio Extremeño de Salud, 2011).

1.10.2. Modelo Matrix

Modelo multicomponente compuesto por tres elementos principales: un grupo de habilidades de recuperación temprana, estructurado en 8 sesiones de 45 minutos que se llevan a cabo dos veces por semana (busca la recuperación de distintos aspectos cognitivos en pacientes que llevan poco tiempo abstinentes); un grupo de prevención de recaídas, estructurado en 32 sesiones de 90 minutos dos

veces por semana; y un grupo de trabajo con la familia, compuesto por 12 sesiones con una frecuencia semanal (busca generar una mayor comprensión en quiénes los acompañan en el proceso, mejorando sus relaciones y facilitando así su recuperación) (Martí-Esquitino *et al.*, 2012). Este modelo busca principalmente la retención, la mejora de la calidad de vida y la abstinencia (Martí-Esquitino *et al.*, 2012) y se define por siete constructos fundamentales: el establecimiento de una relación terapéutica motivadora y colaboradora; la asunción de unas expectativas realistas; la psicoeducación de pacientes y familiares; el entrenamiento en distintas técnicas cognitivo-conductuales; la implicación familiar; la participación en grupos de autoayuda; el refuerzo positivo de las conductas deseables; y la monitorización semanal del consumo (Obert *et al.*, 2000). Basa su actuación en la promoción de una actitud motivacional continuada, buscando una buena relación terapéutica que no culpabilice ni confronte. La continuidad es central, por lo que desde su inicio hasta los cuatro meses se mantiene una alta frecuencia de sesiones (cuatro o cinco semanales, mínimo), así como una media de una sesión a la semana a largo plazo (Zarza-González *et al.*, 2011).

En general, se ha encontrado que este modelo reduce de manera significativa el consumo, además de mejorar distintos indicadores psicológicos y las tasas de retención (Rawson *et al.*, 2002; Rawson *et al.*, 2004); sin embargo, en la actualidad tan solo existe un estudio piloto en nuestro país, aunque con resultados prometedores (Morcillo-García, 2015).

1.10.3. Técnicas de Exposición con Prevención de Respuesta

Este tipo de técnicas consisten en exponer al paciente a señales repetidas de pre-ingestión de la sustancia, evitando su consumo, por lo que se espera que se extingan las respuestas condicionadas (Servicio Extremeño de Salud, 2011). Las sesiones se repiten hasta llegar a un total de 9 exposiciones al estímulo por sesión, a lo largo de 15 sesiones y abarcan la exposición a estímulos auditivos condicionados al consumo de cocaína, estímulos visuales y tres rituales simulados de consumo (O'Brien, Childress, McLellan y Ehrman, 1990).

Algunos autores proponen que su efectividad viene dada por el entrenamiento en habilidades de afrontamiento ante los estímulos relacionados con la droga que esta técnica supone (Secades-Villa, García-Rodríguez, Fernández-Hermida y Carballo, 2007), pero la metodología de los estudios que buscan medir su efectividad tiene muchas limitaciones y no permite concluir nada sobre sus efectos (Generalitat de Catalunya, 2011).

1.10.4. Enfoque de los 12 pasos

Sostiene que la dependencia a la cocaína es una enfermedad espiritual y médica y que la persona ha perdido el control sobre la sustancia de abuso y sobre su vida; se parte de la base de que, aunque nunca podrá curarse, si puede controlar su dependencia (Becoña-Iglesias y Vázquez-González, 2001). Su funcionamiento es muy similar a Alcohólicos Anónimos: su meta es la abstinencia y para

ello se fomenta el compromiso, animando activamente a participar en las reuniones de grupo e implicarse con los compañeros como principal agente de cambio (Becoña-Iglesias y Vázquez-González, 2001).

Este tipo de enfoque se ha usado generalmente como control para evaluar los efectos de otros programas de tratamiento y no está recomendado en personas con dependencia a la cocaína para reducir el consumo (Generalitat de Catalunya, 2011). Además, al sostener que la dependencia es una enfermedad espiritual y médica, traslada la responsabilidad del adicto por su conducta; en ensayos clínicos como el de Maude-Griffin (1998) se encontró que beneficiaba más a pacientes con fuertes convicciones religiosas.

1.10.5. Terapia Psicoanalítica

Este tipo de intervención entiende la dependencia como fruto de ciertas dificultades de los pacientes en sus relaciones interpersonales y por ello orienta la terapia a la exploración de las relaciones actuales y pasadas, para identificar temas conectados a la dependencia y discutirlos (Generalitat de Catalunya, 2011). Para llevarla a cabo se requiere cierta capacidad de introspección y estabilidad a nivel psicopatológico, por lo que está indicada en estados avanzados de la recuperación para tratar rasgos de personalidad anómalos asociados a la dependencia o previos a ésta (Servicio Extremeño de Salud, 2011).

No ha revelado efectos claros en esta problemática, mostrándose inferior en la reducción del consumo respecto a programas de prevención de recaídas y a un programa de doce pasos (Generalitat de Catalunya, 2011), aunque muchos estudios indican que mejora los resultados a largo plazo de la intervención (Servicio Extremeño de Salud, 2011).

1.10.6. Terapia de Apoyo Expresivo

Este tipo de terapia, de enfoque psicodinámico, se basa en que la dependencia a la cocaína está íntimamente ligada a los trastornos del funcionamiento interpersonal, por lo que busca identificar la función de la droga en relación con los sentimientos y conductas-problema del paciente, analizando también los comportamientos alternativos a la misma (Servicio Extremeño de Salud, 2011). Los estudios indican que aporta mejoras clínicas en pacientes de larga evolución (Servicio Extremeño de Salud, 2011; Becoña *et al.*, 2008).

1.10.7. Terapia Cognitivo-Conductual

Este tipo de terapia se fundamenta en el desarrollo de una serie de técnicas, en general eficaces en el tratamiento de las conductas adictivas, destinadas a incrementar el control que la persona tiene sobre sí misma (Becoña *et al.*, 2008). A continuación se presentan algunos de los componentes terapéuticos que integran este planteamiento:

Componente 1: Entrenamiento en Habilidades Sociales y de Afrontamiento

El planteamiento subyacente es que la persona carece de las habilidades adecuadas para enfrentarse a las situaciones sociales e interpersonales y esto puede llevarle a una situación de estrés que dificulte un afrontamiento apropiado de las mismas para resistir la presión social del consumo (Secades-Villa, García-Rodríguez, Fernández-Hermida y Carballo, 2007). Por ello, este tipo de técnicas buscan incrementar y reforzar las habilidades para afrontar estas situaciones de alto riesgo, que van a actuar como iniciadoras y mantenedoras de las conductas de consumo (Becoña *et al.*, 2008).

Los estudios indican que es una estrategia eficaz en la intervención de la dependencia a la cocaína, en especial cuando forma parte de programas más amplios (Becoña *et al.*, 2008).

Componente 2: Terapia Cognitiva

Desde este tipo de técnica terapéutica, cuyo iniciador fue Beck en 1992, la dependencia a sustancias es interpretada como un patrón desadaptativo de conducta y por ello la intervención se va a centrar en identificar y modificar patrones de pensamiento desadaptativos (errores cognitivos, sobregeneralizaciones, catastrofismos o pensamientos derrotistas), ayudando al paciente a reconocer y entender los problemas relacionados con este consumo y a modificar o reestructurar los pensamientos disfuncionales relacionados con el mismo (Shearer, 2007). Su objetivo es incrementar sus creencias de control para que acaben siendo más influyentes que sus creencias sobre la adicción (creencias relacionadas con las expectativas de recompensa, la finalización del malestar y la aceptabilidad de la conducta) (Servicio Extremeño de Salud, 2011).

No ha mostrado un efecto claro en la dependencia a la cocaína (Generalitat de Catalunya, 2011), mostrándose superior al no tratamiento (Servicio Extremeño de Salud, 2011), pero no a otras modalidades psicoterapéuticas (Becoña *et al.*, 2008).

Componente 3: Aproximación de Refuerzo Comunitario más Terapia de Incentivo

Este componente fue inicialmente desarrollado para el tratamiento de la dependencia a la cocaína en contextos ambulatorios (Higgins *et al.*, 1991). Su objetivo principal es el logro y mantenimiento de la abstinencia, para lo cual los pacientes deben hacer cambios en su estilo de vida familiar, de ocio, social y vocacional (Servicio Extremeño de Salud, 2011). Para ello el programa, que dura 24 semanas, va a estar compuesto por 2 partes: la de refuerzo comunitario, constituida por la realización de 2 sesiones semanales de 1 hora de duración durante las 12 primeras semanas y 1 en las 12 posteriores, sesiones en las cuales se implica a una persona no consumidora cercana al paciente para educarla en la negociación de cambios positivos, se identifican situaciones pasadas relacionadas con las consecuencias del consumo para facilitar otras alternativas y se da asesoramiento psicosocial e identificación de actividades de ocio que refuercen un estilo de vida alejado del consumo (Higgins *et al.*, 1994); y la parte de terapia de incentivo, donde los pacientes pueden ganar puntos canjeables

por reforzadores a cambio de mantenerse sin consumir, contemplando incentivos mayores por largos periodos de abstinencia (García-Rodríguez *et al.*, 2006). El número de sesiones dedicadas a cada problemática va a depender de las necesidades de cada paciente (García-Rodríguez *et al.*, 2006).

Los estudios indican que incrementa las tasas de retención y reduce el consumo de cocaína (Servicio Extremeño de Salud, 2011). Su mayor problemática reside en que deben buscarse refuerzos válidos para cada paciente y que se requiere de grandes recursos y entrenamiento de los profesionales a cargo (Generalitat de Catalunya, 2011).

Componente 4: Modelo de Prevención de Recaídas

Este modelo de intervención, desarrollado por Marlatt y Gordon en 1985, se basa en el supuesto de que en la recaída va a influir en gran medida el grado de estrés o amenaza que la persona enfrente, la expectativa de uso de la sustancia como respuesta de afrontamiento factible y la disponibilidad de respuestas alternativas (Morcillo-García, 2015). Por ello, está diseñado para ayudar al paciente a anticipar y afrontar las recaídas, detectando situaciones de alto riesgo (Lorea-Conde *et al.*, 2005) e incluyendo entrenamiento en habilidades de afrontamiento, procesos de reestructuración cognitiva y estrategias de equilibrio en el estilo de vida que incrementen las actividades alternativas al consumo (Secades-Villa, García-Rodríguez, Fernández-Hermida y Carballo, 2007). Estas intervenciones se van llevando a cabo de manera gradual en función de las necesidades de cada uno, dirigiendo los esfuerzos a consolidar el compromiso y la motivación de cara a la abstinencia, trabajando técnicas que la faciliten y una modificación en el estilo de vida que ayude a que ésta se consolide (Carroll, Rounsaville y Gawin, 1991).

Los estudios muestran que es efectivo para el tratamiento de las conductas adictivas (Becoña *et al.*, 2008), pero que en el caso de la dependencia a la cocaína no se muestra superior a otros enfoques, excepto en grupos de pacientes con grados de psicopatología o adicción graves (Generalitat de Catalunya, 2011). Estos resultados se explican teniendo en cuenta que no se aplica de manera individual sino como complemento a otra terapia, siendo un componente esencial dentro de los protocolos de tratamiento en adicciones.

1.10.8. Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)

Este tipo de terapia, desarrollada por Wilson y Luciano-Soriano en 2002, se basa en la idea de que la evitación experiencial es la causa principal de la adicción, por lo que persigue conseguir que el paciente se enfrente con eficacia a pensamientos y sentimientos dolorosos como medio para construir una vida rica, plena y llena de sentido (Servicio Extremeño de Salud, 2011). Para ello se fundamenta en seis principios: el de defusión, que persigue relacionarse de un modo nuevo con los pensamientos, de modo que estos tengan un menor impacto sobre la persona; el de expansión, que busca dar cabida a sentimientos, sensaciones y deseos desagradables desde una posición de observador; el de

conexión, que implica la vivencia del presente estando conectado con lo que sucede en el aquí y ahora; el del yo observante, que no piensa sino que se encarga de la concentración, la atención y la consciencia; la identificación y conexión con tus valores; y las acciones comprometidas, es decir, efectivas, guiadas y motivadas por esos valores y llevadas a cabo una y otra vez independientemente de los fracasos (Servicio Extremeño de Salud, 2011).

Numerosos estudios relacionan la evitación experiencial con los problemas de consumo de sustancias, por ello el objetivo último de esta terapia es generar una flexibilidad psicológica suficiente como para que el control del malestar, impulsos, ansiedad, etc., deje de ser el centro de sus vidas (Molinero, 2013). A pesar de ello, no se refleja un nivel de evidencia o grado de recomendación para su aplicación en este tipo de problemáticas (Servicio Extremeño de Salud, 2011), posiblemente por su relativa novedad en su tratamiento.

