



**Universidad**  
**Europea** MADRID

# **Trastorno por consumo de cocaína y alcohol y su relación con una inadecuada regulación emocional: enfoque cognitivo-conductual**

---

Máster de Psicología General Sanitaria

---

**Autora: Carolina Campos Clemente**

**Tutora clínica: Luzmari Brígido San Román**

**Tutora académica: Isabel Hernández Rivero**

## **Resumen**

En el presente estudio de caso clínico se describe la intervención psicoterapéutica llevada a cabo con un usuario de 42 años con trastorno grave por consumo de cocaína y leve de alcohol, relacionados con una inadecuada regulación emocional, desde una perspectiva cognitivo-conductual. El usuario acude al centro en Junio de 2022 con una alta motivación para el cambio, refiriendo un consumo de cocaína activo y diario desde los 17 años y en menor medida de alcohol. Manifiesta llevar un mes abstinente. Se realiza una evaluación psicológica utilizando: entrevistas, cuestionarios, autorregistro y observación directa y se establece un período de tratamiento de 12 meses. En el momento actual, el usuario está en su octavo mes de terapia y se han realizado 5 sesiones individuales y 43 grupales. El objetivo principal es la abstinencia a los tóxicos: cocaína y alcohol, estableciéndose también una serie de objetivos específicos. Estos objetivos se abordan desde diferentes técnicas como: psicoeducación, reestructuración cognitiva, entrenamiento en regulación emocional y en habilidades de afrontamiento, resolución de conflictos o comunicación asertiva. A pesar, de no haber finalizado el tratamiento, se puede asegurar que la aplicación de estas técnicas se ha materializado en cambios sustanciales en muchos de los objetivos fijados; aunque hay que seguir trabajando en regulación emocional, en sus relaciones afectivas y en prevención de recaídas.

## **Palabras clave**

Adicción, alcohol, cocaína, estudio de caso, regulación emocional, terapia cognitivo-conductual

***Abstract***

This clinical case study describes the psychotherapeutic intervention carried out with a 42-year-old patient with severe cocaine and mild alcohol use disorder, related to inadequate emotional regulation, from a cognitive-behavioral perspective. The user came to the center in June 2022 with a high motivation for change, reporting an active and daily cocaine consumption since he was 17 years old and to a lesser extent alcohol consumption. He states that he has been abstinent for one month. A psychological evaluation was carried out using interviews, questionnaires, self-recording and direct observation, and a 12-month treatment period was established. At the present time, the user is in his eighth month of therapy and has had 5 individual and 43 group sessions. The main objective is abstinence from intoxicants: cocaine and alcohol, establishing also a series of specific objectives. These objectives are approached from different techniques such as: psychoeducation, cognitive restructuring, training in emotional regulation and coping skills, conflict resolution or assertive communication. Despite not having completed the treatment, it can be assured that the application of these techniques has resulted in substantial changes in many of the objectives set; although it is necessary to continue working on emotional regulation, emotional relationships and relapse prevention.

***Keywords***

addiction, alcohol, cocaine, case study, emotional regulation, cognitive-behavioral therapy



## Índice

<b>1. Introducción</b> .....	1
1.1. Conceptualización de droga .....	1
1.2. Datos actuales y prevalencia.....	2
1.3. Clasificación diagnóstica DSM - V.....	3
1.4. Tratamientos no farmacológicos más eficaces.....	7
1.5. Relación entre consumo de sustancias y regulación emocional.....	8
1.6. Encuadre del caso.....	10
<b>2. Identificación del paciente y motivo de consulta</b> .....	12
<b>3. Estrategias de Evaluación</b> .....	14
<b>4. Formulación clínica del caso.</b> .....	19
4.1. Análisis e interpretación de los resultados.....	19
4.2. Análisis funcional.....	22
4.3. Objetivos del tratamiento.....	29
<b>5. Tratamiento</b> .....	30
<b>6. Valoración del tratamiento</b> .....	40
<b>7. Discusión y conclusiones</b> .....	44
<b>8. Referencias bibliográficas</b> .....	50
<b>9. ANEXOS</b> .....	57



## **Índice de tablas**

<b>Tabla 1.</b> Autorregistro situación de riesgo.....	12
<b>Tabla 2.</b> Medidas Pre-test de los cuestionarios utilizados.....	20
<b>Tabla 3.</b> Objetivos terapéuticos del caso de Lucas y Técnicas.....	30
<b>Tabla 4.</b> Fases del tratamiento de Lucas.....	33
<b>Tabla 5.</b> Medidas Durante Tratamiento de los cuestionarios utilizados .....	41

## **Índice de figuras**

<b>Figura 1.</b> Hipótesis de origen 1 .....	22
<b>Figura 2.</b> Hipótesis de origen 2 .....	23
<b>Figura 3.</b> Hipótesis de origen 3 .....	24
<b>Figura 4.</b> Hipótesis de mantenimiento 1 .....	25
<b>Figura 5.</b> Hipótesis de mantenimiento 2 .....	26
<b>Figura 6.</b> Hipótesis de mantenimiento 3 .....	27
<b>Figura 7.</b> Hipótesis de mantenimiento 4 .....	28
<b>Figura 8.</b> Abreviaturas.....	28

## 1. Introducción

### 1.1. Conceptualización de droga

La Organización mundial de la salud (OMS), define el concepto de droga como *“toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, pueda modificar una o varias de sus funciones”* (OMS, 1969). Pero esta definición es inexacta y ambigua porque engloba multitud de fármacos, plantas, sustancias psicoactivas, etc. De este modo, la OMS (1982), propone y define el término de droga de abuso como: *“sustancia de uso no médico con efectos psicoactivos (capaz de producir cambios en la percepción, el estado de ánimo, la conciencia y el comportamiento) y susceptibles de ser autoadministradas”*. Y el citado organismo, acuña el término de drogodependencia como *“el estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una droga natural o sintetizada y caracterizado por: 1) deseo dominante para continuar tomando la droga y obtenerla por cualquier medio, 2) tendencia a incrementar la dosis, 3) dependencia física y generalmente psíquica, con síndrome de abstinencia por retirada de la droga, y 4) efectos nocivos para el individuo y para la sociedad”* (Becoña, 2005).

En la actualidad, la clasificación de drogas que defiende la OMS es la establecida por la CIE-10 (1992), diferenciando 9 grupos de sustancias:

- Alcohol.
- Opioides.
- Canabinoides.
- Sedantes e hipnóticos.
- Cocaína.

- Otros estimulantes (incluyendo la cafeína).
- Alucinógenos.
- Tabaco.
- Disolventes volátiles.

En el presente trabajo, se abordan dos tipos de drogas: una estimulante, la cocaína y una depresora, el alcohol.

A continuación, se muestran datos actuales sobre la prevalencia de la cocaína y el alcohol, tanto a nivel mundial, europeo y nacional, así como un resumen de los principales efectos nocivos por el consumo de estos tóxicos.

## **1.2. Datos actuales y prevalencia**

Según el Informe Mundial sobre las drogas publicado en el año 2022 por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, 2022); hay numerosos indicadores que señalan hacia un aumento generalizado del consumo de cocaína en los últimos diez años.

Según indica el Informe Europeo sobre Drogas (2022), del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías; en la Unión Europea, un total de 2.2 millones de personas con edades comprendidas entre los 15 y 34 años, han consumido cocaína durante el último año.

No menos preocupantes son los datos sobre el consumo de alcohol del Informe Edades (2022), publicado por el Observatorio Español de las Drogas y Adicciones (OEDA), revelando que, en el año 2022, un 93.2 % de la población con edades entre 15 a 64 años, había consumido bebidas alcohólicas al menos

una vez en la vida. Según este informe, en España, el tóxico que ocupa el primer lugar en consumo es el alcohol (76.4%). La edad de inicio en el consumo de alcohol es a los 16.5 años, mientras que en el consumo de cocaína asciende a los 21 años.

Son numerosos los efectos nocivos que el alcohol tiene en el organismo, como: hipertensión, gastritis, úlcera gastroduodenal, cirrosis hepática, disfunciones sexuales, cardiopatías, cáncer, encefalopatías, depresión, agresividad, alteraciones del sueño, deterioro cognitivo, demencia y psicosis (Ministerio de Sanidad, 2022); siendo la consecuencia más grave el alcoholismo o dependencia alcohólica, enfermedad consistente en un consumo incontrolado de bebidas alcohólicas, llegando a interferir con la salud mental o física de la persona y repercutiendo en sus responsabilidades familiares, sociales y laborales (Ministerio de Sanidad, 2022).

Respecto a la cocaína, el Ministerio de Sanidad (2022) señala que su consumo, puede provocar a medio y largo plazo problemas físicos y psicológicos importantes, además de adicción. Esta sustancia afecta al funcionamiento del cerebro, pudiendo derivar a trastornos psíquicos como ideas paranoides o depresión, o desencadenar cuadros de psicosis o esquizofrenia. A nivel físico, se pueden dar daños significativos en los sistemas circulatorio y respiratorio, así como afectaciones neurológicas y gastrointestinales.

### **1.3. Clasificación diagnóstica DSM - V**

En el presente trabajo, se estudia el caso de una persona con adicción a la cocaína y con un elevado consumo de alcohol. Según el DSM-V (APA, 2013), el usuario debe cumplir 6 o más criterios de los siguientes, para presentar un trastorno grave por consumo de cocaína 304.20 (F14.20):



*A. Un modelo de consumo de sustancias anfetamínicas, cocaína u otros estimulantes que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:*

- 1. Se consume el estimulante con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.*
- 2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de estimulantes.*
- 3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir el estimulante, consumirlo o recuperarse de sus efectos.*
- 4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir estimulantes.*
- 5. Consumo recurrente de estimulantes que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.*
- 6. Consumo continuado de estimulantes a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por sus efectos.*
- 7. El consumo de estimulantes provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.*
- 8. Consumo recurrente de estimulantes en situaciones en las que provocan un riesgo físico.*
- 9. Se continúa con el consumo de estimulantes a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por ellos.*
- 10. Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:*

*a. Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de estimulantes para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.*

*b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de un estimulante.*

**Nota:** *No se considera que se cumple este criterio en aquellos individuos que sólo toman estimulantes bajo supervisión médica adecuada, como por ejemplo un tratamiento para un trastorno de hiperactividad con déficit de atención o narcolepsia.*

*11. Abstinencia, manifestada por alguno de los hechos siguientes:*

*a. Presencia del síndrome de abstinencia característico de los estimulantes.*

*b. Se consume el estimulante (o alguna sustancia similar) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.*

**Nota:** *No se considera que se cumple este criterio en aquellos individuos que sólo toman estimulantes bajo supervisión médica adecuada, como por ejemplo un tratamiento para un trastorno de hiperactividad con déficit de atención o narcolepsia.*

Y respecto al alcohol, según el DSM-V (APA, 2013), si el usuario cumple de dos a tres criterios, de los mencionados a continuación, se considera que presenta un trastorno leve por consumo de alcohol 305.00 (F10.10):

*A. Un modelo problemático de consumo de alcohol que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:*

1. *Se consume alcohol con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.*
2. *Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de alcohol.*
3. *Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir alcohol, consumirlo o recuperarse de sus efectos.*
4. *Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir alcohol.*
5. *Consumo recurrente de alcohol que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.*
6. *Consumo continuado de alcohol a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del alcohol.*
7. *El consumo de alcohol provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.*
8. *Consumo recurrente de alcohol en situaciones en las que provoca un riesgo físico.*
9. *Se continúa con el consumo de alcohol a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el alcohol.*
10. *Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:*
  - a. *Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de alcohol para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.*
  - b. *Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de alcohol.*
11. *Abstinencia, manifestada por alguno de los siguientes hechos:*

*a. Presencia del síndrome de abstinencia característico del alcohol.*

*b. Se consume alcohol (o alguna sustancia muy similar, como una benzodiazepina) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.*

#### **1.4. Tratamientos no farmacológicos más eficaces**

Sobre los tratamientos no farmacológicos más eficaces para el trastorno por consumo de cocaína y alcohol, tal y como citan González Llona et al. (2015), caben destacar los siguientes:

- **Programa de refuerzo comunitario más incentivos (CRA + Vouchers):** este programa originariamente se desarrolló y resultó eficaz para el alcoholismo (Hunt y Azrin, 1973); los usuarios ganaban puntos si se mantenían abstinentes y los podían canjear por Vouchers o reforzadores, que contribuían al objetivo del programa. Posteriormente, Higgins et al. (1991, 1993) demostraron que la eficacia del programa es mayor si se combinan ambos elementos (CRA + Vouchers).
- **Programa cognitivo-conductual de Entrenamiento en Habilidades Sociales y de Afrontamiento (Secades et al., 2007):** plantea que las personas adictas, muestran una ausencia de habilidades para enfrentarse a situaciones sociales y cotidianas de la vida diaria. Esta carencia puede derivar en unas condiciones de estrés que les arrastran al consumo de alcohol o de otras sustancias, como técnica de enfrentamiento a dichas situaciones. Se busca dotar a las personas adictas de habilidades interpersonales, asertividad, expresión de las emociones, entrenamiento en solución de problemas, afrontamiento de estados cognitivos – emocionales y afrontamiento de situaciones de riesgo para el consumo (Monti et al., 1995).

- **Prevención de recaídas (Daley y Marlatt, 2005):** esta intervención plantea proporcionar estrategias cognitivas y conductuales a las personas que padecen un trastorno por consumo de cocaína para que puedan mantener el cambio a lo largo del tiempo, identificando situaciones de alto riesgo y desarrollando alternativas de actuación.
- **Programas motivacionales:** parten del modelo transteórico de Prochaska y Diclemente (1982), quienes consideran que para plantear un cambio de comportamiento, el usuario debe pasar por cinco etapas; Precontemplación, el usuario no tiene conciencia del problema ni del cambio; Contemplación, se analizan los pros y contras que supone cambiar una determinada conducta; Preparación, está decidido a iniciar el cambio de manera más o menos inmediata; Acción, los cambios se han producido, y Mantenimiento, se consolidan las ganancias y se evitan las recaídas. Smedslund et al. (2011) indican que el máximo nivel de eficacia de las intervenciones motivacionales se consigue a largo plazo.

Estos modelos teóricos, y la combinación entre ellos, son los que presentan mayor validez y eficacia; a pesar de que a largo plazo los resultados que se obtienen sobre la tasa de recaída siguen siendo altos (Secades et al., 2007).

### **1.5. Relación entre consumo sustancias y regulación emocional**

A través de los modelos que se muestran a continuación, se comprueba la relación existente entre el consumo de tóxicos y una inadecuada regulación emocional.

Kober (2014), en su modelo de regulación emocional en trastornos del uso de sustancias, explica que una regulación emocional inadecuada constituye un factor de riesgo importante para el mantenimiento y recaída en el consumo de sustancias.

Diversos estudios plantean que el hecho de consumir sustancias se puede entender como una estrategia para evitar el malestar, y el consumo es concebido como una manera de adaptación a la regulación afectiva (Carmody et al., 2007), relacionando la necesidad de consumir sustancias con una ausencia de recursos propios e internos para gestionar el dolor psicológico inconsciente. Así, aquellas personas que presentan una mayor regulación emocional no estarían supeditadas al consumo de reguladores externos como son el alcohol, el tabaco, y otras sustancias (Brackett et al., 2004).

De este modo, las drogas se convierten en un fuerte reforzador para la persona, ya que provocan un efecto de alivio en el malestar emocional a corto plazo (Contreras et al., 2008).

Siguiendo esta línea explicativa del consumo de drogas como una estrategia de evitación del malestar emocional; el modelo de refuerzo negativo en la adicción de Baker et al. (2004) plantea como motivo principal para el consumo de sustancias la evitación de aquellos estados afectivos desagradables para la persona. El modelo explica que un estado afectivo desagradable es el núcleo del síndrome de abstinencia y en consecuencia de las recaídas, ya que el usuario ha aprendido a detectar las señales relacionadas con esos efectos negativos, y al percibirlas recurre al consumo, convirtiéndose la sustancia en un reforzador negativo y logrando no experimentar ese malestar emocional a corto plazo.

En el estudio de Mayoral y Triviño (2016), se analiza la relación entre el consumo de cocaína y la inteligencia emocional, evaluando cómo afecta esta sustancia en la regulación emocional. Los resultados

mostraron que el grupo de personas dependientes de cocaína, tenían un rendimiento inferior en la regulación de emociones, observándose una mayor dificultad en la comprensión de las emociones, en el manejo de las emociones propias y en la adecuación de las emociones de los demás.

### **1.6. Encuadre del caso**

El caso clínico que se propone es el de un varón con trastorno por consumo de cocaína y alcohol y su relación con una inadecuada gestión emocional. Se trabaja desde el enfoque cognitivo – conductual, teniendo en cuenta el modelo transteórico del cambio de Prochaska y Diclemente (1982) utilizándose la entrevista motivacional (Miller, 1983), y el enfoque centrado en la persona de Carl Rogers (1951).

El enfoque centrado en la persona (Rogers, 1985) surge a partir del interés por saber qué procesos ayudan al éxito de la psicoterapia. Una terapia es eficaz en función de *“la calidad del encuentro interpersonal con el cliente”* (Rogers, 1980b, p. 91).

Rogers (1980) considera que en toda persona hay una motivación innata enfocada a desarrollar sus capacidades hasta alcanzar su límite; promoviéndose la autonomía, libertad, autorresponsabilidad y conciencia individual como características esenciales del ser humano.

Este enfoque es el que utiliza Proyecto Hombre, definiéndose como un “Tratamiento libre de drogas”, poniendo el foco de la adicción en la persona y no en la sustancia.

El programa terapéutico gira en torno al concepto de autoayuda, entendiendo esto como la capacidad para ayudar a alguien a ayudarse a sí mismo. Se busca la autorreflexión, el autoconocimiento, que el usuario realice un análisis de su propia situación; la toma de conciencia de sus dificultades y la decisión de qué es lo que quiere hacer (“Programa Terapéutico – Educativo Proyecto Hombre”, 1994).

El enfoque cognitivo conductual que se aplica se basa en la modificación de los pensamientos y comportamientos perjudiciales que gestionan la adicción en las diferentes etapas del cambio, logrando que el usuario sea conocedor de su entorno y busque cambiar lo que le afecta negativamente; se identifica la situación que provoca el consumo, los pensamientos sobre esa situación y las consecuencias derivadas (Pinzón y Calvo., 2019). Esto permite explicar el alto nivel de abstinencia y bajo nivel de resistencia al cambio de este enfoque.

El estudio de caso clínico que se plantea, pretende ser un ejemplo de la eficacia de la combinación de la terapia cognitivo-conductual, entrenamiento en habilidades de afrontamiento y prevención de recaídas; desde la perspectiva de los modelos citados anteriormente que demuestran la relación que guarda una inadecuada regulación emocional con el consumo de sustancias tóxicas: cocaína y alcohol.