1.10.9. Mindfulness

La aplicación de esta técnica supone la instrucción de la persona en la observación y descripción de su cuerpo, centrándose en el momento presente y procurando ni interferir ni valorar lo que siente o percibe en cada momento, sino aceptándolo. Al igual que en el caso anterior, no se refleja el nivel de evidencia o grado de recomendación de este tipo de intervención para problemáticas de este cariz (Servicio Extremeño de Salud, 2011).

A lo largo de este repaso se han revisado una serie de técnicas para el tratamiento de la dependencia a la cocaína, todas ellas con limitaciones y virtudes en su intervención, pero ninguna que cumpla unas expectativas perfectas para su uso, bien sea por requerir que los pacientes cumplan determinadas características (alta cognición, baja motivación, buena introspección, etc.), por ser tratamientos poco completos en ausencia de otras técnicas, por poder ser empleados solo en etapas avanzadas, por requerir demasiados recursos para su aplicación, o por tener una evidencia limitada o unos resultados inconclusos.

Habida cuenta de estas limitaciones, es importante intentar paliarlas. Para ello, en el protocolo planteado en líneas posteriores se van a emplear, entre otras, técnicas de tercera generación, con un gran potencial en la actualidad, buscando involucrar las emociones del paciente en su tratamiento. Es un punto primordial el trabajo por el inicio y mantenimiento de la abstinencia, la intervención en las diferentes áreas deterioradas de la vida de la persona y el aprendizaje de estrategias para afrontar las diferentes problemáticas con las que se va a enfrentar a lo largo del proceso, pero no menos importante es que el cambio se produzca no solo en el plano racional, sino también emocional, que empuje a la acción.

Las emociones tienen un rol muy importante en el desarrollo del comportamiento y de la toma de decisiones, tal como indican Verdejo-García y Bechara (2009), máxime en pacientes con un alto

grado de impulsividad y en muchas ocasiones, de evitación experiencial, motivo por el cual pueden llegar a consumir (afrontamiento emocional de los problemas). Incluso aquellos con un alto convencimiento racional para cambiar y unas estrategias de afrontamiento muy claras y sólidamente aprendidas suelen sufrir recaídas ante los más mínimos inconvenientes y dificultades, presumiblemente porque no hay un convencimiento profundo hacia el cambio que evite que en momentos de mucha adversidad -momentos de riesgo-, tengan la convicción suficiente para no recaer. Por este motivo se plantea un protocolo de intervención desde esta perspectiva, empleando para ello diversas técnicas que serán vistas a lo largo del apartado correspondiente.

4.4.PROCEDIMIENTO Y PLAN DE TRABAJO

Este plan de intervención se aborda desde el planteamiento de un centro de día de tratamiento de drogodependencias de carácter público, donde estas personas acudirían de lunes a viernes, en horario de mañana y tarde, a realizar las distintas actividades que se describirán a continuación. Además, el centro dará comidas a sus pacientes todos los días que estos acudan al mismo. Para cubrir estas funciones, dispone de una sala para actividades grupales, una cocina y un comedor, varios despachos individuales, una sala de recreo, un gimnasio, un dispensario y un archivo. El centro cuenta con diferentes voluntarios que ejercen labores de acompañamiento.

El planteamiento terapéutico se hará desde una perspectiva biopsicosocial, que según indican Fernández-Hermida, Carballo, Secades-Villa y García-Rodríguez (2007), entiende la drogodependencia como un trastorno, conducta o hábito no crónico, sino resultado de la interacción de diversos factores psicológicos, biológicos y sociales. Por este motivo, se enmarca en una intervención de tipo multimodal en la que deben intervenir varios tipos de profesionales con cuyos servicios debe contar el centro (psicólogos, médicos, enfermeras y educadores sociales). Este planteamiento será abordado desde una vertiente psicosocial, por tratarse del aspecto más concerniente a nuestra profesión, partiendo de la previa desintoxicación del paciente, aspecto primordial en su tratamiento pero que por ser más relativa al ámbito médico no será descrita con detalle a lo largo de este escrito.

Esta intervención contendrá, de manera primordial, cuatro fases (desintoxicación, deshabitación, rehabilitación y reinserción) consideradas de gran relevancia en el tratamiento de esta población. A lo largo de las mismas se llevará a cabo una intervención de cariz tanto grupal como individual a través de diferentes actividades explicadas en las siguientes líneas (para una mayor comprensión véase el cronograma del protocolo de intervención en el. Puesto que las actividades grupales se plantean en grupos de unos ocho pacientes aproximadamente, para que el trabajo realizado llegue a todos ellos, mientras unos llevan a cabo un tipo de actividad, otro grupo estará realizando otro taller de los propuestos en el protocolo con otro de los profesionales que participan en la intervención. Se

ha de plantear, tanto a pacientes como profesionales, la importancia de guardar la confidencialidad de todo lo que ocurre dentro de las sesiones.

El perfil de pacientes atendido será el descrito en el apartado de participantes. Para su selección serán aplicados los instrumentos de evaluación descritos en el apartado de materiales. Así mismo, se procurará recurrir a los diferentes recursos comunitarios al alcance del centro para proporcionar, al menos durante el tiempo en que se desarrolle la intervención, unas condiciones económicas, de vivienda y alimentación básicas que mejoren su adherencia al tratamiento y a partir de las cuales comenzar a cambiar sus hábitos. También se tendrá en cuenta la existencia o no de recursos sociales y familiares que puedan integrarse al mismo o que sea necesario paliar de algún modo.

Como primer paso para el inicio del programa se llevará a cabo la citada evaluación, que partirá de la aplicación de los instrumentos descritos en el apartado de materiales y que se extenderá a lo largo de tres sesiones, llevadas a cabo durante la primera semana. Esto será así con el objetivo de no postergar en exceso el inicio del tratamiento en pacientes que, por su situación, pueden requerir cierta urgencia a la hora de comenzar el protocolo.

La primera de las sesiones será empleada como un primer paso dentro de la evaluación, cuyo objetivo será obtener una visión global y un acercamiento a la problemática de la persona, sus recursos, su situación, determinar si cumple los criterios para el trastorno y, sobre todo, presentarnos y comenzar a constituir con ésta una relación de confianza y una buena alianza terapéutica que facilite el trabajo posterior. Así mismo, ésta perseguirá llevar a cabo un primer acercamiento al punto de partida del paciente en cuanto a su motivación para dejar la sustancia y para comenzar y llevar a cabo el programa y sus esperanzas respecto a este. Para ello, en esta primera sesión será aplicada la entrevista clínica SCID-I, empleada para evaluar los trastornos del Eje I y conocer la historia de la persona en sus diferentes niveles de funcionamiento (demográfico, laboral, psiquiátrico, etc.) y el cuestionario ASI. Tras esto, se le cita para la siguiente sesión y se le entrega el MCMI-III pidiéndole que lo traiga cumplimentado a la misma. Esta segunda sesión será empleada para finalizar la evaluación a través de una entrevista familiar no estructurada, que buscará la aportación de un punto de vista adicional acerca de la problemática del paciente, además de para la aplicación de las pruebas restantes (CCQ, DTQC, IDTS) y la recogida del cuestionario MCMI-III.

Una vez hecha la evaluación pretratamiento y seleccionado un paciente para su participación en el protocolo de intervención se procede, en una tercera sesión, a la devolución de sus resultados y al encuadre teórico de su problemática, evitando adjudicarle la etiqueta de drogodependiente sino el “tengo un problema con las drogas”, concediendo a la persona un papel activo en el mismo. Del mismo modo, se lleva a cabo la explicación del programa y de las tareas en las que participará desde ese instante, su funcionamiento y principales requisitos, así como se procederá a la firma del consentimiento informado para su participación en la investigación. Los objetivos de la investigación

no serán especificados a los pacientes bajo el planteamiento de que, de este modo, los resultados no se verán influidos por este conocimiento. Es importante que todas las explicaciones se adapten a la capacidad de entendimiento y al lenguaje de cada paciente.

Culminada la evaluación previa (aunque ésta se irá completando a partir de los nuevos datos que vayan surgiendo a lo largo del tiempo de intervención) comenzará el periodo de tratamiento propiamente dicho, que va a seguir la propuesta de Sanabria-Carretero y Villanueva-Gradín (2001), que indican que el proceso de recuperación transcurre a lo largo de tres fases: una primera de fuerte impacto y significativos descensos del consumo, una segunda donde las mejoras se lentifican o se frenan, incluso llegando a producirse un incremento del consumo y una tercera donde el consumo vuelve a reducirse y aproximarse a los niveles de la primera fase. Por ello y debido a la importancia de la permanencia en el tratamiento a la hora de predecir unos buenos resultados, evolución y estabilización de los mismos a medio y largo plazo, éste durará aproximadamente un año, dependiendo de la consecución de objetivos de cada paciente. A este año se le sumará el posterior proceso de seguimiento, así mismo de un año de duración. Este tratamiento persigue en cada una de sus fases y con cada una de sus actividades unos objetivos concretos que serán expuestos a continuación, aunque es primordial tener en cuenta que han de acordarse ciertos objetivos con cada paciente en base a las particularidades de su problemática, buscando con ello incrementar la efectividad del tratamiento, su satisfacción con el mismo y con ello su retención. Esto se llevará a cabo con el profesional pertinente al comienzo de cada uno de los distintos módulos del programa.

FASE DE DESINTOXICACIÓN Y ACOGIDA

Una vez iniciada esta fase del protocolo, se llevarán a cabo los análisis que se crean oportunos para determinar el estado de salud físico de la persona y se iniciará su desintoxicación por parte del profesional pertinente (aspecto que en este trabajo no será abordado), que se alargará durante un mes aproximadamente, en función de las necesidades de cada paciente. Durante la desintoxicación, el paciente permanecerá en estrecha vigilancia médica y se le proporcionará medicación de apoyo de manera temporal, si así se considera pertinente, para controlar la aparición del síndrome de abstinencia. Con ello se pretende que al comienzo de la siguiente fase se encuentre implantada la abstinencia en el paciente y pueda iniciarla libre de sustancias. El seguimiento médico y físico continuará durante todo el proceso de tratamiento y seguimiento posterior al mismo.

Tras ello y antes de comenzar con los siguientes módulos, todos los pacientes acudirán a una primera sesión de acogida dónde se presentarán a los profesionales y a los que de ahora en adelante serán sus compañeros, manifestando, si así lo desean, sus expectativas y ansiedades con respecto a la etapa que van a iniciar. Esta actividad persigue el objetivo de que se familiaricen los unos con los otros para facilitar así el trabajo posterior y que rompan con los estereotipos asociados a lugares de tratamiento como éste, así como a la población que acude a los mismos.

Es frecuente que estos pacientes, en un comienzo, se sientan fuera de lugar al no creer que cumplan con las características que la sociedad y ellos mismos adjudican a una persona que acude a tratamiento en un centro de estas características, por lo que es importante que, de manera previa a la intervención, se rompan sus prejuicios para que puedan involucrarse de un modo más adecuado en el centro, en su proceso y con sus compañeros y se sientan entendidos y acompañados en este primer momento que puede llegar a ser el más duro, ya que supone la asunción de una problemática o de unas responsabilidades que muchos quizás no hayan adquirido todavía y que tendrán que empezar a asumir.

FASE DE DESHABITUACIÓN

Objetivos:

- Controlar los consumos de los pacientes.
- Mantener la abstinencia durante un tiempo suficiente como para incrementar las posibilidades de su mantenimiento a largo plazo.
- Incrementar su motivación para el cambio.
- Fomentar la eliminación de los hábitos adquiridos durante el desarrollo de la dependencia, promoviendo hábitos de vida alejados del consumo y favoreciendo la realización de actividades alternativas compatibles con la abstinencia.
- Favorecer la asunción de responsabilidad del paciente sobre su propia conducta.
- Reforzar sus avances.

Esta fase será abordada de manera intensiva en un espacio temporal de tres meses (solapándose el último mes con la siguiente fase del protocolo) y durante la misma se seguirá una adaptación de la técnica de Aproximación de Refuerzo Comunitario más Terapia de Incentivo en su versión original de Budney y Higgins (1998). Su elección para esta etapa reside en su alto grado de evidencia con este tipo de población a la hora de incrementar los índices de abstinencia, algo avalado por varios estudios llevados a cabo a nivel nacional como los del grupo de Secades-Villa *et al.* (2007) y Secades-Villa, García-Rodríguez, Higgins, Fernández-Hermida y Carballo (2008) y por la NIDA (2010).

Este primer módulo del protocolo guarda bastantes diferencias con su original, ya citado, ya que durante el mismo se dará prioridad a la Terapia de Incentivo. A pesar de ello, también se abordarán algunos aspectos planteados por estos autores, como la búsqueda de unos hábitos de vida saludables que difieran de los llevados a cabo hasta ahora, unas buenas habilidades de afrontamiento, el trabajo con las relaciones del paciente, su consumo y sus posibles patologías, en un primer acercamiento que será recogido y trabajado de manera más profunda en siguientes fases del protocolo. La motivación

principal será promover la estabilización inicial del paciente y mantener la abstinencia durante el tiempo suficiente para que su sensación de control se vea incrementada.