## **2. Identificación del paciente y motivo de consulta**

En el presente trabajo y en cumplimiento de la Ley Orgánica de protección de Datos (LOPD) y respetando el Código Deontológico; se protegerá la identidad del usuario, utilizando un nombre ficticio en lugar de su nombre real, y manteniendo el anonimato de los miembros de su familia, con el objetivo de que no puedan ser reconocidos. El usuario ha sido informado de la finalidad del trabajo y ha firmado un consentimiento informado.

Lucas, varón de 42 años, es el mediano de una familia de tres hijos varones, llevándose dos años con el hermano menor y 6 años con el mayor. La relación familiar con sus padres es buena, aunque siempre ha estado marcada por normas y comportamientos rígidos; creándose una relación ambivalente; en la cual, necesitaba apoyo y seguridad emocional pero experimentaba cierto estado ansioso ante la presión de dichas pautas.

Lucas obtiene el graduado escolar, siendo su etapa en el instituto bastante inestable. Tiene trabajo fijo desde hace 20 años como maquinista de la red de ferrocarril metropolitano de Madrid. Está soltero, su última relación fue hace 4 años y duró un total de 13. Desde la ruptura, comienza con idas y venidas a casa de sus padres, en intervalos de duración corta, hasta que hace dos años definitivamente se queda a vivir con ellos.

Lucas se inicia en el consumo de cocaína por vía nasal a los 17 años, presentando un consumo activo y diario hasta los 41 años. Comienza con consumo moderado de alcohol a los 14 años; esta sustancia se convierte en un pródromo del consumo del estimulante, aunque su principal problema es la cocaína. No fuma tabaco de forma habitual, salvo cuando está en consumo activo, fumando algún cigarro.

Se asocia el inicio en consumo de cocaína con la adolescencia, donde la pertenencia al grupo de iguales es vital, y no realizar las mismas conductas que el grupo puede ser motivo de exclusión y rechazo (Yuste, 2003). Posteriormente, la motivación de drogarse, está relacionada con una inadecuada gestión y regulación de emociones desagradables: ante situaciones donde siente angustia, ansiedad, frustración o malestar emocional, Lucas las gestiona, consumiendo sustancias tóxicas para aliviar el malestar y alejarse de esas sensaciones negativas (Cano-Vindel et al., 1994).

En marzo de 2022, Lucas sufre la pérdida de un tío materno, con quien tiene una relación muy estrecha, por consumo de drogas, y este es el desencadenante que hace que quiera tomar medidas para dejar de consumir y pide ayuda a la familia.

En el momento de su primera visita, no existen tratamientos psicológicos previos ni farmacológicos.

Lucas acude a primera sesión en junio de 2022, llevando un mes abstinente de cocaína y alcohol. Presenta altas expectativas en el tratamiento a la vez que un gran temor ante la posibilidad de recaer. Pasa la mayor parte de su tiempo con su familia, con sus padres, se muestra reacio a salir de casa, hacer planes con sus amigos (entre los que se encuentran consumidores y no consumidores de cocaína).

### 3. Estrategias de Evaluación

La evaluación psicológica se realiza a través de la obtención de información mediante entrevistas, cuestionarios, autorregistro y la observación de conductas clínicamente relevantes. A continuación, se especifican y detallan los instrumentos utilizados:

Historia clínica: documento propio y específico del centro donde se recogen tanto datos personales y biográficos como los datos relativos a la tipología del consumo. Se aplica en la primera sesión individual.

Cuestionario Europasi (Índice Europeo de la Gravedad de la Adicción) (Kokkevi y Hartgers, 1995): entrevista semiestructurada y estandarizada que proporciona información sobre diferentes áreas de la vida del usuario que han podido influir en su adicción (Kokkevi y Hartgers, 1995). Está compuesto por 141 ítems divididos en 6 áreas: 16 ítems sobre la situación médica; 26 sobre la situación laboral; 28 sobre consumo de alcohol y otras sustancias; 23 sobre la situación legal; 26 sobre la historia familiar y social y 22 ítems sobre el estado psiquiátrico. En función de la puntuación de gravedad obtenida en una escala de 0 a 9, el terapeuta evalúa la necesidad de tratamiento del usuario. Estas puntuaciones de gravedad, han mostrado relativa fiabilidad y validez, pero dependen del juicio del entrevistador y no constituyen una buena medida para valorar el cambio terapéutico, por lo que no se aconsejan utilizar en el campo de la investigación, para ello existen las puntuaciones complejas, que resultan más fiables (García, 2007). El tiempo de aplicación de la prueba es de 45–60 minutos. Los objetivos son el análisis y la medición de la gravedad de la adicción (Andrade, 2022). Se aplica en la tercera sesión individual.

Entrevista abierta: esta entrevista permite una mayor flexibilidad, sin guion previo de preguntas, centrándose en la problemática que presenta el usuario en ese momento y permitiendo modificar el orden

de las preguntas (Piacente, 2009). En este tipo de entrevista ad hoc, el terapeuta lleva el control de la misma. Además de modificar el orden de las preguntas, se debe controlar el ritmo de la entrevista según las respuestas que vaya dando el usuario; se debe explicar el sentido de las preguntas y ser capaz de improvisar el contenido y formas de las mismas; lograr un equilibrio entre familiaridad y profesionalidad y mostrar un estilo de escucha activa, sin juzgar las respuestas (Torrecilla, 2006). Algunas de las preguntas formuladas son: “Háblame de tu experiencia con la cocaína y el alcohol”; “¿Con qué relacionas el inicio del consumo?”; “¿qué piensas antes de consumir?”; “¿Cuándo empiezas a valorar que el consumo supone un problema para ti?”; “¿ha ocurrido algo para que te decidas en este momento a dar el paso?”; “has hablado de la educación rígida de tus padres y de que, siempre te señalaban a ti como el más torpe, el más rebelde, esto ¿cómo te hacía sentir?”; “¿asocias el consumo de sustancias como una vía de escape en los momentos de angustia?”. Se aplica en las sesiones individuales.

*Entrevista motivacional:* este tipo de entrevista constituye una intervención dirigida a potenciar el nivel de conciencia del problema, la decisión del cambio y la valoración sobre las consecuencias que tiene el cambio de conducta. La idea es que sea el propio usuario quien analice y valore las consecuencias que puede tener tomar uno u otro camino, promoviendo un compromiso de cambio con él mismo (Pérez y Moratinos, 2011). Se formulan preguntas sobre el reconocimiento del problema: “¿de qué manera te afecta el consumo de cocaína y alcohol?”, “¿de qué manera crees que afecta tu consumo a otras personas?”; sobre la preocupación: “¿qué te preocupa en la forma en que usas las drogas?”; sobre la intención del cambio: “¿qué razones te movilizan para buscar un cambio en este momento?”, “¿qué ventajas te aportaría un cambio?” y sobre el optimismo “¿por qué consideras que puedes cambiar tu consumo?”; “¿qué crees que

funcionaría para llevar a cabo ese cambio?” (Miller y Rollnick, 1999). Se aplica en las sesiones individuales.

Autorregistro de situaciones de riesgo: se plantea al usuario este autorregistro para identificar aquellas situaciones que suponen un riesgo evidente y que pueden activar el consumo de cocaína. En la primera columna, se pide al usuario que identifique la situación de la manera más detallada posible; indicando (en la segunda columna) el nivel de riesgo en una escala tipo Likert de 1 a 4, donde 1 es nada y 4 es riesgo muy elevado. Y en la tercera columna, debe anotar las conductas alternativas que llevaría a cabo en lugar del consumo de sustancias. En la Tabla 1, se muestra el autorregistro:

**Tabla 1**

*Autorregistro situaciones de riesgo*

Situación de riesgo	Nivel de riesgo (1 a 4)	Conducta alternativa

AMP Rapid test Cassette urine (Detecto®) (Hawks y Chiang, 1986): es un inmunoensayo cromatográfico rápido para detectar la presencia de anfetaminas (cocaína) en la orina humana a una concentración límite de 1000 ng/ml. Los resultados se obtienen en 5 minutos, mostrando una alta precisión y no requiere de ningún tipo de instrumentación adicional. Se puede administrar en cualquier momento, de manera aleatoria, para que el usuario no tenga un patrón aprendido en cuanto a su uso. Hasta el momento actual, no se ha aplicado.

*Cuestionario de Autoevaluación de Ansiedad Estado–Rasgo (STAI) (Spielberger et al., 2011):*

instrumento diseñado para medir la ansiedad, a través de dos escalas que miden dos conceptos: estado (E) y rasgo (R). La Ansiedad-Estado se define como una condición emocional transitoria del ser humano, caracterizada por sentimientos subjetivos de tensión y aprensión, pudiendo variar con el tiempo al igual que su intensidad. La Ansiedad-Rasgo se relaciona con una tendencia ansiosa donde el usuario percibe las situaciones como amenazadoras. Ambas categorías están compuestas por 20 ítems y se puntúan con una escala Likert de cuatro opciones de respuestas (0 a 3). La fiabilidad de la prueba en la adaptación española es buena: entre 0.9 y 0.93 en ansiedad-estado y entre 0.84 y 0.87 en ansiedad-rasgo (Buela Casal et al., 2011). Se administra al inicio de la terapia, y a los 7 meses de tratamiento para poder comparar los resultados.

*Listado de Adjetivos para la Evaluación del Autoconcepto en adolescentes y adultos (LAEA)*

*(Garaiqordobil, 2001):* este cuestionario permite evaluar el Autoconcepto global del usuario a través de 57 adjetivos positivos que miden las dimensiones: Autoconcepto físico, emocional, social e intelectual. Se aplica desde los 12 a los 65 años, señalando en qué grado describe cada adjetivo a la persona en una escala Likert de 0 a 4. La fiabilidad de esta prueba se refleja en un 0.95, por lo que se concluye que tiene una buena consistencia interna. Se administra al inicio de la terapia, y a los 7 meses de tratamiento para poder comparar los resultados.

*Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA) (Prochaska y*

*Diclemente, 1984):* se evalúa el nivel de predisposición en relación al cambio. Está basada en el modelo transteórico de Prochaska y Diclemente (1984) midiendo 4 estadios del cambio: Precontemplación,

Contemplación, Acción y Mantenimiento. Consta de 32 ítems tipo Likert con un rango de respuestas de 1 “totalmente en desacuerdo” a 5 “totalmente de acuerdo”. Esta escala presenta una consistencia interna de 0.81 a través del coeficiente Alpha de Cronbach y una validez (probada con la técnica de Análisis Factorial Exploratorio mostrando evidencia empírica) que apoya la existencia de los cuatros estadios de cambio. Se administra al inicio de la terapia, y a los 7 meses de tratamiento para poder comparar los resultados.

*Escala Rasgo de Metaconocimientos sobre Estados Emocionales (TMMS-24) (Fernández-Berrocal et al., 1998)*: escala basada en Trait Meta – Mood Scale (TMMS) del grupo de investigación de Salovey y Mayer (1995). Contiene 3 subescalas con 8 ítems cada una que miden: atención emocional, claridad de sentimientos y reparación emocional. La subescala de atención emocional mide la capacidad para sentir y expresar sentimientos de manera adecuada; la de claridad de sentimientos mide la capacidad de comprensión de los estados emocionales y la subescala de reparación emocional mide la capacidad de regular los estados emocionales de una forma correcta. El índice de fiabilidad en la escala de reparación emocional oscila de un 0.76 a un 0.83 según los estudios realizados por Palomera (2006); De la Fuente et al. (2010) y Augusto – Landa et al. (2012). Se administra al inicio de la terapia, y a los 7 meses de tratamiento para poder comparar los resultados.

#### **4. Formulación clínica del caso.**

##### **4.1. Análisis e interpretación de los resultados**

Resultado Cuestionario Europasi (Índice Europeo de la Gravedad de la Adicción) (Kokkevi y Hartgers, 1995):

respecto a su situación médica, el usuario refiere no padecer enfermedades de gravedad, presentando unas óptimas condiciones de salud; en el área laboral refleja una gran estabilidad, llevando 20 años en la misma empresa, mostrándose contento con su trabajo; respecto al consumo de sustancias, su inicio en alcohol con un consumo moderado es a los 14 años y lo mantiene hasta la actualidad. En grandes cantidades se inicia con 15 años y durante su vida lo mantiene un total de 5 años. El consumo de cocaína se inicia a la edad de 17 años y lo mantiene durante los siguientes 24 años. El usuario muestra una preocupación considerable por el consumo de ambas sustancias, considerando como problema principal la cocaína. Otorga una puntuación de 7 (en una escala de importancia de 1 a 9) sobre la necesidad de tratamiento que necesita para ambas sustancias. Existen antecedentes familiares en consumo de sustancias, por parte de un tío materno y primos maternos. Será la muerte de este tío materno quien le haga tomar la decisión de dejar el consumo de tóxicos y pedir ayuda. Su situación legal está libre de antecedentes penales. En el momento de acudir a terapia, Lucas vive con sus padres, indica que tiene buena relación con ellos, y le apoyan en su decisión, acogiéndole en la casa familiar.

Resultado del Autorregistro de situaciones de riesgo: la situación que Lucas describe como la más peligrosa para el consumo es en el trabajo, otorgando una puntuación de 3 y 4, ya que al estar solo, sin compañía durante horas, aparecen muchos pensamientos rumiativos sobre el consumo. Lucas expresa que le cuesta realizar el autorregistro porque siente ansiedad al pensar en situaciones de riesgo.



A continuación, se muestra una tabla con las medidas obtenidas en los diferentes cuestionarios administrados a Lucas:

**Tabla 2**

*Medidas Pre-test de los cuestionarios utilizados*

<b>Cuestionarios</b>	<b>Medidas Pre-test</b>
STAI	Estado PC:55 Rasgo PC: 50
LAEA	PC:45
URICA	Fase Acción
TMMS-24	PD Atención: 23 PD Claridad: 17 PD Reparación: 22

*Nota.* PC: percentil; PD: puntuación directa; STAI: cuestionario de autoevaluación de Ansiedad Estado-Rasgo; LAEA: Listado de Adjetivos para la Evaluación del Autoconcepto en adolescentes y adultos; URICA: Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island; TMMS-24: Escala Rasgo de Metaconocimientos sobre Estados Emocionales.

Resultado del Cuestionario de Autoevaluación de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) (Spielberger et al., 2011):

En la categoría Ansiedad-Estado, Lucas obtiene una puntuación de 20, que se corresponde con un percentil de 55 y un decatipo de 6. Por lo tanto, se concluye que en el momento de aplicarse la prueba el usuario se encontraba con un nivel de ansiedad media. Lo mismo ocurre con el resultado de la categoría Ansiedad-Rasgo, obteniendo una puntuación de 19, que se corresponde con un percentil de 50 y un decatipo de 6; por lo que se puede concluir que el usuario en su día a día suele tener un nivel de ansiedad promedio en relación a la población normal.

Resultado del Listado de Adjetivos para la Evaluación del Autoconcepto en adolescentes y adultos (LAEA)

(Garaigordobil, 2001): En la medida Pre-test, Lucas obtiene una puntuación directa de 146, que se corresponde con un Percentil de 40, por lo que muestra un Autoconcepto en un nivel medio-bajo.

Resultado de la Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA) (Prochaska y

Diclemente, 1984): En la medida Pre-test, los resultados indican que Lucas se encuentra inicialmente en la fase de Acción, obteniendo una puntuación total de 34 puntos en esta fase, frente a los 26 conseguidos en la fase de mantenimiento. En Precontemplación obtiene 9 puntos y en Contemplación 32.

Resultado de la Escala Rasgo de Metaconocimientos sobre Estados Emocionales (TMMS-24) (Fernández-

Berrocal et al., 1998): Los resultados obtenidos en las medidas Pre-test determinan que Lucas, muestra una adecuada atención con 23 puntos, pero debe mejorar tanto en la comprensión de sus estados emocionales como en su regulación, obteniendo las respectivas puntuaciones de 17 y 22 puntos.

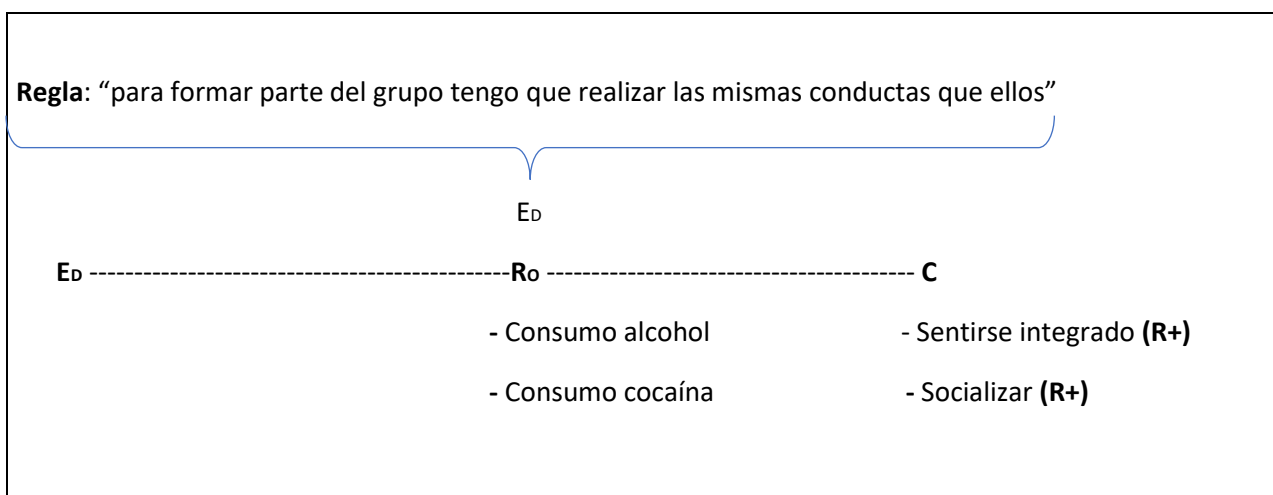
#### 4.2. Análisis funcional

Lucas acude al centro con una demanda muy clara y concisa, conseguir la abstinencia de cocaína y alcohol. El usuario consume cocaína de forma nasal desde los 17 años hasta los 41, con una frecuencia diaria. Lo considera su principal conducta problema, pero también refiere un consumo de alcohol en cantidades más moderadas desde los 14 años, aumentando la ingesta a partir de los 15 años, y estando siempre presente antes del consumo de cocaína.