Para ello, terapeuta y paciente buscarán, durante los meses en los cuales se va a desarrollar esta fase, concretar de una manera más específica y profunda, a partir de la búsqueda conjunta y un análisis funcional del consumo, los factores relacionados con éste y/o con su deseo, así como las consecuencias que ha acarreado en las diferentes facetas de su vida, aspectos ya abordados de un modo más superficial en la evaluación inicial. A través de ello y de los resultados de la evaluación, se dará un asesoramiento psicosocial inicial relacionado con dicha situación y se iniciará una búsqueda conjunta de alternativas en sus diferentes hábitos de vida que se puedan ajustar a sus deseos y preferencias, pero que los alejen de hábitos pasados relacionados con su dependencia.

Para llevar a cabo esta tarea se plantean una serie de sesiones individuales de una hora de duración, con una frecuencia de dos veces por semana, en las cuales se tratarán conceptos como las habilidades sociales y de afrontamiento, las relaciones sociales y familiares, las relaciones de pareja, la proyección laboral y el tiempo de ocio. El inicio de cada sesión estará dedicado a explorar cada una de estas temáticas de manera conjunta y buscar cómo mejorar cada uno de estos contenidos. Tras esto, se dedicará un espacio de la sesión a proponer actividades que fomenten su mejora, viendo los fallos que puedan estarse dando en las distintas habilidades del paciente y en sus relaciones y cómo abordarlos, las opciones laborales de las que puede disponer, cómo ampliarlas, qué recursos de ocio puede tener a su alcance y cuáles le gustaría emplear, cómo hacerlo, etc. Estas actividades serán propuestas al final de cada sesión, llevadas a cabo entre sesiones y revisadas y realizado un replanteamiento de las mismas o no al inicio de la siguiente sesión y en función del grado de satisfacción con su resultado.

Por otro lado, se trabajará la motivación del paciente para el cambio mediante la búsqueda conjunta de razones para el establecimiento de la abstinencia y de las consecuencias, cambios y expectativas que esto acarrearía en su vida. También se trabajará la asunción de responsabilidad sobre su conducta mediante la reestructuración cognitiva de las creencias que arropan el consumo y lo justifican. Todos estos aspectos serán trabajados de manera inicial en esta fase, aunque se recuperarán y reforzarán durante todo el tratamiento, en las ocasiones en que se considere necesario y favorecedor.

Por la delicadeza del momento, el número de sesiones dedicadas a cada temática propuesta debe planificarse adaptándose a las necesidades de cada paciente.

De manera paralela, se llevarán a cabo controles de tóxicos mediante análisis de orina tres veces por semana (debido a la alta velocidad de eliminación de la cocaína a través de esta vía y, por tanto, imposibilidad de detección del consumo pasados varios días) para controlar su consumo en esta primera parte del tratamiento donde el mantenimiento de su abstinencia es más primordial que nunca y a su vez, más complicado. De manera inmediata y contingente a cada resultado negativo, serán

premiados mediante la entrega de un bono intercambiable por algún privilegio relacionado con unos hábitos de vida saludables (la posibilidad de intervenir el primero en una sesión grupal, elegir el destino de una salida cultural, el visionado de una película, la comida de un día concreto o la actividad deportiva a realizar, etc., actividades todas ellas llevadas a cabo en el centro de manera habitual). Es importante tener en cuenta que para cada paciente será más o menos reforzante una cosa u otra, por lo que han de tenerse en cuenta sus preferencias a la hora de otorgar estos incentivos, dentro de las opciones al alcance del centro, con el objetivo de que su efecto se vea incrementado.

Así mismo, se plantea que la consecución de 12 análisis de tóxicos negativos consecutivos (el equivalente a un mes de abstinencia) acarreará recompensas de mayor calibre que la consecución de análisis negativos puntuales o discontinuos. Este tipo de logros conllevarán la ganancia de bonos especiales, que podrán ser canjeados por actividades especiales como salidas fuera de la ciudad, ya sea para visitas a familiares que residan en otros lugares geográficos o para actividades culturales no llevadas a cabo normalmente. Así mismo, en este caso se admitirán otro tipo de sugerencias que los pacientes quieran plantear, sugerencias que al igual que en el caso de las salidas fuera de la ciudad deberán ser valoradas por el equipo de intervención en función del estado y la fortaleza del paciente en ese momento (el riesgo que conlleva que pierdan parte de su soporte durante unos días, aunque se mantenga un control telefónico durante este periodo, hace necesario que el paciente tenga unas condiciones de abstinencia más o menos consolidadas así como una relativa estabilidad emocional y mental en ese momento y/o que disponga de una persona de la cual se tenga constancia que supone un buen soporte para el paciente durante ese breve espacio de tiempo).

En esta primera fase se reforzarán todos aquellos controles de tóxicos que resulten negativos, por la importancia de aportar una mayor motivación a través de la cual mantener la abstinencia en estos primeros meses en los cuales es más complicado, es decir, se llevará a cabo un programa de refuerzo de razón fija. Una vez finalizado este periodo, se seguirán aplicando estos refuerzos conforme un programa de razón variable, buscando la consolidación a largo plazo del comportamiento de abstinencia de los pacientes. De igual modo se procederá con los privilegios concedidos por la consecución de varios análisis de tóxicos negativos consecutivos. Debido a que el fenómeno de recaída es relativamente común en esta patología y normal dentro de la trayectoria de su evolución, los controles de tóxicos positivos no acarrearán una pérdida de privilegios, aunque si una paralización de los mismos durante un tiempo que será empleado para trabajar con el paciente en una reflexión conjunta los sucesos que han podido verse involucrados en la consecución hacia dicho acontecimiento. Con ello se intenta generar motivación para la abstinencia y sensación de responsabilidad y control, pero sin provocar un sentimiento de fracaso y renuncia por haber recaído durante el proceso.

Del mismo modo y durante todo este periodo, se procederá a reforzar de manera verbal aquellas actividades que impliquen hábitos de vida saludables y un ocio sano, así como la puesta en marcha

de unas buenas capacidades de afrontamiento y de cualquier aprendizaje llevado a cabo a través de las distintas sesiones de tratamiento, ya que todo ello supone un buen punto de partida para el inicio de fases posteriores.

FASE DE REHABILITACIÓN

Esta fase será la más extensa del protocolo, abarcando los nueve meses restantes, en los cuales se llevarán a cabo varias actividades terapéuticas con diferentes objetivos que serán desarrollados a continuación.

Intervención grupal

Se llevará a cabo a lo largo de toda la fase de rehabilitación y perseguirá principalmente los siguientes objetivos:

- Aportar diferentes visiones de una misma problemática para acabar con las creencias rígidas de los pacientes.
- Romper con el estereotipo asignado a los drogodependientes y que éstos tienen asociado a su autoimagen, desvinculándolos de esta autodefinición.
- Aportar una nueva imagen a la persona a través de la devolución de impresiones por parte de otros compañeros y profesionales.
- Generar una red de apoyo a lo largo del proceso.
- Contribuir como un refuerzo al resto de módulos del programa.

Este módulo está incluido en el programa por la importancia que tiene que los pacientes tengan un sustento por parte de personas con sus mismas o parecidas condiciones, que se sientan comprendidos y apoyados y que tengan un espejo y puedan vivir su proceso en un ambiente reparador, de esperanza y logros compartidos. Los drogodependientes, en general, son pacientes con una alta suspicacia que los puede hacer desconfiar a través de cualquier mínimo signo que ellos interpreten de modo negativo y es importante que puedan manejarse en un contexto donde tengan mayor seguridad para expresarse sin sentirse juzgados, generando un ambiente y unas relaciones de apoyo en el transcurso del proceso que puedan ayudarles a avanzar, apoyarlos y aportarles otros puntos de vista.

Las sesiones en este módulo se van a dividir en grupos de ocho pacientes y se van a producir durante aproximadamente dos horas y media una mañana a la semana (con la flexibilidad pertinente para que ningún paciente se quede sin expresar aquello que desee), con un descanso intermedio de media hora de duración.

Las principales temáticas abordadas serán las siguientes: presentación del encuadre de trabajo y de los pacientes al grupo (sesión uno); información sobre el consumo de drogas y sus posibles

consecuencias (segunda sesión); sintomatología provocada por el consumo de drogas (tercera sesión); función del consumo en cada uno de los pacientes y reflexión acerca de sus porqués (cuarta sesión); deseo de consumo o craving, al cual le serán dedicadas dos sesiones dónde cada paciente podrá hablar de cómo ha mediado este aspecto en su vida y en su consumo (quinta y sexta sesiones). Después de estos aspectos se afrontará el estado anímico de los pacientes (sesiones séptima y octava); el trabajo de la agresividad (novena sesión) y la promoción de las habilidades de autorregulación (sesiones décima y undécima), de resolución de problemas (sesiones duodécima y decimotercera) y de comunicación (decimocuarta sesión). Por último se trabajarán aspectos más relacionados con la vida de la persona como su situación económica (sesión decimoquinta) y laboral (sesión decimosexta) y tras esto se procederá a abordar los núcleos relacionales de los pacientes, comenzando por el de la pareja (decimoséptima y decimooctava sesiones); la familia (decimonovena y vigésima); las redes sociales (vigésimoprimera sesión); y la educación en unas relaciones saludables (vigésimosegunda sesión); el trabajo con su historia vital para proceder a su elaboración (vigésimotercera, cuarta y quinta sesiones); y con su identidad (vigésimosexta y séptima sesiones).

Se dejarán unas sesiones de rigor (10 aproximadamente) hasta el final de la terapia, para reforzar conceptos ya trabajados y poder abordar temáticas que surjan sobre la marcha. Así mismo, se tendrán en cuenta estas sesiones a la hora de trabajar aspectos que los propios pacientes crean necesarios y abordar conflictos que puedan ir surgiendo en el transcurso del protocolo y de cada una de las sesiones concretas a llevar a cabo.

La primera de las sesiones grupales será dedicada a la presentación de cada paciente al grupo de trabajo y al planteamiento del encuadre dentro del cual se trabajará posteriormente. En sesiones posteriores se procederá según el siguiente ejemplo de sesión. Tras la llegada al grupo de trabajo, los pacientes y el terapeuta se saludan y se sientan en círculo para poder verse entre ellos. Tras esto, el terapeuta inicia el grupo presentando la temática a tratar en dicha sesión. La primera media hora de la sesión grupal se dedica a psicoeducar a los pacientes acerca de la materia a tratar en ese día, tras lo cual se procede a dar el turno de palabra a quienes quieran ir interviniendo para aportar sus ansiedades y/o experiencias a este respecto (si alguien ha tenido una semana muy dura se le da prioridad). Una vez que cada uno de los pacientes ha intervenido, se da la palabra en orden al resto para que puedan comenzar con la devolución, aconsejando y/o aportando sus impresiones a la persona que acaba de intervenir (se debe respetar en todo momento que alguno no quiera participar en esta devolución). Cuando todos aquellos que lo deseen haya aportado sus impresiones, el terapeuta hace un repaso o síntesis de las aportaciones más importantes o aquellas que la persona debería tener más en cuenta y en caso de que quede algo importante por decir, aporta su propia visión acerca de la temática tratada confrontando a cada paciente, interpretando aquello que haya dicho intentando aportarle una nueva perspectiva, parafraseando sus contenidos y/o reforzando sus avances. Así mismo, el terapeuta se encargará de moderar el grupo evitando interrupciones a compañeros y dando

turnos de palabra, además de aplicar las técnicas correspondientes, específicas a cada sesión y contenido a trabajar.

La última media hora de cada sesión será dedicada a hacer una síntesis y resaltar los contenidos más importantes tratados durante la misma, así como a que cada uno de los pacientes pueda expresar lo que esta sesión le ha aportado.

Intervención familiar

Este módulo del protocolo, al igual que el anterior, se extenderá a lo largo de los 9 meses que dura la fase de rehabilitación y va a comprender los siguientes objetivos:

- Solucionar en la medida de lo posible conflictos familiares que puedan estar en el origen o mantenimiento del consumo del paciente.
- Aportar a la familia una visión más realista de la problemática del paciente.
- Fomentar la empatía y el apoyo entre los miembros de la familia.
- Aportar herramientas para una comunicación sana entre sus miembros.
- Promover unas relaciones positivas y saludables.

Por la importancia que puede tener tanto la familia de origen como la pareja en el inicio y mantenimiento de este tipo de problemáticas y en su posterior rehabilitación, tal y como se ha visto a lo largo del marco teórico e indican varios autores como Iraurgi-Castillo *et al.* (2004), Gómez-Sanabria *et al.* (2000) y Morcillo-García (2015), se hace primordial tenerlos en cuenta a lo largo de la intervención, en los casos en los cuales el paciente cuente o pueda contar con este tipo de vínculos. En algunos casos la relación puede ser inexistente, algo común en estos pacientes debido a los conflictos que puede haber ocasionado su problemática durante años en estas relaciones. Si esto es así, se trabajará en sesiones individuales un posible acercamiento a la familia, abordando los conflictos que la persona pueda tener con la misma y que le impiden este acercamiento. Por otro lado, se llevará a cabo un refuerzo individual de las habilidades trabajadas en otros módulos, como el grupo de terapia, que puedan ser necesarias para propiciar este reencuentro. Si éste finalmente se acaba produciendo, se procederá a iniciar las sesiones programadas para la intervención familiar.