**Hipótesis de origen:** En el que caso que se presenta, el consumo de cocaína y alcohol en la adolescencia, está relacionado con la idea de que la pertenencia al grupo de iguales pasa por realizar las mismas conductas y acciones que los demás, consiguiendo así formar parte del grupo y sentirse integrado (Yuste, 2003). Además, el usuario refiere que el consumo de alcohol propicia el posterior consumo de cocaína, actuando como un pródrómo del estimulante.

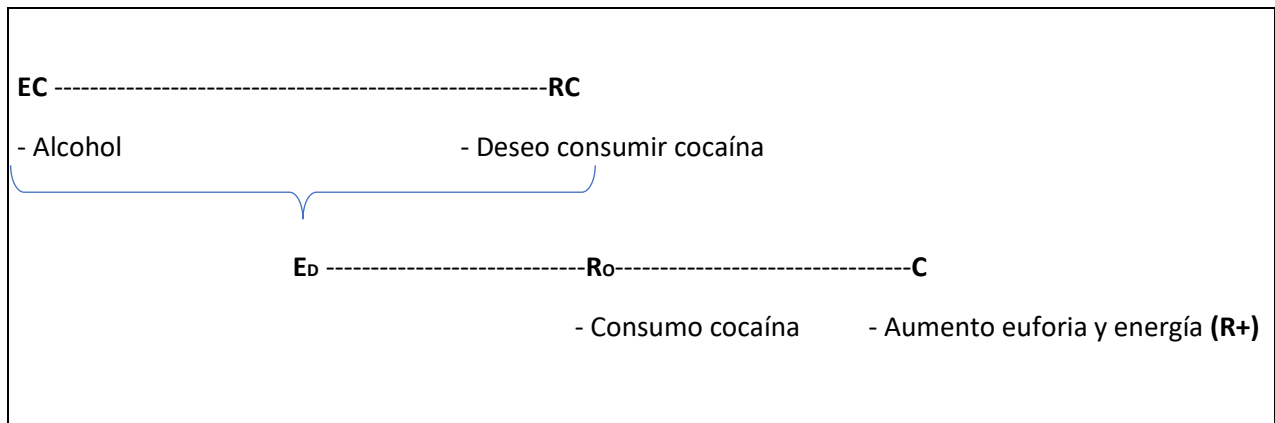
**Figura 1**

*Hipótesis de origen 1*



**Figura 2**

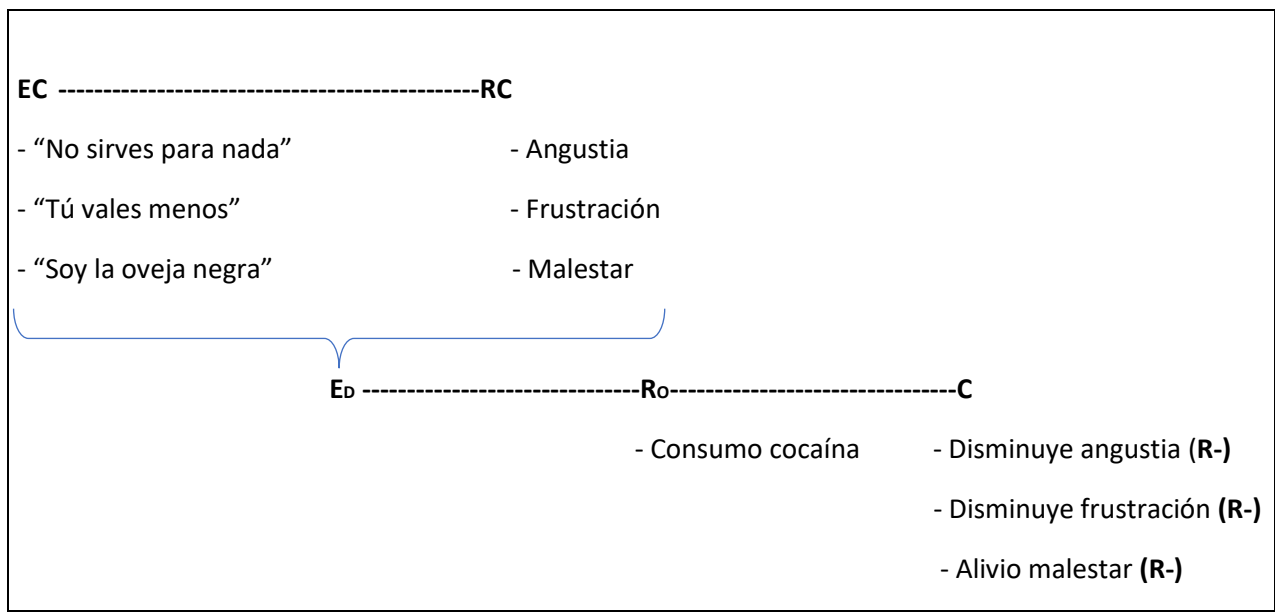
*Hipótesis de origen 2*



Por otro lado, la educación rígida recibida por parte de los padres, junto con los mensajes que recibe al no ser buen estudiante del tipo “tu no sirves para nada” “tú vales menos”, comparándole a su vez con sus hermanos y quedando Lucas en desventaja; le generan una serie de emociones y sentimientos desagradables de tristeza, frustración, angustia, malestar que no sabe gestionar de otra manera que no sea el consumo de sustancias: cocaína y alcohol. Esto desencadena que se diga así mismo expresiones como “soy la oveja negra” que retroalimentan esas emociones desagradables provocando que recurra también al consumo de las sustancias psicoactivas.

**Figura 3**

*Hipótesis de origen 3*



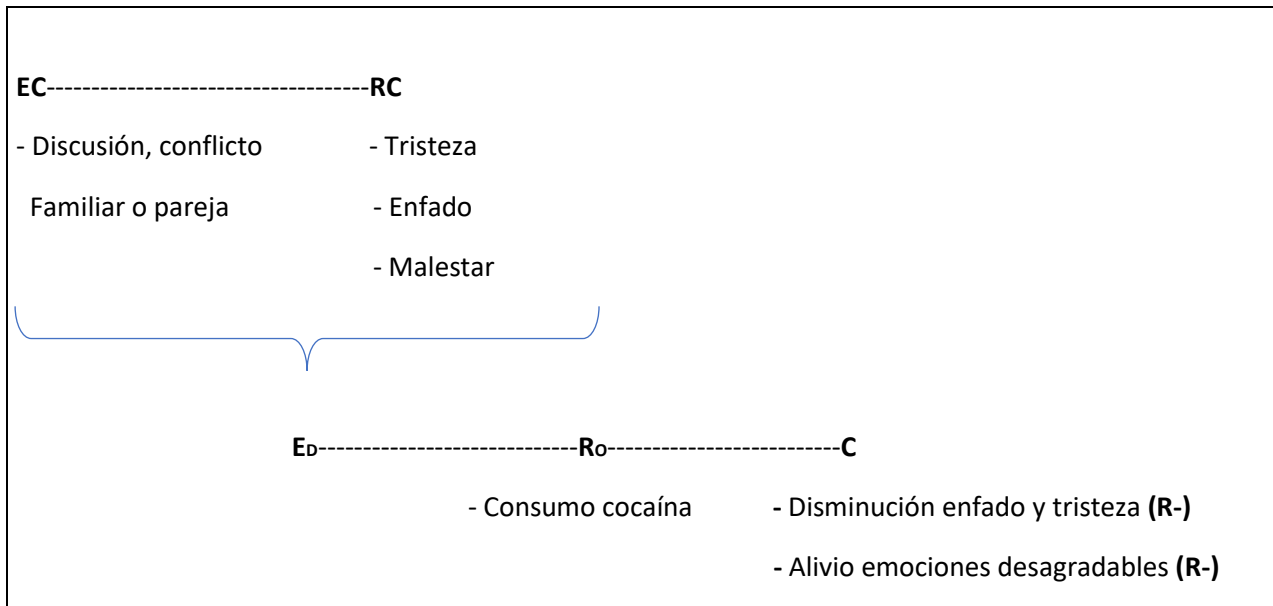
**Hipótesis de mantenimiento:** en el momento actual la hipótesis de mantenimiento tiene que ver con una inapropiada e ineficaz regulación emocional del usuario, al no permitirse sentir, experimentar y gestionar emociones desagradables, las cuales emergen en situaciones específicas como:

- Eventos o discusiones familiares, en los que Lucas no es capaz de confrontar al contrario ni dar su punto de vista de una manera asertiva, lo que se traduce en un déficit de habilidades de comunicación asertiva, con el consecuente consumo para evadirse de las emociones desagradables que le producen dichas situaciones.

- Conflictos en la relación de pareja, procediendo del mismo modo que en las discusiones familiares.

**Figura 4**

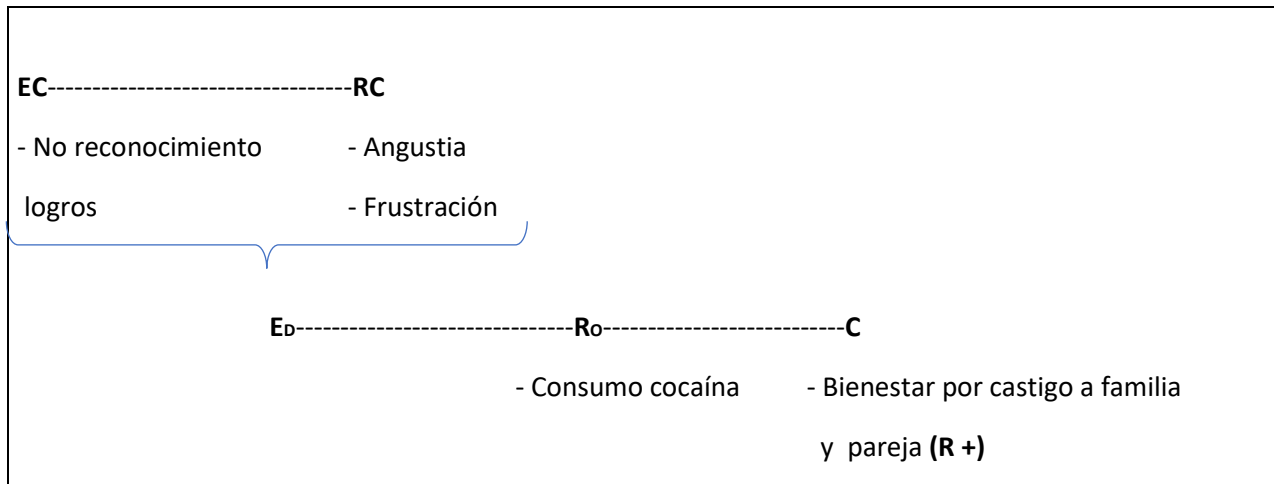
*Hipótesis de mantenimiento 1*



Por otro lado, la constante ausencia del reconocimiento de sus logros hace que el usuario experimente emociones de angustia, ansiedad y frustración que le llevan a consumir, entendiendo ese consumo como un castigo hacia las figuras de autoridad que no le reconocen los objetivos conseguidos, en este caso sus padres o su expareja.

**Figura 5**

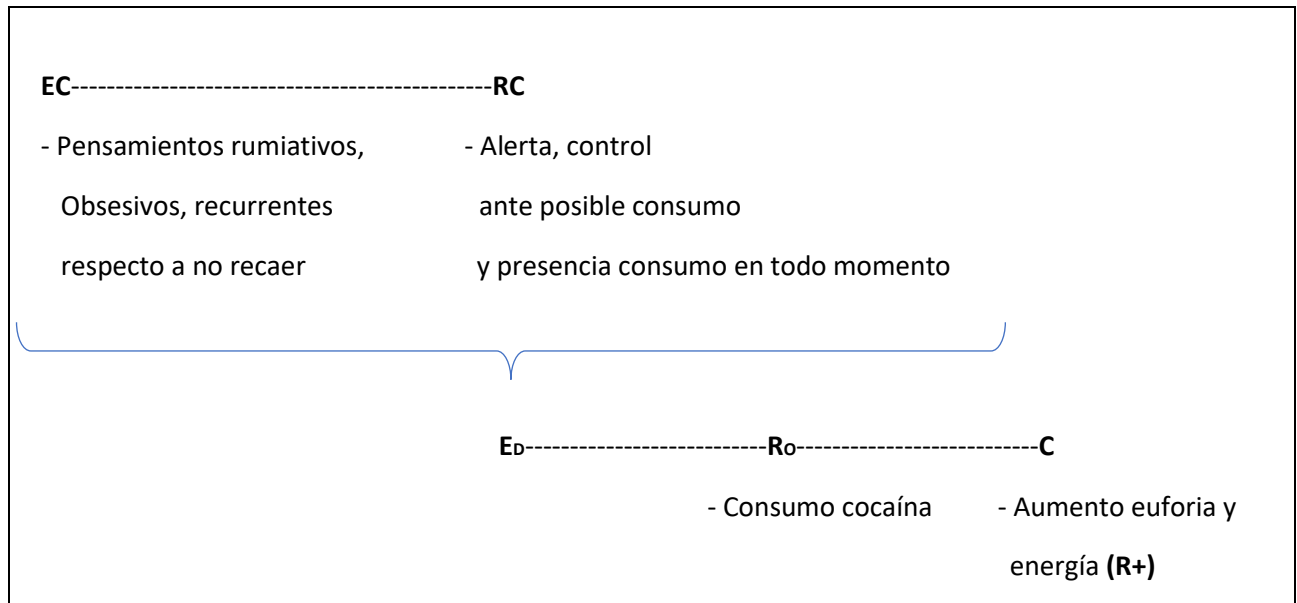
*Hipótesis de mantenimiento 2*



Lucas, como mecanismo de defensa para evitar posibles recaídas, presenta de manera constante pensamientos obsesivos y rumiativos sobre el hecho de no recaer, de estar en alerta en todo momento, de las consecuencias negativas de un posible consumo. Este mecanismo, que en un primer momento se podría considerar beneficioso porque le permite estar en estado de alerta, tiene un efecto contraproducente, ya que, al tratarse de pensamientos tan recurrentes, hacen que la idea de consumo esté siempre presente para él, y es precisamente este motivo junto con un deseo de consumir que se empieza a despertar en el usuario a finales de octubre de 2022, lo que desencadena las dos recaídas que tiene en diciembre de 2022 y en enero de 2023.

**Figura 6**

*Hipótesis de mantenimiento 3*

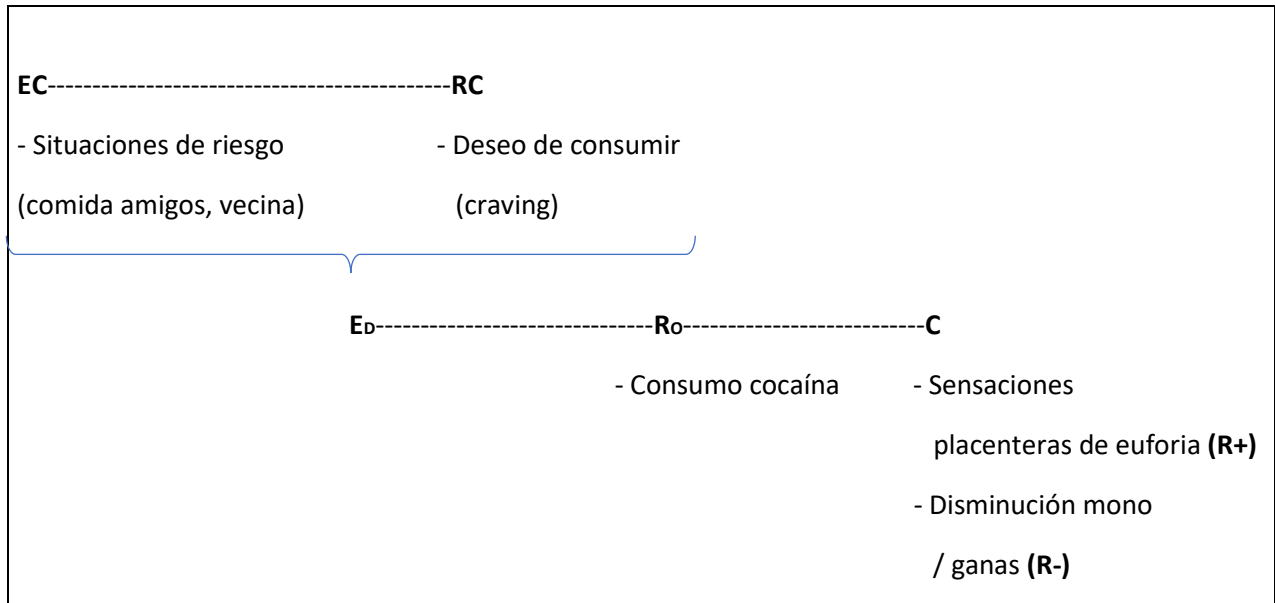


Lucas refiere que hasta el mes de octubre no siente ese deseo de consumir (craving), el cual aumenta cuando el usuario se enfrenta a estímulos que están relacionados con dicho consumo (Becoña y López, 2006) y es en el mes de noviembre cuando Lucas acude a una comida con amigos y queda con una vecina, suponiendo estas situaciones un alto riesgo para él y asociándolas a situaciones pasadas en las que se producía el consumo.



**Figura 7**

*Hipótesis de mantenimiento 4*



**Figura 8**

*Abreviaturas*

EC: Estímulo condicionado
RC: Respuesta condicionada
Ed: Estímulo discriminativo
Ro: Respuesta operante
C: Consecuentes
R+: Refuerzo positivo
R-: Refuerzo negativo

### **4.3. Objetivos del tratamiento**

#### Objetivo general

- Abstinencia cocaína y alcohol.

#### Objetivos específicos

- Aumentar recursos de gestión y regulación emocional.
- Aprendizaje sobre un uso adecuado y moderado de alcohol.
- Prevención de recaídas.
- Entrenamiento en resolución de conflictos.
- Aprendizaje de un estilo asertivo de comunicación.
- Desarrollo de autoconocimiento personal.
- Reducir pensamientos rumiativos y obsesivos.
- Reinserción en sociedad e independencia (vivir de manera autónoma y retomar hobbies).
- Mejorar relación con familia nuclear.