En caso de que esto no sea posible por la negativa del paciente, de la familia o porque éste no cuente con ningún familiar ni pareja al que poder recurrir a este respecto, se acudirá a los voluntarios del centro para que en la hora dedicada de manera semanal a la terapia familiar puedan realizar distintos tipos de actividades con estas personas (acompañamiento a diferentes recados que los pacientes deban hacer, aspectos de su vida diaria que deban resolver, actividades que deseen llevar a cabo, etc.).

Las sesiones de la intervención familiar se van a desarrollar de manera individual durante una hora a la semana, en un comienzo, para posteriormente pasar a ser quincenales cuando los conflictos o situaciones a solucionar se vayan moderando. Las principales temáticas a tratar versarán sobre los roles y las pautas de relación familiar; la violencia familiar, si ésta existiese; los vínculos y la comunicación entre los miembros de la familia; las consecuencias del consumo en estas relaciones; las actitudes facilitadoras y protectoras del consumo dentro del entorno familiar; el fomento del apoyo, el cuidado mutuo y la comprensión entre los distintos miembros del núcleo familiar; y el trabajo de las emociones que todos estos contenidos puedan desencadenar. Por su importancia, especificidad de cada conflictiva y amplitud del tiempo con el que se cuenta, las sesiones dedicadas a cada problemática se adaptarán a las características de cada familia.

Para ello se partirá de una primera sesión en la cual se evaluarán sus principales problemáticas a través de una entrevista no estructurada con la familia y el paciente, tras lo cual se comenzará a trabajar con los contenidos citados en el párrafo anterior.

A partir de esta primera toma de contacto, se trabajará en cada sesión siguiendo la siguiente estructura: en primer lugar, se dejará un pequeño espacio de tiempo para que la familia y el paciente se puedan expresar libremente y plantear los conflictos que han vivido durante la semana, tras lo cual se les intentará dar orientación a la hora de resolverlos. Una vez llevada a cabo esta labor, se planteará el contenido a trabajar en la sesión concreta en la cual se encuentren y se dará la palabra a los asistentes para que relaten aquellas problemáticas relacionadas con estos aspectos manifestadas en el núcleo familiar. A partir del relato de las vivencias de cada uno de los miembros de la familia, se intentarán modificar las pautas relacionales entre los miembros y generar unas relaciones más saludables mediante el uso de técnicas principalmente psicodramáticas, destinadas a que cada persona de la familia se ponga en el lugar de las demás, además de las pertinentes técnicas específicas a cada sesión, que pueden verse de manera detallada en el cronograma del protocolo.

Con el fin mencionado anteriormente, se aportan los siguientes ejemplos de técnicas a emplear: por un lado, la dramatización de distintas las distintas escenas conflictivas expuestas por los miembros de la familia. Se pedirá que los principales implicados lleven a cabo una inversión de roles y escenifiquen estas escenas mediante role-playing, partiendo del compromiso por parte de los involucrados de comportarse en la medida de lo posible y tanto como puedan como el otro al que representan. Otra posible actividad procedería de la petición del psicólogo de un intercambio de sillas entre los presentes. Este cambio implicaría que cada uno de ellos debería actuar como aquel cuya silla le ha tocado ocupar, intercambiando sus papeles tanto en sus actitudes como en sus palabras, buscando que aquel que se ve representado pueda obtener una visión exterior de su propio comportamiento. Así mismo, también se podrían emplear la técnica del espejo, a través de la cual uno de los presentes representa una escena completa para que los protagonistas de la misma la puedan

ver desde una posición externa y puedan tomar una mayor conciencia de su actuación en dicha situación.

Al finalizar cada una de estas sesiones se procederá, con la ayuda del terapeuta, al comentario de las situaciones representadas mediante las diferentes técnicas, para discutir los diferentes puntos de vista aportados y trabajar las distintas emociones removidas en los participantes mediante su reconocimiento, validación y contención.

Terapia individual

Se trata del módulo fundamental del programa y como tal se desarrollará, al igual que los anteriores, a lo largo de los nueve meses que dura esta fase. Este módulo, el cual se llevará a cabo a través de la Terapia de Aceptación y Compromiso mediante una adaptación del esquema de trabajo de Wilson y Luciano-Soriano (2002), se justifica desde la perspectiva de que la evitación experiencial inflexible es un componente central en muchos trastornos como, por ejemplo, las drogodependencias (Luciano-Soriano y Valdivia-Salas, 2006), pudiendo ser un factor de importante influencia en el comportamiento de estos pacientes. Además, es de primordial importancia la introducción de un módulo individual que permita que el protocolo se adapte, en su aplicación, a las características vitales, históricas, personales y de sexo, cultura, raza, patología, etc., de cada uno de los pacientes a tratar durante el mismo. Debido a ello, se plantea este módulo con los siguientes objetivos:

- Modificar patrones de actuación que impliquen la evitación automática del malestar ocasionado por emociones o eventos vitales negativos.
- Promover otro tipo de actuaciones que permitan el desarrollo de una vida basada en algo más que la búsqueda indiscriminada de placer o evitación del dolor.
- Potenciar la flexibilidad y la aceptación de todo tipo de sucesos vitales.
- Adquirir la capacidad de ver los sucesos y los pensamientos que éstos suponen con perspectiva y dándoles otro valor e importancia.
- Promover la permisión de eventos y sentimientos negativos y la búsqueda de soluciones centradas en el problema.
- Potenciar la distinción entre los sentimientos y emociones dependientes del contexto y la definición del yo en base a dichas emociones.
- Clarificar los valores con los que la persona desea guiar su vida.
- Permitir un vasto repertorio de acciones que permitan avanzar hacia actuaciones valiosas para la persona.

- Fomentar el compromiso con la trayectoria elegida y la lucha por su consecución, asumiendo los eventos que sobrevengan a lo largo de este camino.

Con esta intervención se pretende modificar la manera de afrontar las emociones y acontecimientos vitales de los pacientes, ya que los estudios nos muestran como estas personas tienen tendencia a centrarse en el malestar y buscar evitarlo, en lugar de emplear otras estrategias de afrontamiento demostradas más eficaces.

Por ello, se partirá de una sesión semanal de una hora de duración con cada uno de los pacientes y se procederá a la aplicación de esta técnica, previo análisis funcional de su evitación experiencial, con el objetivo de adaptar y ajustar las técnicas a emplear.

Los contenidos a trabajar en estas sesiones estarán relacionados con la discriminación de las emociones y cogniciones, la flexibilidad de la reacción ante ellas y ante los acontecimientos que se vayan sucediendo en la vida del paciente, la clarificación de los valores que desea que guíen sus actuaciones, las acciones a llevar a cabo para alcanzar dichos valores, la aceptación del momento presente como es, la contextualización de los pensamientos y las emociones que éste siente y el trabajo con la responsabilidad y el compromiso con la trayectoria vital escogida. Para ello, un ejemplo de la estructura de las sesiones sería el siguiente (siempre teniendo en cuenta que este tipo de terapia es flexible y debe, por necesidad, adaptarse a cada caso particular):

En un primer momento y con la evaluación ya realizada, se cita al paciente a una primera sesión dónde se le explica el modelo de trabajo a llevar a cabo y se parte de sus motivaciones de consumo para comenzar a trabajar a partir de las mismas. Para que al paciente le quede claro el modo de funcionamiento del módulo, se le da la información pertinente y se proponen dos metáforas: la de los dos escaladores -con el fin de subrayar el trabajo conjunto que supone la terapia- y la del diente enfermo para recalcar que algunas sesiones serán dolorosas pero que esto forma parte del proceso y quiere decir que se está avanzando en el camino correcto-. A esto se dedicará la primera de las sesiones de intervención, ya que es muy importante que éste comprenda que el trabajo va a ser suyo y no va a ser una labor fácil. Además de ello, se lleva a cabo el análisis funcional de su conducta, análisis que supondrá la base a partir de la cual adaptar el resto de las intervenciones.

Tras este primer momento, el objetivo principal del terapeuta será informar al paciente del resultado de su evaluación y trabajar con él el modo en que ha usado hasta ahora las drogas como un medio de evitación de determinados acontecimientos en su vida o de determinado tipo de emociones negativas, para que éste pueda tener una visión más clara del camino que ha seguido hasta ahora.

Una vez finalizado este primer acercamiento, es primordial trabajar la dirección hacia la cual desea tornar su vida. Para ello puede plantearse la metáfora de las calles con tiendas para que éste pueda expresar hacia dónde le gustaría ir y qué se lo impide o le hace cambiar su dirección, es decir, se buscaría comprender con el mayor detalle posible cuál es el camino que el paciente desea seguir, su

lugar de destino, así como las dificultades que ha experimentado y experimenta para llegar y cómo el consumo ha podido suponer un obstáculo en la consecución de sus valores.

A partir de lo entablado en esta sesión se procederá a generar la desesperanza creativa, uno de los pasos fundamentales en este tipo de acercamiento terapéutico. Ésta se llevará a cabo a través del planteamiento de metáforas como la del hombre en el hoyo. La idea es ayudar a la persona a apreciar que está siguiendo una estrategia equivocada, que pare un momento y mire a su alrededor tomando otro punto de vista de su situación y se abra a la comprensión de que este modo de actuar sólo mitiga el problema a corto plazo, pero no sólo no lo soluciona, sino que empeora su situación y le impide conseguir aquello que desea. En este momento es importante que el paciente tenga claros cuales son los valores importantes para él y la forma en que esta solución le ha hecho distanciarse de ellos, aspecto que es importante seguir trabajando a lo largo de todo el módulo.

Una vez alcanzada esta primera aproximación a la comprensión de sus actuaciones y de sus aspiraciones y conseguido un primer paso hacia la motivación para el cambio de estrategias, es muy relevante pedirle que hable acerca de su deseo de consumo y sus ansiedades respecto a ello, así como de las situaciones donde éste aparece con mayor frecuencia. Como persona en proceso de abstinencia, es importante tener en cuenta que este deseo va a surgir en muchos momentos del proceso y debe tenerse en cuenta y trabajarse la flexibilidad de respuesta ante el mismo. Para ello, se proponen al paciente varias sesiones donde se llevarán a cabo ejercicios de exposición a la droga en imaginación. En primer lugar, se establecerán una serie de situaciones en las que el paciente suela experimentar este deseo, situaciones ya evaluadas con anterioridad, y se generará con él una jerarquía de exposición, graduada de menor a mayor sentimiento de ansiedad y deseo de consumo. Tras esto, se procederá a llevar a cabo los ejercicios de exposición, que mantendrán la exposición de cada escena hasta que durante dos veces consecutivas ésta no le genere malestar alguno a la persona. Es importante que en estos ejercicios se incluya alguna escena en la cual el paciente fracase en su intento de controlar su abstinencia, ya que es un aspecto que puede generar también cierta ansiedad y que no es extraño que vaya a ocurrir. Tras esto, la persona debe expresar cómo le ha hecho sentir este suceso en el pasado y cómo lo haría sentir en el futuro. Esta tarea no busca de manera primordial eliminar los patrones de respuesta, sino flexibilizarlos a través de la reflexión sobre los contenidos que emergen en estas situaciones. Además de ello, se buscará ir exponiendo al paciente a situaciones que se pueden dar a lo largo de su recuperación, así como hacerle comprender la diferencia entre un sentimiento de malestar por haber consumido y una identificación de su yo con ese consumo. Es importante que comprenda que habrá momentos en los que pueda recaer y que eso no lo identifica como un fracasado, sino que son baches normales en el proceso de consecución de sus valores, que no lo han de frenar en su proceso.

Puesto que el paciente afrontará ciertas dificultades a este respecto a lo largo del proceso, también es importante dedicar varias sesiones a hablar de las mismas, empleando metáforas como la del globo

en el estómago y la gran ola, para que entienda que esta ansia de consumo se incrementa y puede parecer insoportable en ciertos momentos, pero finalmente y si se la deja actuar un tiempo centrándose en su vida y no en la resolución de dicho malestar, ésta acaba disminuyendo.

Llegados a este punto y con el resto de fases en su mayoría culminadas, es primordial clarificar con la persona acciones que le llevarían a conseguir sus valores y promover el compromiso con estas acciones. Si el paciente fracasa y presenta ejemplos de fracasos en el pasado y de los que cree que tendrá en el futuro, que lo desorienten de su camino hacia el logro de sus metas, aspecto que será común encontrar, se le reorienta explicando historias como la de la conducción, por ejemplo. Así mismo, se puede exponer la metáfora de la tortuga como ejemplificación del compromiso con sus valores, aspecto de gran relevancia en este tipo de intervención.

Cada uno de estos niveles de intervención puede conllevar una o varias sesiones de tratamiento en función de la velocidad de progreso del paciente y de la necesidad de refuerzos o retrocesos en el camino, pero existen en cualquier caso altas probabilidades de que ambos agentes de cambio deban retroceder, reforzar o volver a trabajar una de las fases anteriores y de que estas fases se superpongan en el tiempo.

A medida que la persona adquiera mayor independencia con respecto al apoyo del terapeuta a la hora de resolver sus propias dudas y reorientar sus acciones, las sesiones se irán distanciando y pasarán a ser quincenales con el objetivo de que su autonomía a este respecto vaya incrementándose. Para que éste entienda este distanciamiento e ir así cerrando la terapia, se le proponen metáforas como la de “ya sabes conducir”.

Es importante tener en cuenta que, en caso de que algún paciente padezca algún tipo de patología mental leve concomitante al abuso y/o dependencia de cocaína, así como algún otro tipo de toxicomanía, aparte de ser tratada en el resto de módulos del programa ésta será intervenida de manera específica en esta parte del protocolo y mediante este mismo tipo de terapia, ya que la Terapia de Aceptación y Compromiso se encuentra indicada para varios tipos de trastornos y no sólo el tratado en este trabajo. En este caso el número de sesiones incrementaría su frecuencia a dos semanales con la misma duración (una hora) con el objetivo de separar ambos tipos de tratamientos que, aunque tratados con la misma técnica, deberían adaptar sus aplicaciones a la problemática particular a tratar. Además de ello, la supervisión médica será constante y se recetará la medicación oportuna durante el tiempo que el profesional sanitario determine necesario, si ello se considera beneficioso para paliar su sintomatología y poder trabajar de un modo más adecuado.

Taller de Arteterapia

Este módulo será llevado a cabo durante una sesión grupal de una hora de duración una vez a la semana, durante toda la fase de rehabilitación. En él, los pacientes serán divididos en grupos de máximo ocho integrantes en base a sus características de mayor o menor gravedad. Su inclusión se

justifica en base a la importancia de la adquisición de nuevos modos de expresión y relación con el propio cuerpo y de adquisición de un convencimiento emocional que guíe al paciente a lo largo de su proceso. Se plantea con los siguientes objetivos:

- Favorecer la expresión emocional a través de vías diferentes a las habituales.
- Promover nuevos modos de relación con el cuerpo.
- Llevar a cabo un trabajo de reelaboración positiva de la historia vital a través de la expresión plástica y el trabajo narrativo posterior.
- Fomentar el autonocimiento del paciente y la construcción de una identidad sana y propia a través de su creatividad.

A lo largo de este módulo se pretende que los pacientes puedan expresarse libremente, por lo que en las sesiones se proporcionará material plástico de todo tipo del que podrán disponer a su elección. Debido a que a algunos puede resultarles intimidante este taller por la posible presión de realizar un buen trabajo artístico, será muy relevante mantener una actitud abierta y de acogimiento que les permita ir cogiendo confianza en sí mismos y en su capacidad para expresarse mediante estas técnicas, para muchos novedosas.

Por el motivo anteriormente expresado, la primera de las sesiones estará dedicada a psicoeducar acerca de este tipo de terapias, su procedimiento, la expresión emocional y sus beneficios en esta población, es decir, encuadrar este tipo de intervención, con un lenguaje adaptado al de los implicados. Las siguientes sesiones estarán destinadas a trabajar con la imagen del propio cuerpo, la reelaboración positiva de su vida pasada, recuerdos felices y tristes, el trabajo con su identidad y el desarrollo de la creatividad, dedicando aproximadamente 5 sesiones a cada aspecto planteado debido a que la magnitud e importancia de cada temática puede requerir perfectamente de dicha extensión temporal. Así mismo, se reservará un número prudencial de sesiones (unas 10) para tratar otros posibles planteamientos que puedan ir surgiendo en el trascurso del proceso.

Para ello, se comenzará con la propuesta de cierta consigna, tras lo cual y a través del material plástico disponible, el método de expresión que cada uno considere oportuno y sin buscar una obra magnífica, el paciente podrá expresar con total libertad aquello planteado. Algunas consignas ejemplo para el tratamiento de los aspectos a tratar, anteriormente mencionados, podrían ser las siguientes: crear una obra a partir de su nombre o apodo y de lo que éste le evoca (trabajo con la identidad); crear algo a partir de lo que le despierte cierta música puesta en el taller (trabajo con la creatividad); crear una obra basada en un recuerdo feliz y uno triste (trabajo con la propia historia personal y los recuerdos); crear una obra a partir de su estado emocional (trabajo con la expresión emocional); y el dibujo de su cuerpo (trabajo con la imagen corporal). Es importante recalcar que las obras no tienen por qué ser realistas, sino que pueden expresarse como ellos deseen.

En la última parte de las sesiones se emplearán las obras creadas para que los pacientes, que hasta ese momento tan solo se habían expresado plásticamente, puedan hacerlo de una manera verbal y pongan en común lo que han querido representar, poniendo palabras a emociones, vivencias y dificultades que quizás de otro modo no hubiesen podido manifestar. Así mismo y si éstos así lo desean, pueden recibir una devolución acerca de estas obras por parte de compañeros y terapeuta, que ayudará a elaborar las distintas vivencias sacadas a la luz, así como a contener a los pacientes cuando esto resulte preciso.

Se debe dar el tiempo oportuno a cada persona para la consecución de dicha expresión, ya que algunos pacientes se pueden encontrar más bloqueados a la hora de expresarse libremente a través de este medio, al cual no están acostumbrados y pueden requerir, al menos en un primer momento, de una atención más cercana y especializada por parte de su terapeuta, que los permita ir desarrollando estas capacidades.

Taller de hábitos de vida saludable

Así mismo, por la importancia de consolidar el cambio en los hábitos de vida del paciente, ya iniciado en la fase de deshabituación, se llevará a cabo un taller con varios tipos de actividades grupales que buscarán, de manera general, cumplir los siguientes objetivos:

- Generar o restaurar, a la par que consolidar, unos hábitos de vida saludables.
- Fomentar la adquisición del placer por una vida sana.
- Desarrollar conocimientos que le permitan cuidar su salud a diferentes niveles.

Debido a que estos pacientes muchas veces tienen muy desestructurados sus hábitos de sueño, alimenticios, de estilo de vida, etc., por los descuidados hábitos que muchos de ellos llevan durante su dependencia, en la cual su motivación principal se centra en el consumo, se hace primordial retomar, enseñar y/o consolidar unos hábitos más acordes con una vida saludable, faceta muy relevante a la hora de centrar su vida y restaurar su ciclo biológico. Por ello, a lo largo de la intervención se incluirá un módulo desarrollado a través de tres talleres principalmente, que será estructurado de la siguiente manera:

- Taller de relaciones sexuales saludables: puesto que este tipo de población tiene un factor riesgo en la adquisición de enfermedades de transmisión sexual, un taller que aborde esta problemática, así como que pueda aportarles información personalizada acerca de sus dudas más acuciantes, se hace imprescindible. Para ello, de manera semanal a lo largo de dos meses, pudiendo alargarse si esto fuese necesario, se llevará a cabo un taller con una duración de dos horas donde se abordarán los aspectos más fundamentales de la protección sexual, así como se solicitará la sugerencia de temáticas de interés a los pacientes. Al final de cada sesión psicoeducativa se abrirá un debate para que los pacientes abran temas de conversación

y sus dudas puedan ser respondidas, pretendiendo modificar con ello las creencias erróneas que puedan tener sobre la sexualidad.

- Taller deportivo: taller semanal que durará los nueve meses a través de los cuales se extiende la fase de rehabilitación y se llevará a cabo con una frecuencia de dos veces a la semana durante una hora. En este taller se realizarán actividades deportivas de nivel bajo o moderado, puesto que estos pacientes muchas veces tienen muy mermadas sus capacidades en este aspecto y se trata, no de mantener un alto nivel de exigencia, sino de adquirir unos hábitos y un placer por el deporte que los haga interesarse por este aspecto y generar una posible actividad con la que sustituir su anterior consumo. Durante este taller y debido a que para muchos de ellos en un comienzo no será una actividad deseada, se llevarán a cabo actividades deportivas sugeridas por los mismos, para que puedan ir introduciéndose en la actividad de un modo más favorable. Así mismo, se dedicará la primera de las sesiones del taller a psicoeducar acerca de la importancia de la actividad deportiva para la salud y el bienestar personal.
- Taller de cocina: busca inculcar en estas personas el gusto por la cocina, a la par que enseñarles a cocinar recetas sanas y apetecibles que restauren el placer por la comida y por el cuidado de la salud desde esta perspectiva. Para ello, una vez a la semana durante toda la fase de rehabilitación y con unas dos horas de duración, los pacientes se reunirán con una persona que llevará a cabo con ellos diferentes propuestas de recetas. Éstas les serán enseñadas y posteriormente serán llevadas a cabo de una manera práctica por los propios pacientes, previa repartición de las tareas a desempeñar por parte de cada uno de ellos.

Cualquier avance en alguno de estos ámbitos será reforzado verbalmente por parte de los profesionales involucrados en el tratamiento, buscando apoyar el cambio y consolidarlo.

Actividades culturales

Este tipo de actividades serán llevadas a cabo de manera grupal a lo largo de los nueve meses que dura la fase de rehabilitación. Los objetivos perseguidos serán los siguientes:

- Generar un incremento cultural y con ello una mayor inmersión social y posibilidades laborales.
- Incrementar el placer por el conocimiento, aportando nuevos posibles hobbies con los que sustituir el consumo.
- Aportar nuevos puntos de vista sociales y culturales.
- Fomentar las actividades de ayuda y cooperación con los más desfavorecidos.

- Ayudar con los posibles deterioros cognitivos leves que puedan padecer estos pacientes a consecuencia de su dependencia.

Para ello, se llevará a cabo este módulo con una frecuencia semanal, dónde se alternará entre diferentes tipos de actividades: visitas culturales; actividades de voluntariado social; visitas a la biblioteca donde estos pacientes pueden leer, sacar libros, filmografía o lo que más les interese; visitas a monumentos y parajes naturales; así como el visionado y posterior discusión de películas relacionadas con diversas temáticas culturales y de actualidad, de interés para los mismos. Por el gasto de recursos que supone y la dificultad de realización, las visitas culturales serán llevadas a cabo con una frecuencia mensual.

En el caso de la actividad de videofórum, se proponen como ejemplo las siguientes películas que podrían tener un interés educativo en este sector poblacional: “Ágora”, por su visión de las mujeres y el machismo imperante; “Ciudad de Dios”, por su ejemplificación de la posibilidad de elegir tu destino; “Pequeña Miss Sunshine”, por su demostración del espíritu de lucha; “El indomable Will Hunting”, por su historia de superación personal y traumática; y “Báilame el agua”, por su muestra de la caída en la dependencia.

Se reforzará de manera verbal cualquier iniciativa cultural o cambio de hábitos en esta dirección que tengan los pacientes a lo largo del desarrollo del taller.

Módulo de Prevención de Recaídas

Llegados a este punto y una vez conseguida la abstinencia, resulta imprescindible introducir un módulo de prevención de recaídas debido a la importancia de prevenir situaciones en las cuales el deseo de volver a consumir esta sustancia se pueda ver reactivado. La importancia del taller se justifica debido a la alta probabilidad de que esto pueda suceder en dependientes a la cocaína, incluso años después de haber dejado el consumo y sin que el síndrome de abstinencia tenga porqué mediar, tal y como se ha visto a lo largo del desarrollo del marco teórico.

Además, es importante en este punto consolidar todos los avances conseguidos hasta el momento y aportar al paciente técnicas que le ayuden a enfrentar las distintas situaciones que puedan ponerlo en riesgo de una recaída a lo largo de lo que resta de fase y, sobre todo, en su proceso de autonomía y reinserción social posterior. Por todo ello, se introduce en la fase de rehabilitación un módulo de este tipo, adaptado del protocolo de trabajo original de Marlatt y Gordon (1985). Este módulo persigue los siguientes objetivos:

- Adquirir técnicas que ayuden a mantener la abstinencia a largo plazo.
- Descubrir factores de riesgo individuales en el inicio del consumo.

- Promover la evitación de situaciones potencialmente peligrosas.
- Promover estilos de afrontamiento seguros y eficaces.
- Consolidar y reforzar los cambios llevados a cabo a lo largo de todo el proceso.

Para ello, se llevará a cabo un taller grupal semanal durante una sesión de una hora de duración, que se extenderá a lo largo del último mes de la fase de rehabilitación. Un posible esquema de este taller partiría de una sesión inicial dedicada a educar a los pacientes acerca de la existencia de situaciones de riesgo de recaída, los tipos de situaciones más comunes y la importancia de unas buenas estrategias de afrontamiento para hacerles frente. Tras este primer momento, es importante la reflexión acerca de aquellas situaciones que puedan suponer un riesgo para cada uno de ellos, para lo cual se pueden dar algunos ejemplos tras los cuales los pacientes deben identificar aquellas que más le afectan a cada uno de ellos. Algunas de las situaciones que se podrían plantear como de riesgo son los estados emocionales negativos, las compañías o ambientes relacionados con las drogas, la soledad, las creencias irracionales acerca de la peligrosidad de un nuevo consumo, la presión y las situaciones problemáticas vitales, entre otras.