## 5. Tratamiento

En la Tabla 3, se detallan los objetivos acordados entre usuario y terapeuta y las técnicas que se han empleado para su consecución:

**Tabla 3**

*Objetivos terapéuticos del caso de Lucas y Técnicas*

<b>Objetivos</b>	<b>Técnicas</b>
Abstinencia cocaína y alcohol	Psicoeducación drogas, retirada sustancias tóxicas, control estimular, entrenamiento en autoinstrucciones
Aumentar recursos de gestión y regulación emocional	Psicoeducación emocional, entrenamiento en regulación emocional
Aprendizaje sobre un uso adecuado y moderado de alcohol	Psicoeducación alcohol y elaboración patrón adecuado de consumo
Prevención de recaídas	Identificación estímulos de riesgo y afrontamiento, técnicas de distracción y creación red de apoyo social
Entrenamiento en resolución de conflictos	Estrategias de resolución de conflictos y habilidades de afrontamiento
Aprendizaje de un estilo asertivo de comunicación	Entrenamiento habilidades de comunicación asertiva
Desarrollo de autoconocimiento personal	Psicoeducación autoconocimiento y técnicas de autoestima
Reducir pensamientos rumiativos y obsesivos	Reestructuración cognitiva
Reinserción en sociedad e independencia (vivir de manera autónoma y retomar hobbies)	Activación conductual (incorporación de actividades gratificantes)
Mejorar relación con familia nuclear	Entrenamiento en asertividad y autoinstrucciones

La propuesta de intervención se realiza desde un enfoque cognitivo – conductual, siguiendo la línea rogeriana (modelo humanista), (Rogers, 1985); fomentando la sinceridad, autenticidad, congruencia, un clima psicológico adecuado y la comprensión empática. En esta línea de trabajo, se pone especial interés en que el usuario logre determinar qué situaciones o motivos le han llevado a iniciarse en el consumo de sustancias tóxicas y a mantener dicho consumo a lo largo de su vida. También se trabajan las habilidades de afrontamiento, con el objetivo de que el usuario adopte unas adecuadas habilidades interpersonales que le ayuden a hacer frente a sus situaciones de estrés y no recurrir al consumo de tóxicos para superarlas (Secades et al., 2007). Resulta fundamental ocuparse de la prevención de recaídas (Daley y Marlatt, 2005), para conseguir que el cambio se mantenga en el tiempo y si se producen, analizar y evaluar por qué se han producido y desarrollar estrategias para evitar futuros consumos. En apartados anteriores, se ha analizado como en el usuario hay una estrecha relación entre una inadecuada regulación emocional y el consumo de tóxicos, por lo que es conveniente realizar un trabajo en psicoeducación emocional, en comprensión de sus emociones y su regulación para conseguir la abstinencia en dichas sustancias.

La duración de la intervención está fijada en 12 meses, pero no es cerrada, se puede ir adaptando en función de las necesidades del usuario y su avance en el tratamiento. Se realizan sesiones individuales y grupales, desarrollándose éstas dos veces por semana. El tratamiento ofrece la posibilidad de realizar sesiones familiares para tratar las dudas que les puedan surgir, permitiendo también trabajar la dinámica familiar.

La intervención se divide en dos bloques de trabajo:

- Bloque de evaluación y recogida de información, constituido por 3 sesiones, una sesión médica y dos individuales.
- Bloque de intervención con sesiones grupales e individuales. Es importante mencionar, que para que Lucas ingrese en el grupo terapéutico, es requisito imprescindible que se mantenga abstinentes; como al llegar al centro ya mostraba esta abstinencia, su incorporación en el grupo se produce de manera inmediata.

En cualquier momento de la intervención y sin previo aviso, el usuario puede ser sometido a análisis de orina para comprobar que no ha habido consumo. Se recurre a esta herramienta para comprobar la abstinencia o no del usuario, cuando existe incongruencia entre su relato y su conducta. Pero este no ha sido el caso de Lucas, ya que desde su ingreso en el tratamiento no ha caído en contradicciones y cuando ha consumido lo ha manifestado abiertamente.

A continuación, se presenta un esquema de las fases del tratamiento:

**Tabla 4**

*Fases del tratamiento de Lucas*

<b>Fases</b>	<b>Tipo de sesiones</b>	<b>Número de sesiones</b>	<b>Frecuencia</b>
Evaluación	Sesiones individuales	3 sesiones	A petición del usuario / terapeuta
Tratamiento	Sesiones individuales	2 sesiones	A petición del usuario / terapeuta
	Sesiones familiares	1	
	Sesiones grupales	43 sesiones	Dos sesiones por semana

**Junio 2002:** se realizan 7 sesiones, 3 individuales de evaluación y 4 grupales. A la primera sesión individual acude con sus padres, se facilita información del tratamiento y se refuerza el control estimular que ya se está llevando a cabo: no llevar dinero, no disponer de llaves del domicilio familiar, estar acompañado al salir a la calle, acudir al trabajo acompañado y recogerle a la salida. La segunda sesión se realiza con la doctora del centro para realizar la historia clínica y se recomiendan los siguientes medicamentos: Disulfiram

250 mg, 1 comprimido en el desayuno como antagonista al consumo de alcohol; Desvenlafaxina 50 mg, antidepresivo efectivo en pensamientos obsesivos y rumiadores, 1 comprimido en el desayuno y Topiramato 25 mg como estabilizador de ánimo, 1 comprimido en el desayuno y otro en la cena; pero Lucas de momento se muestra reacio a tomarlos. En la tercera sesión se administra el Cuestionario Europasi (Kokkevi y Hartgers, 1995) y se entregan los cuestionarios STAI (Spielberger et al., 2011), LAEA (Garaigordobil, 2001), URICA (Prochaska y Diclemente, 1984) y TMMS-24 (Fernández-Berrocal et al., 1998).

En las sesiones grupales, Lucas explica que sigue abstinentes, se mantiene el control estímulos y se refuerzan la abstinencia y el control estímulos. Se trabaja la psicoeducación en drogas: explicando el efecto de la cocaína y el alcohol en el organismo y estableciendo el patrón de consumo del usuario, identificando las causas que le llevaron en el pasado a consumir, identificando disparadores externos e internos.

Lucas muestra preocupación ante posibles recaídas, surgiendo pensamientos rumiativos y obsesivos sobre el estar alerta en todo momento, aunque por otro lado se muestra muy animado. Estos pensamientos surgen con bastante frecuencia en su trabajo, ya que pasa mucho tiempo solo y le invaden. Refiere tener mucho miedo al descontrol y le gustaría disponer de un protocolo específico para verse fuerte de cara a no recaer. Se sigue trabajando la psicoeducación en drogas y técnicas de reestructuración cognitiva como la parada de pensamientos, técnicas de distracción para esos pensamientos y técnicas de visualización, que a su vez ayudan a disminuir la ansiedad que experimenta con dichos pensamientos.

Se propone comenzar con una activación conductual basada en la realización de conductas gratificantes, sugiriendo retomar actividades con su grupo de amigos, como el deporte, tanto pádel y fútbol.

**Julio 2022:** se realizan 2 sesiones, 1 grupal y 1 familiar, no se llevan a cabo más sesiones por vacaciones de la terapeuta. En la sesión grupal Lucas explica que acudió a una boda y se siente orgulloso porque no bebió alcohol. Se refuerza esta conducta y se da un feedback positivo, además de trabajar la psicoeducación en alcohol y elaborar un patrón adecuado de consumo en el que, en un futuro se podrán ir incluyendo consumos específicos y moderados que no estén asociados al posterior consumo de cocaína. Refiere seguir sin deseos de drogarse y ha decidido no quedar con su círculo de amigos que consume cocaína. Se muestra reacio a hablar de su relación de pareja y expresar sus emociones y comenta que va a quedar con una vecina con quien tenía encuentros esporádicos donde bebían alcohol y mantenían relaciones sexuales. Se reflexiona con Lucas sobre la situación, como un escenario de riesgo y se trabajan las autoinstrucciones que le serían útiles en ese contexto para evitar un consumo de alcohol, como: *“Me apetece una cerveza, la voy a pedir sin alcohol”*; *“Si Elena me pregunta por qué no bebo alcohol, le puedo explicar mi situación con naturalidad”*; *“Me siento incómodo al beber ella alcohol y yo no, me entran muchas ganas de tomarme una, le voy a decir que me voy a casa”*.

En la sesión familiar se trabaja la psicoeducación de las drogas con los padres y se propone ir retirando el control estimular para que Lucas vaya ganando en autonomía.

**Agosto 2022:** se realizan 8 sesiones grupales. Lucas mantiene la abstinencia a la cocaína y alcohol, y ha decidido no ver más a su vecina. Se realiza una dinámica con cartas OH (cartas asociativas de imagen y palabra) para trabajar el autoconocimiento y facilitar la comprensión y gestión emocional. Se tiene que relacionar una carta con el pasado, presente y futuro. Lucas ve su pasado como algo a modificar por el consumo, el presente una etapa que está viviendo con gran esfuerzo y el futuro libre de drogas y feliz ya



que ese es su objetivo. Se refuerza el cambio que ha dado en su vida, la petición de ayuda que realizó y el inicio y mantenimiento en el tratamiento.

Lucas manifiesta buenas sensaciones al haber retomado las actividades deportivas con sus amigos, y mantiene que no tiene deseo de consumir. Se reflexiona con él sobre el discurso tan racional que presenta en las sesiones, sin expresar emociones ni aludir a cómo se siente. Indica que ha comenzado a soñar con consumo de cocaína y ha recordado el sueño de una forma muy vívida, sintiendo angustia al despertar. Se trabaja la identificación de emociones, pidiéndole que les ponga nombre y relate qué ha sentido a nivel fisiológico, pero solo es capaz de verbalizar "*malas sensaciones, mal rollo*", sin poder elaborar frases explicando qué ha sentido. Se trabaja psicoeducación en emociones, explicando que no existen emociones buenas o malas y su funcionalidad.