Tras esto se empleará una segunda sesión para enseñar a los pacientes a reconocer estas situaciones, es decir, las claves contextuales e individuales que pueden indicar un riesgo potencial de consumo. Es importante que tengan esto claro para que prime su sentido común por encima de un exceso de confianza puntual que los pueda llevar a una recaída y para que puedan poner en marcha las distintas estrategias enseñadas con el fin de ayudarlos en estas situaciones. Además de ello, se revisará con los pacientes los beneficios generales de mantener la abstinencia, así como aquellos beneficios particulares que esto aporta a cada uno de ellos dentro de la consecución y mantenimiento de sus valores, trabajados en el módulo de la Terapia de Aceptación y Compromiso.

Tras esto, se empleará una tercera sesión para la enseñanza de estrategias de afrontamiento. Por un lado, se prima la importancia de evitar compañías o lugares relacionados con su anterior consumo, así como la relevancia de tener en cuenta la existencia de riesgo de un nuevo consumo por mucho tiempo que la persona lleve abstinentes. Por otro lado, se dan estrategias para reconocer las situaciones emocionales que pueden incitar a un consumo y se enseñan técnicas de relajación para afrontar estas situaciones, así como se resalta la importancia de la petición de ayuda a personas que supongan un punto de apoyo importante si fuese necesario; de este modo se los dota tanto de estrategias relacionadas con la solución directa del problema como relacionadas con el aprovechamiento de sus recursos de apoyo.

Por último, se lleva a cabo una cuarta sesión dedicada a trabajar, mediante la historia vital de cada paciente, sus motivaciones para dejar la sustancia y cómo esto ha cambiado y creen que seguirá cambiando su vida, así como también cómo creen que recaer los podría perjudicar en este sentido. Se trabaja, así mismo, la posibilidad de la recaída y la importancia de no rendirse ante ello. Es muy

relevante que tengan este hecho como algo a evitar, pero también como un aspecto normal del proceso de recuperación para que no abandonen la intervención ante una posible situación de este tipo. Tras esto, se pone en práctica lo aprendido. Para ello, los pacientes que lo deseen pueden compartir con el resto de compañeros las situaciones de riesgo que ellos mismos han vivido, tras lo cual y mediante la técnica de role-playing, se escenificará la actuación correcta para el caso concreto. Todos los participantes que así lo deseen procederán a su discusión y a la propuesta de otras posibles alternativas de actuación.

A lo largo de los tres últimos meses se incluirá la participación de los pacientes en la sugerencia de actividades y mejoras para el funcionamiento del centro, reforzando verbalmente cualquier iniciativa a este respecto. Objetivos:

- Provocar un sentimiento de participación en el centro, de utilidad y validez.
- Enseñar a los pacientes a ser más autónomos en la organización de su vida diaria a través de la participación y planificación en la vida del centro.
- Incrementar su satisfacción y su sentimiento de integración.

FASE DE REINSECCIÓN

Al finalizar el proceso de tratamiento, los pacientes comienzan la fase de reincorporación en su entorno y de construcción de una nueva vida normalizada en el exterior. A lo largo de este periodo se los acompañará llevando a cabo un seguimiento, para el cual será necesario citarse con cada uno de ellos al mes, tres meses, seis meses y al año de haber finalizado el tratamiento (en caso de ser esto imposible, se llevará a cabo un contacto telefónico con esta misma frecuencia con cada uno de ellos). En estos seguimientos, desarrollados en sesiones de una hora de duración, se evaluará la situación de cada paciente y se trabajará de manera conjunta para afianzar los cambios conseguidos, abordar las posibles dificultades encontradas en el proceso de reinsección social de los mismos, dar contención y asesoramiento, así como consolidar y dar refuerzo respecto a los avances llevados a cabo en el proceso de reinsección.

Una vez finalizado el seguimiento se efectuará la evaluación postratamiento, a lo largo de tres sesiones, para evaluar la eficacia del protocolo de intervención propuesto. A lo largo de esta evaluación se aplicarán de nuevo los instrumentos psicométricos y entrevistas realizadas por el paciente en la evaluación inicial y se realizará su posterior comparación con los iniciales y con los del grupo control. Además, en esta última fase de evaluación se ofrecerá la posibilidad, a los pacientes que así lo deseen, de que rellenen un cuestionario de satisfacción con el centro y el protocolo, en el cual se admitirá la sugerencia de mejoras para ambos aspectos. Así mismo, se procederá al cierre del proceso y al refuerzo de los avances conseguidos durante su transcurso.

Es importante tener en cuenta que, en caso de que un paciente consiga los objetivos y su aparente mantenimiento en un plazo de tiempo menor al estipulado (sin ser éste muy significativo, por la importancia de la retención durante un cierto tiempo en el tratamiento para consolidar los cambios conseguidos), se valorará su finalización del programa y el paso al posterior seguimiento con anterioridad a lo acordado en un inicio.

6. CONCLUSIONES:

A pesar de que la dependencia a la cocaína es uno de los trastornos relacionados con sustancias más prevalentes en nuestro tiempo y de la investigación y propuestas existentes para su tratamiento, hoy en día sigue habiendo numerosas teorías acerca de su adquisición y mantenimiento sin haber una propuesta de intervención completamente eficaz en su erradicación o a la hora de paliar sus numerosos efectos negativos.

Quizás la respuesta a esta cuestión resida en que la única de las soluciones está en erradicar el problema de raíz, es decir, prevenirlo, pero no es esta una solución fácil ni 100% efectiva. Otra de las cuestiones a extraer podría derivar del hecho de que no hay un tratamiento efectivo para todos los pacientes, puesto que cada uno tiene algo en su historia vital, personalidad, motivaciones, circunstancias, etc., que lo hace único y por tanto proclive a que ese modo de terapia o ese protocolo haga mella o no en él. Esto parece dejarnos a los que buscamos una solución para su problemática, o para al menos mejorar sus circunstancias, con pocas opciones al respecto aparte de esperar que nuestra propuesta pueda ayudar a unos pocos durante al menos un período de tiempo más o menos largo, esperando, desde luego, que esta solución lo sea a largo plazo. Pero esta asunción no es tan verídica. En la realidad existen ciertos protocolos o intervenciones que resultan eficaces a la hora de intervenir con este tipo de población y quizás la clave está en aunar del mejor modo posible las técnicas y actividades que han demostrado tener un efecto positivo o reparador en estas personas, para crear algo que pueda ayudarlas y les permita generar unas estrategias, estilos de vida, relaciones, motivaciones e incluso aficiones, que les faciliten dejar atrás esta dependencia y las consecuencias que la misma conlleva.

Esto es lo que se ha pretendido a lo largo de este trabajo, para lo cual se ha partido, tanto de las limitaciones de las estrategias existentes en la actualidad, como de sus bondades, para intentar paliar las primeras y conjugar estas últimas en un mismo tratamiento, intentando aportar algo nuevo al conglomerado existente hoy día, esperando con ello poder ayudar a una población tan masacrada como es la población drogodependiente. A pesar de ello, no hemos podido evitar encontrarnos con ciertas limitaciones, ya que por una cuestión temporal y metodológica ha resultado imposible aplicar el protocolo y con ello evaluar sus resultados de manera real. Esto nos deja con unos resultados hipotéticos que tan sólo dejan entrever aquello que se esperaría encontrar y que podría no ser del todo real debido a la adaptación de las técnicas empleadas respecto a sus originales. A pesar de ello,

tanto el propio protocolo como el diseño de investigación propuestos, por su justificación teórica, pueden representar un punto de partida prometedor a partir del cual cotejar su eficacia y poder modificarlo o no en futuras aplicaciones e investigaciones en pro de mejorar su efectividad y posibilidades de aplicación de cara a un futuro próximo.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Abeijon, J. A. (2008). La comunidad terapéutica y la teoría sistémico-relacional. *Revista Española de Drogodependencias*, 33(3), 255-271.
- Ambrosio-Flores, E. (2008). Efectos de la cocaína en el ser humano. *Trastornos Adictivos*, 10(3), 151-165.
- Amor, P. J., Bohórquez, I. A., Corral, P. y Oria, J. C. (2012). Variables psicosociales y riesgos de violencia grave en parejas con abuso de sustancias tóxicas y maltrato previo. *Acción Psicológica*, 9(1), 3-18.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)* (pp. 561-562). Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.
- Becoña-Iglesias, E., Cortés-Tomás, M., Pedrero-Pérez, E. J., Fernández-Hermida, J. R., Casete-Fernández, L., Bermejo-González, M. P., Secades-Villa, R. y Tomás-Gradolí, V. (2008). *Guía Clínica de Intervención Psicológica en Adicciones*. Barcelona, España: Socidrogalcohol.
- Becoña-Iglesias, E. y Vázquez-González, F. L. (2001). *Heroína, cocaína y drogas de síntesis*. Madrid, España: Síntesis.
- Belda-Ferri, L., Cortés-Tomás, M. T. y Tomás-Gradolí, V. (2010). Comparación de psicopatología en pacientes dependientes de alcohol, de cocaína y policonsumidores. *Revista Española de Drogodependencias*, 35(4), 395-412.
- Blanco-Zamora, P. y Sirvent-Ruiz, C. (2006). Psicopatología asociada al consumo de cocaína y alcohol. *Revista Española de Drogodependencias*, 31(3 y 4), 324-344.
- Bobes, J., Sáiz, P. A., González, M. P. y Bascarán, M. T. (2001). Epidemiología del uso/abuso de cocaína. *Adicciones*, 13(1), 23-36.
- Bolinches, F., De Vicente, P., Castellano-Gómez, M., Pérez-Gálvez, B., Haro, G., Martínez-Raga, J. y Cervera, G. (2002). Personalidades impulsivas y trastornos por uso de sustancias: algo más que un diagnóstico dual. *Trastornos Adictivos*, 4(4), 216-222.

- Bonet-Álvarez, J., Salvador-Castellano, A., Torres-Rivas, C., Aluco-Sánchez, E., Cano-Vega, M. y Palma-Sevillano, C. (2015). Consumo de cocaína y estado de las funciones ejecutivas. *Revista Española de Drogodependencias*, 40(2), 13-23.
- Bowirrat, A. y Oscar-Berman, M. (2005). Relationship between dopaminergic neurotransmission, alcoholism, and Reward Deficiency Syndrome. *American Journal of Medical Genetics Part B (Neuropsychiatric Genetics)*, 132B, 29-37.
- Burgos-Moreno, J. M. (2015). *Análisis medicolegal en sujetos drogodependientes de la suspensión de la ejecución de las penas por sometimiento a tratamiento*. (Tesis de doctorado inédita). Universidad de Málaga, Málaga, España.
- Calafat, A., Juan, M., Becoña, E., Fernández, C., Gil-Carmena, E., Palmer, A., Sureda, P. y Torres, M. A. (2000). *Salir de marcha y consumo de drogas*. Madrid, España: Plan Nacional sobre Drogas.
- Camí, J. y Farré, M. (2003). Bases neurobiológicas de la adicción a drogas. *Drug Addiction, The New England Journal of Medicine*, 349(10), 975-986.
- Cano-Cervantes, G. J., Araque-Serrano, F. y Ortiz, A. C. (2011). Adicción, impulsividad y curvas temporales de deseo. *Adicciones*, 23(2), 141-148.
- Cañuelo-Higuera, B. y García-García, M. P. (2002). Perfil de los usuarios de cocaína. *Salud y drogas*, 2(2), 18-27.
- Carroll, K. M., Rounsaville, B. J. y Gawin, F. H. (1991). *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 17(3), 229-247.
- Cattan, A. (2005). Estudio comparativo de autoestima y habilidades sociales en pacientes adictos de una comunidad terapéutica. *Salud y drogas*, 5(1), 139-164.
- Cernuda-López, J. L. (2006). La intervención social en cocaína: una propuesta metodológica. *Revista Española de Drogodependencias*, 31(3 y 4), 387-401.
- Charro-Baena, B. y Martínez-Díaz, M. P. (1995). *Dinámica personal y familiar de los toxicómanos*. Madrid, España: Universidad Pontificia de Comillas.
- Cibersam (2015). Búsqueda de instrumentos. Madrid, España: Cibersam: Banco de Instrumentos y metodologías en Salud Mental. Recuperado el 6 de noviembre de 2017 de <http://bi.cibersam.es/busqueda-de-instrumentos>
- Corbin, W. R., Farmer, N. M. y Nolen-Hoekesma, S. (2013). Relations among stress, coping strategies, coping motives, alcohol consumption and related problems: a mediated moderation model. *Addictive Behaviors*, 38(4), 1912-1919.

- De la Fuente, L y Barrio, G. (1996). Control de los problemas de salud asociados al consumo de drogas en España: hacia un abordaje científico y priorizado. *Gaceta Sanitaria*, 10(57), 255-260.
- Del Bosque, J., Fuentes-Mairena, A., Bruno-Díaz, D., Espínola, M., González-García, N., Loredó-Abdalá, A., Medina-Mora, M. E., Nanni-Alvarado, R., Natera, G., Prospero-García, O., Sánchez-Huesca, R., Sansores, R., Real, T., Zinser, J. y Vázquez, L. (2014). La cocaína: consumo y consecuencias. *Salud Mental*, 37, 381-389.
- Dutra, L., Stathopoulou, G., Basden, S. L., Leyro, T. M., Powers, M. B. y Otto, M. W. (2008). A Meta-Analytic Review of Psychosocial Interventions for Substance Use Disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 165, 179-187.
- Ersche, K. D., Turton, A. J., Croudace, T. y Stochl, J. (2012). Who do you think is in control in addiction? A pilot study on drug-related locus of control beliefs. *Addictive Disorders & Their Treatment*, 11(4), 173-223.
- Falck, R. S., Wang, J., Siegal, H. A. y Carlson, R. G. (2004). The prevalence of psychiatric disorder among a community sample of crack cocaine users: an exploratory study with practical implications. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 192(7), 503-507.
- Fernández-Hermida, J. R. y Secades-Villa, R. (2000). La evaluación de los programas de tratamiento de drogodependencias. Implicaciones profesionales para los psicólogos. *Papeles del Psicólogo*, 77, 46-57.
- Fernández-Hermida, J. R., Carballo, J. L., Secades-Villa, R. y García-Rodríguez, O. (2007). Modelos teóricos de la conducta adictiva y recuperación natural. Análisis de la relación y sus consecuencias. *Papeles del Psicólogo*, 28(1), 2-10.
- Fernández-Sastrón, O., Fibla-Amselem, G. y Graña-Gómez, J. L. (2000). Relevancia del análisis cognitivo-conductual en la valoración de la imputabilidad en drogodependencias: estudio de un caso. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 1(0), 93-110.
- Fiala, M., Eshleman, A. J., Cashman, J., Lin, J., Lossinsky, A. S., Suarez, V., Yang, W., Zhang, J., Popik, W., Singer, E., Chiappelli, F., Carro, E., Winand, M., Witte, M. Arthos, J. (2005). Cocaine increases human immunodeficiency virus type 1 neuroinvasion through remodeling brain microvascular endothelial cells. *Journal of NeuroVirology*, 11(3), 281-291.
- Freixa, F. (2000). Una observación crítica sobre los avances en Neurociencias aplicables a las Drogodependencias. *Revista Española de Drogodependencias*, 25(1), 8-13.
- Freud, S. (1980). *Escritos sobre la cocaína*. Barcelona, España: Editorial Anagrama.

- García del Castillo, J. A. (2015). Concepto de vulnerabilidad psicosocial en el ámbito de la salud y las adicciones. *Salud y drogas*, 15(1), 5-14.
- García-Fernández, G., García-Rodríguez, O. y Secades-Villa, R. (2011). Neuropsicología y adicción a las drogas. *Papeles del Psicólogo*, 32(2), 159-165.
- García-Rodríguez, O., Secades-Villa, R., Álvarez-Rodríguez, H., Río-Rodríguez, A., Fernández-Hermida, J. R., Carballo, J. L., Errasti-Pérez, J. M. y Al-Halabí-Díaz, S. (2007). Efecto de los incentivos sobre la retención en un tratamiento ambulatorio para adictos a la cocaína. *Psicothema*, 19(1), 134-139.
- Garrido-Fernández, M., Torrado-Val, E. y Marcos-Sierra, J. A. (2010). Tipología familiar y deterioro asociado al consumo de opiáceos, en un grupo de pacientes en tratamiento con metadona. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 38(4), 196-203.
- Gawin, F. H. y Kleber, H. D. (1986). Abstinence symptomatology and psychiatric diagnosis in cocaine abusers. Clinical observations. *Archives of General Psychiatry*, 43(2), 107-113.
- Girón-García, S. (2007). Los estudios de seguimiento en drogodependencias: una aproximación al estado de la cuestión. *Trastornos Adictivos*, 9(2), 75-96.
- Generalitat de Catalunya (2011). *Guía de Práctica Clínica sobre el tratamiento de la dependencia de la cocaína*. Barcelona, España: Subdirección General de Drogodependencias.
- Goldstein, P. J. (1985). The Drugs/Violence Nexus: A Tripartite Conceptual Framework. *Journal of Drug Issues*, 39, 143-174.
- Gómez, J., Valderrama-Zurián, J. C., Tortajada, S., Girva, T., Clari, E. y Saiz, A. (2008). Cocaína, violencia y género desde el punto de vista de los profesionales. *Revista Española de Drogodependencias*, 33(2), 180-194.
- Gómez-Sanabria, A., Gala-León, F. J., Lupiani-Giménez, M. y Guillén-Gestoso, C. (2000). Drogas y salud familiar. *Revista Española de Drogodependencias*, 25(1), 279-300.
- González-Llona, I., Tumuluru, S., González-Torres, M. A. y Gaviria, M. (2015). Cocaína: una revisión de la adicción y el tratamiento. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(127), 555-571.
- González-López, A. D. (2014). Publicaciones e investigación con enfoque familiar en la Revista Española de Drogodependencias (2002-2012). *Revista Española de Drogodependencias*, 39(2), 74-81.
- González-Menéndez, A., Fernández-Hermida, J. R. y Secades-Villa, R. (2004). *Guía para la detección e intervención temprana con menores en riesgo*. Gijón, España: Colegio Oficial de Psicólogos.

- González-Moreno, A. M. (2006). Estrategias farmacológicas en el tratamiento de la adicción por cocaína. *Revista Española de Drogodependencias*, 31(3 y 4), 291-310.
- González-Sánchez, J. C. (2006). Alcohol y otras drogas. *Revista Española de Drogodependencias*, 31(3 y 4), 284-290.
- Haile, C. N., Mahoney, J. J., Newton, T. F. y De La Garza, R. (2012). Pharmacotherapeutics directed at deficiencies associated with cocaine dependence: focus on dopamine, norepinephrine and glutamate. *Pharmacology & Therapeutics*, 134(2), 260-277.
- Hernández, M. y Solano, J. C. (2007). Drogodependencias: un enfoque de género y estratificación social. *Inguruak. Revista de sociología*, 44, 273-289.
- Herrero, M. J., Domingo-Salvany, A., Torrens, M. y Brugal, M. T. (2008). Psychiatric comorbidity in Young cocaine users: induced versus independent disorders. *Addiction*, 103(2), 284-293.
- Herrero-Álvarez, S. (2001). Cocaína en el derecho penal español. *Adicciones*, 13(2), 227-247.
- Herrero-Yuste, M. N. (2001). *Experiencias sobre actuaciones con menores en situación de riesgo social y drogas. Bases teóricas y modelo de intervención*. Recuperado el 8 de septiembre de 2017 de <http://bibliodrogas.cl/biblioteca/documentos/R1888.pdf>
- Higgins, S. T., Budney, A. J., Bickel, W. K., Foerg, F. E., Donham, R. y Badger, G. J. (1994). Incentives improve outcome in outpatient behavioral treatment of cocaine dependence. *Archives of General Psychiatry*, 51(7), 568-576.
- Higgins, S. T., Delaney, D. D., Budney, A. J., Bickel, W. K., Hughes, J. R., Foerg, F. y Fenwick, J. W. (1991). A behavioral approach to achieving initial cocaine abstinence. *The American Journal of Psychiatry*, 148(9), 1218-1224.
- Iraurgi-Castillo, I., Sanz-Vázquez, M. y Martínez-Pampliega, A. (2004). Funcionamiento familiar y severidad de los problemas asociados a la adicción a drogas en personas que solicitan tratamiento. *Adicciones*, 16(3), 185-195.
- Lizasoain, I., Moro, M. A. y Lorenzo, P. (2002). Cocaína: aspectos farmacológicos. *Adicciones*, 14(1), 57-64.
- López, A. y Becoña, E. (2006). Dependencia de la cocaína y psicopatología a través del SCL-90-R. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11(1), 13-20.
- López, A., Becoña, E., Vieitez, I., Cancelo, J., Sobradelo, J., García, J. M., Senra, A., Casete, L. y Lage M. T. (2008). ¿Qué ocurre a los 24 meses del inicio del tratamiento en una muestra de personas con dependencia a la cocaína? *Adicciones*, 20(4), 347-356.
- López-Castilla, C. J. (2011). Mediación familiar en el proceso de rehabilitación de drogodependencias. *Revista de Mediación*, 4(8), 34-41.

- López-Durán, A. y Becoña-Iglesias, E. (2006a). Consumo de cocaína y psicopatología asociada: una revisión. *Adicciones*, 18(2), 161-196.
- López-Durán, A. y Becoña-Iglesias, E. (2006b). Patrones y trastornos de personalidad en personas con dependencia de la cocaína en tratamiento. *Psicothema*, 18(3), 578-583.
- López-Durán, A., Becoña-Iglesias, E., Casete-Fernández, L., Lage-López, M. T., Díaz-Castro, E., García-Janeiro, J. M., Senra-Comesaña, A., Cancelo-Martínez, J., Estévez-Vorkauf, C., Sobradelo-Lens, J., Vieitez-Fernández, I., Lloves-Moratinos, M. y Moneo-Montes, A. (2007). Dependencia de la cocaína y trastornos de personalidad. Análisis de su relación en una muestra clínica. *Trastornos Adictivos*, 9(3), 215-227.
- López-Hernández-Ardieta, M. (2010). Intervención psicológica en un trastorno adictivo desde el paradigma conductista radical. *Salud y Drogas*, 10(2), 37-46.
- López-Hernández-Ardieta, M. (2013). *Estudio de comparación entre la Terapia de Aceptación y Compromiso y la Terapia Cognitivo-Conductual en drogodependientes*. (Tesis de doctorado inédita). Universidad de Almería, Almería, España.
- López-Torrecillas, F., Bulas, M., Ramírez, I. y Verdejo, A. (2001). El apoyo familiar y sus implicaciones en las habilidades de afrontamiento en las drogodependencias. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 1(2), 73-91.
- López-Torrecillas, F., Salvador, M. M., Ramírez, I. y Verdejo, A. (2002). El papel de la autoeficacia en el tratamiento de las drogodependencias. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 2(1), 21-31.
- Lorea-Conde, I., Tirapu-Ustarroz, J., Landa, N. y López-Goñi, J. J. (2005). Deshabitación de drogas y funcionamiento cerebral: una visión integradora. *Adicciones*, 17(2), 121-129.
- Luciano-Soriano, M. C. y Valdivia Salas, M. S. (2006). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 27(2), 79-91.
- Madoz-Gúrpide, A., Ochoa-Mangado, E. y Martínez-Pelegrín, B. (2009). Consumo de cocaína y daño neuropsicológico. Implicaciones clínicas. *Medicina Clínica*, 132(14), 555-559.
- Mansilla-Izquierdo, F. (2007). Reflexiones en torno a la drogodependencia y el medio laboral. *Revista Española de Drogodependencias*, 32(1), 63-67.
- Marín Romero, B. (2006). Dependencia de cocaína y Terapia de Aceptación y Compromiso. *Análisis y Modificación de Conducta*, 32(146), 781-798.
- Martí-Esquitino, J., Carballo-Crespo, J. L., Cárceres-Arnau, I., García-Ruiz, A. M. y Gómez-Sánchez, R. M. (2012). Tratamiento psicosocial de las adicciones basado en el Modelo Matriz en un centro público: un estudio piloto. *Salud y Drogas*, 12(2), 253-272.

- Martín-González, E. (2000). Psicología y drogas: aproximación histórica, situación actual y perspectivas de futuro. *Papeles del Psicólogo*, 77, 3-12.
- Martínez-González, J. M., Albein-Urios, N., Lozano-Rojas, O. y Verdejo-García, A. (2014). Aspectos diferenciales del riesgo de abandono al inicio del tratamiento de la adicción a la cocaína en pacientes con trastornos de la personalidad. *Adicciones*, 26(2), 116-125.
- Martínez-González, J. M., Albein-Urios, N., Lozano-Rojas, O. y Verdejo-García, A. (2015). Variables de interés clínico en el tratamiento cognitivo-conductual de la adicción a la cocaína: Especificidad de los trastornos de la personalidad. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 20(2), 115-123.
- Martínez-González, J. M. y Verdejo-García, A. (2011). Creencias básicas adictivas y craving. *Adicciones*, 23(1), 339-352.
- Martínez-González, J. M. y Verdejo-García, A. (2012). Evolución de las creencias nucleares relacionadas con la adicción en drogodependientes con y sin trastorno de personalidad. *Adicciones*, 24(3), 229-238.
- Matellanes-Matellanes, M. (2000). Análisis de la evolución de las respuestas asistenciales en drogodependencias durante la última década. *Papeles del Psicólogo*, 77, 13-17.
- Maude-Griffin, M., Hohenstein, J. M., Humfleet, G. L., Reilly, P. M., Tusel, D. J. y Hall, S. M. (1998). Superior Efficacy of Cognitive-Behavioral Therapy for Urban Crack Cocaine Abusers: Main and Matching Effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(5), 832-837.
- McCance-Katz, E. F., Kosten, T. R. y Jatlow, P. (1998). Concurrent use of cocaine and alcohol is more potent and potentially more toxic than use of either alone- a multiple-dose study. *Biological psychiatry*, 44(4), 250-259.
- Medina-Mora, M. E., Natera, G., Borges, G., Cravioto, P., Fleiz, C. y Tapia-Conyer, R. (2001). Del Siglo XX al Tercer Milenio. Las adicciones y la salud pública: drogas, alcohol y sociedad. *Salud Mental*, 24(4), 3-19.
- Molinero, J. M. (2013). Terapia de aceptación y compromiso (ACT) y adicciones. *Proyecto*, 81, 18-19.
- Morcillo-García, J. (2015). *Inteligencia emocional y prevención de recaídas en pacientes en tratamiento por dependencia a la cocaína*. (Tesis de doctorado inédita). Universidad Miguel Hernández, Alicante, España.
- Morera-Pérez, B. (2000). Aspectos bioéticos de la asistencia al drogodependiente. *Adicciones*, 12(4), 515-526.

- Newton, T. F., De la Garza, R., Brown, G., Kosten, T. R., Mahoney, J. J. y Haile, C. N. (2012). Noradrenergic $\alpha 1$ receptor antagonist treatment attenuates positive subjective effects of cocaine in humans: a randomized trial. *PLOS ONE*, 7(2), e30854.
- National Institute of Drug Abuse, NIDA (2010). *Principios de tratamientos para la drogadicción: Una guía basada en las investigaciones*. Recuperado el 6 de noviembre de 2017 de <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/principios-de-tratamientos-para-la-drogadiccion/principios-de-tratamientos-eficaces>
- Obert, J. L., McCann, M. J., Marinelli-Casey, P., Weiner, A., Minsky, S., Brethen, P. y Rawson, R. (2000). The matrix model of outpatient stimulant abuse treatment: history and description. *Journal of Psychoactive Drugs*, 32(2), 157-164.
- O'Brien, C. P., Childress, A. R., McLellan, T. y Ehrman, R. (1990). Integrating systemic cue exposure with standard treatment in recovering drug dependent patients. *Addictive Behaviors*, 15(4), 355-365.
- Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT) (2016). *Informe 2016. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Madrid, España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA) (2016). *Informe Europeo sobre Drogas. Tendencias y novedades*. Luxemburgo: Oficina de publicaciones de la Unión Europea.
- Ouimette, P. C., Kimerling, R., Shaw, J. y Moos, R. H. (2000). Physical and Sexual Abuse Among Women and Men with Substance Use Disorders. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 18(3), 7-17.
- Ovejero-Bernal, A. (2007). Adicciones y contexto sociocultural: perspectivas psicosociológicas críticas. *Revista Española de Drogodependencias*, 33(3), 292-309.
- Pascual-Pastor, E. (2001). Aproximación histórica a la cocaína. De la coca a la cocaína. *Adicciones*, 13(2), 7-22.
- Pedrero-Pérez, E. J. (2002). *Atribuciones en drogodependencias*. Recuperado el 16 de julio de 2017 de <http://www.psiquiatria.com/adicciones/atribuciones-en-drogodependencias/#>
- Pedrero-Pérez, E. J. (2008). El tratamiento de la dependencia de la cocaína «guiado por la personalidad». *Trastornos Adictivos*, 10(4), 226-241.
- Pedrero-Pérez, E. J. y Puerta-García, C. (2001). Atención a usuarios de cocaína desde un centro de atención a drogodependencias (CAD-4). *Trastornos adictivos*, 3(1), 11-20.

- Pedrero-Pérez, E. J., Puerta-García, C., Lagares-Roibas, A. y Sáez-Maldonado, A. (2003). Prevalencia e intensidad de trastornos de personalidad en adictos a sustancias en tratamiento en un centro de atención a las drogodependencias. *Trastornos Adictivos*, 5(3), 241-255.
- Pedrero-Pérez, E. J., Rojo-Mota, G. y Puerta-García, C. (2008). Estilos de afrontamiento del estrés y adicción. *Revista Española de Drogodependencias*, 33(4), 256-270.
- Pedrero-Pérez, E. J., Rojo-Mota, G. y Puerta-García, C. (2009). Valores sociales y adicción a la cocaína: diferencias entre adictos en tratamiento y población no clínica. *Revista Española de Drogodependencias*, 34(2), 167-185.
- Pereiro-Gómez, C. y Bermejo-Barrera, A. (2008). Daños relacionados con el consumo de cocaína: la punta del iceberg es lo que vemos. *Adicciones*, 20(1), 15-18.
- Pérez-Prior, N., Milara-Payá, J., Soler-Company, E., Ferrando-Piqueres, R., Caja-Calvo, M. y Romero-Barco, R. (2006). Trascendencia del cocaetileno en el consumo combinado de etanol y cocaína. *Revista Española de Drogodependencias*, 31(3 y 4), 254-270.
- Rawson, R. A., Huber, A., McCann, M., Shoptaw, S., Farabee, D., Reiber, C. y Ling, W. (2002). A comparison of contingency management and cognitive-behavioral approaches during methadone maintenance treatment for cocaine dependence. *Archives of General Psychiatry*, 59(9), 817-824.
- Rawson, R. A., Marinelli-Casey, P., Anglin, M. D., Dickow, A., Frazier, Y., Gallagher, C., Galloway, G. P., Herrell, J., Huber, A., McCann, M. J., Obert, J., Pennell, S., Reiber, C., Vandersloot, D., Zweben, J. (2004). A multi-site comparison of Psychosocial approaches for the treatment of methamphetamine dependence. *Addiction*, 99(6), 708-717.
- Rial-Boubeta, A., Torrado-Pérez, N., Braña-Tobío, T. y Varela-Mallou, J. (2010). Relación entre la calidad asistencial percibida y la actitud frente al tratamiento en drogodependencias. *Psicothema*, 22(4), 574-580.
- Rodríguez-Jiménez, R., Ponce, G., Jiménez-Arriero, M. A., Bagney, A., Cubillo, A. I., Aragües, M., Rubio, G. y Palomo, T. (2006). Bases psicobiológicas de la adicción a cocaína. *Revista Española de Drogodependencias*, 31(3 y 4), 311-323.
- Roig-Llavería, J., Guerrero, M., Faure, E., Sedó, C., Jokin-Goyburu, J. y Guerrero, J. J. (2000). Consumo de cocaína en usuarios de metadona. *Revista Española de Drogodependencias*, 25(1), 182-198.
- Romero, C., Rodríguez-Cintas, L., Barral, C., Fuste, G., Daigre, C., Ramos-Quiroga, J. A. y Casas, M. (2012). Adherencia al tratamiento en drogodependientes remitidos desde urgencias de psiquiatría a tratamiento ambulatorio. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 40(2), 63-69.

- Roncero, J., Ramos, J. A., Collazos, F. y Casas, M. (2001). Complicaciones psicóticas del consumo de cocaína. *Adicciones*, 13(2), 179-189.
- Sanabria-Carretero, M. A. y Villanueva-Gradín, C. (2001). Evolución terapéutica en adictos. Un estudio de seguimiento. *Revista Española de Drogodependencias*, 26(1), 57-66.
- Sánchez-Hervás, E. (2006). Tratamientos combinados en la adicción a drogas. *Trastornos Adictivos*, 8(1), 42-52.
- Sánchez-Hervás, E., Tomás-Gradolí, V. y Morales-Gallús, E. (2001). Evaluación psicopatológica en dependientes a Alcohol, Heroína y Cocaína mediante el Brief Symptom Inventory. *Adicciones*, 13(1), 61-66.
- Sánchez-Hervás, E., Molina-Bou, N., Del Olmo-Gurrea, R., Tomás-Gradolí, V. y Morales-Gallús, E. (2001). Craving y adicción a drogas. *Trastornos Adictivos*, 3(4), 237-243.
- Sánchez-Hervás, E., Secades-Villa, R., Santonja-Gómez, F. J., Zacarés-Romaguera, F., García-Rodríguez, O., Martín-Yanez, E., Calatayud-Francés, M. y García-Fernández, G. (2010). Abandono del tratamiento en adictos a la cocaína. *Adicciones*, 22(1), 59-64.
- Satel, S. L. y Edell, W. S. (1991). Cocaine-induced paranoia and psychosis proneness. *The American Journal of Psychiatry*, 148(12), 1708-1711.
- Secades-Villa, R., García-Rodríguez, O., Álvarez-Rodríguez, H., Río-Rodríguez, A., Fernández-Hermida, J. R. y Carballo, J. L. (2007). El programa de Reforzamiento Comunitario más Terapia de Incentivo para el tratamiento de la adicción a la cocaína. *Adicciones*, 19(1), 51-57.
- Secades-Villa, R., García-Rodríguez, O., Fernández-Hermida, J. R. y Carballo, J. L. (2007). Fundamentos psicológicos del tratamiento de las drogodependencias. *Papeles del Psicólogo*, 28(1), 29-40.
- Secades-Villa, R., García-Rodríguez, O., Higgins, S. T., Fernández-Hermida, J. R. y Carballo, J. L. (2008). Community reinforcement approach plus vouchers for cocaine dependence in a community setting in Spain: Six-month outcomes. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34, 202-207.
- Servicio Extremeño de Salud (2011). *Guía-Protocolo de Actuación en Personas con Trastorno por Consumo de Cocaína*. Mérida, España: Junta de Extremadura.
- Shalev, U., Grimm, J. W. y Shaham, Y. (2002). Neurobiology of Relapse to Heroin and Cocaine Seeking: A Review. *Pharmacological Reviews*, 54, 1-42.
- Shearer, J. (2007). Psychosocial approaches to psychostimulant dependence: a systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 32(1), 41-52.

- Solé-Puig, J. (2001). Tratamiento del consumo de cocaína. Integrando psicoterapia y farmacoterapia. *Adicciones*, 13(2), 209-225.
- Sutherland, I. y Shepherd, J. P. (2001). Social dimensions of adolescent substance use. *Addiction*, 96, 445-458.
- Stocco, P. (2008). Las Comunidades Terapéuticas para el Tratamiento de la Drogodependencia en Europa. *Revista Española de Drogodependencias*, 33(3), 272-290.
- Tomás-Dols, S. (2007). El problema de las drogas ayer y ahora. *Revista Española de Drogodependencias*, 32(4), 452-454.
- Torbay, A., Heras, M. C. y Marrero, M. (2003). Evaluación de las necesidades sociopersonales de drogodependientes desde un programa de intervención: la perspectiva de los implicados. *Anales de Psicología*, 19(2), 173-186.
- Tortajada-Navarro, S. (2010). Cocaína y conductas violentas desde una perspectiva de género. *Revista Española de Drogodependencias*, 35(3), 309-328.
- Universidad Complutense de Madrid (s.f.). Clasificación de instrumentos. Madrid, España: Universidad Complutense de Madrid. Recuperado el 6 de noviembre de 2017 de <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Menu%20instrumentos.htm>
- Valero-Aguayo, L., Ortiz-Tallo, M., Parra-García, M. M. y Jiménez-Guerra, M. (2013). Valoración de resultados y perfil psicosocial de un programa de rehabilitación de personas con drogodependencias. *Anales de Psicología*, 29(1), 38-47.
- Verdejo-García, A. y Bechara, A. (2009). A somatic marker theory of addiction. *Neuropharmacology*, 56, 48-62.
- Verdejo-García, A., Lawrence, A. J. y Clark, L. (2008). Impulsivity as a vulnerability marker for substance-use disorders: Review of findings from high-risk research, problem gamblers and genetic association studies. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 32, 777-810.
- Wills, T. A., Sandy, J. M. y Shinar, O. (1999). Cloninger's constructs related to Substance use level and problems in late adolescence: a mediational model based on self-control and coping motives. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 7(2), 122-134.
- Wilson, K. G. y Luciano-Soriano, M. C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid, España: Ediciones Pirámide.
- Young, A. M., Boyd, C. y Hubbell, A. (2000). Prostitution, drug use, and coping with psychological distress. *Journal of Drug Issues*, 30, 789-800.
- Zarza-González, M. J., Obert, J. L., Rawson, R. A., Palau-Muñoz, C., Perelló del Río, M., Sánchez-Máñez, A. y Cortell-Cortell, C. (2011). Tratamiento psicosocial Matrix para la adicción a

cocaína: componentes de un tratamiento efectivo. *Revista Española de Drogodependencias*, 36(1), 27-48.