**Septiembre 2022:** se realizan 6 sesiones grupales y 1 individual. En la sesión individual Lucas confiesa que le siguen invadiendo pensamientos obsesivos en cuanto a posibles recaídas pero asegura seguir sin deseo de consumir. Se trabaja reestructuración cognitiva con la técnica *¿qué pasaría si... hubiera una recaída?* Analizando lo conseguido hasta el momento, las consecuencias de ese posible consumo y cómo seguir adelante. Se identifican como desencadenantes del consumo su inadecuada regulación emocional a la hora de afrontar conflictos, como le ha ocurrido en el pasado tanto con sus padres como con sus relaciones de pareja y el no reconocimiento de sus logros que le producen angustia y frustración, y se trabajan estrategias de resolución de conflictos y comunicación asertiva, como alternativas a la evitación de los problemas y consumo de cocaína para evadirse de las emociones desagradables, realizando un rol-playing con él.

En las sesiones grupales, expresa su deseo de volver a vivir solo y recuperar su independencia, aunque no lo ha hablado con sus padres, se trabaja la comunicación asertiva para plantearles el tema, recurriendo a agradecerles que le hayan permitido vivir durante meses en su casa, pero indicándoles que siente la necesidad de empezar a pasar los fines de semana en la casa de la sierra para ir recuperando su autonomía. Se trata el tema de sus relaciones de pareja, pero no se muestra receptivo en ahondar sobre su última relación, sólo indica que *“llevaba años rota”*.

**Octubre 2022:** se realizan 8 sesiones grupales. Lucas explica que un fin de semana ha estado solo en la casa familiar de la sierra, y está satisfecho con la experiencia, dice haberse *“sentido bien”*. Hacia finales de mes, confiesa que está experimentando algunos deseos de consumir, se trabaja en psicoeducación de craving y en prevención de recaídas realizando planificación de actividades gratificantes y buscando el apoyo de su red social: aquellos amigos que no consumen tóxicos y se crea un listado de actividades para realizar el próximo fin de semana.

**Noviembre 2022:** se realizan 6 sesiones grupales y 1 individual. En la sesión individual, Lucas manifiesta su malestar por un conflicto familiar sobre un tema trivial con sus padres, quienes desde que saben que tiene un problema con las drogas terminan siempre las discusiones diciéndole *“estás fatal”* y se arrepiente de haberles hecho partícipes de su situación. Siempre se ha sentido como el *“patito feo de los 3 hermanos”*, le han señalado como el rebelde, inquieto, el que hace las cosas mal. Se trabaja la expresión emocional, intentando que identifique las emociones que surgen cuando se producen estos conflictos familiares mediante la realización de un diario de emociones y la comunicación asertiva, que le permita afrontar las discusiones mediante la técnica del disco rayado, manteniendo su punto de vista en un tono calmado y

repetitivo: *“yo no estoy fatal, he consumido cocaína durante años pero no es motivo para que me respondáis así cada vez que discutimos”*. Se siente angustiado y se trabaja la técnica de respiración diafragmática.

En las sesiones grupales, Lucas explica que ha tenido dos situaciones de riesgo, una comida con amigos y ha visto a su vecina, pero en ambas se fue pronto para evitar “tentaciones” y decidió irse a casa de sus padres para estar acompañado. Los deseos de consumir siguen presentes; se sigue trabajando en prevención de recaídas dando un feedback positivo por la identificación de disparadores externos (situaciones de riesgo) e internos (craving). Se realiza el ejercicio de línea de vida para ahondar en autonocimiento y reflexión de las decisiones tomadas en diferentes momentos vitales así como el impacto emocional de situaciones importantes en el ciclo vital.

**Diciembre 2022:** se realizan 4 sesiones grupales. Lucas sigue sintiendo angustia por el conflicto del mes pasado con sus padres. Refiere haber consumido alcohol y cocaína en una comida con compañeros del gimnasio. Esto le ocasionó suspender las actividades deportivas del día siguiente y se sintió mal, pensó que lo había echado todo a perder aunque modificó esos pensamientos valorando el tiempo que había estado sin consumir y el camino que ya *“había recorrido”*. Los días posteriores experimenta angustia y se traduce en una ingesta alta de comida. Se trabaja sobre la nula toma de conciencia de la angustia experimentada desde el conflicto familiar y la dificultad de Lucas para manejar esa emoción desagradable; y sumada a la situación de riesgo de la comida, han desencadenado el consumo de tóxicos. Se vuelve a trabajar la técnica de respiración diafragmática y la visualización.

**Enero 2023:** se realizan 6 sesiones grupales. Lucas confiesa una segunda recaída el día de Reyes, habiendo *“desaparecido”* todo el fin de semana. Se repite el patrón de la primera vez: inapropiada gestión emocional

de la angustia experimentada, más situación de riesgo y deseos de consumo. Los días posteriores no realiza su rutina habitual de trabajo y actividades gratificantes y sigue experimentado ansiedad, hasta que recupera su práctica diaria. Se reflexiona sobre el beneficio que le reporta la activación conductual en la regulación de sus emociones desagradables y a modo de distracción de los pensamientos relacionados con el consumo. Se intenta profundizar en las relaciones de pareja y en lo que supone para él estar enamorado, pero presenta una gran dificultad de expresión emocional, mostrando un discurso muy racional; indicando que en una relación de pareja se tienen que dar dos condiciones: *“que cada uno tenga su propio círculo de amigos”* y *“que haya buen rollo”*, pero sin dar una explicación sobre qué es estar enamorado. Lucas confiesa que en las dos relaciones de pareja que ha tenido, él realmente no tenía ganas de comenzarlas, sino que lo hizo porque era *“lo que tocaba”*, y a partir de esta verbalización se reflexiona sobre la educación rígida y conservadora de sus padres, y cómo desde su infancia se le han transmitido esos valores tradicionales, manifestando un temor por decepcionarles al no cumplir con las expectativas. Se trabaja la inteligencia emocional con la dinámica de los atributos, donde cada usuario tiene que decir 2 o 3 cualidades del resto de los miembros del grupo; y la autoestima con un listado de fortalezas y debilidades que realizan de manera individual y ponen en común con el grupo.

## **6. Valoración del tratamiento**

El usuario acude al centro con una alta motivación y expectativas, siendo muy consciente de su necesidad de cambio y expresando abiertamente sus ganas de conseguirlo, para poder llevar una vida libre de sustancias tóxicas. Del mismo modo, manifiesta su preocupación por posibles recaídas durante el proceso y muestra un gran interés por descubrir una fórmula infalible que le aleje de esas posibles recaídas; algo que se trabaja con él desde el primer momento para modificar esa expectativa y hacerle ver que él es el protagonista de su cambio, y el no recaer depende únicamente de él. Algo que acepta de buen grado y con esperanza, a pesar de que el temor le acompaña durante todo el tratamiento. Se consigue establecer un adecuado vínculo terapéutico, que contribuye a crear una óptima alianza terapéutica.

Hay que destacar la buena predisposición y compromiso de Lucas durante todo el tratamiento; traducido, en una asistencia a todas las sesiones individuales y grupales, en su puntualidad y en su carácter participativo tanto al hablar y compartir con el grupo sus temores, experiencias y preocupaciones; como al mostrar su opinión, siempre desde una posición de absoluto respeto ante las exposiciones de sus compañeros. Reconoce que al principio no entendía la dinámica de las sesiones grupales, pero hizo el esfuerzo de participar mostrando una escucha activa; dinamizando el grupo, formulando preguntas que han servido a sus compañeros para reflexionar sobre sus experiencias y les han servido de espejo ya que se han identificado con lo que le había pasado al otro; ayudando a crear un ambiente de sintonía, la cual favorece el desarrollo de una relación de confianza entre todos los usuarios, permitiendo que los objetivos perseguidos en el trabajo grupal se consigan, como el entendimiento de sí mismo (insight), la autorreflexión y asunción de la responsabilidad, la clarificación, la exploración personal, la retroalimentación hacia uno mismo y hacia los demás y el trabajo del área afectiva (Valdés et al., 2005).

La terapia grupal es eficaz porque promueve el conocimiento de uno mismo, pone de manifiesto la universalidad de las emociones y sentimientos de los usuarios del grupo, se disminuye la probabilidad de abandonar el tratamiento y ayuda a optimizar el tiempo del terapeuta (Martínez et al., 2018).

Respecto a los test utilizados en el caso de Lucas, no se ha podido realizar una comparativa entre las Medidas Pre y Post-test, porque el tratamiento no ha finalizado, pero se han obtenido las puntuaciones “Durante tratamiento” a los 7 meses de terapia para ver si se ha registrado algún cambio con respecto a las medidas pre-test. A continuación se muestra la tabla 5 con las medidas “Durante tratamiento” obtenidas:

**Tabla 5**

*Medidas Durante Tratamiento de los cuestionarios utilizados*

<b>Cuestionarios</b>	<b>Medidas Durante Tratamiento</b>
STAI	Estado PC: 25 Rasgo PC: 50
LAEA	PC: 50
URICA	Fase Acción y mantenimiento
TMMS-24	PD Atención: 30 PD Claridad: 17 PD Reparación: 29

*Nota.* PC: percentil; PD: puntuación directa; STAI: cuestionario de autoevaluación de Ansiedad Estado-Rasgo; LAEA: Listado de Adjetivos para la Evaluación del Autoconcepto en adolescentes y adultos; URICA: Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island; TMMS-24: Escala Rasgo de Metaconocimientos sobre Estados Emocionales.

Resultado del Cuestionario de Autoevaluación de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) (Spielberger et al., 2011):

En la categoría Ansiedad-Rasgo, Lucas obtiene la misma puntuación bruta de 19 que en el pre-test, por lo que le sigue correspondiendo un percentil 50 y un decatipo 6. Su nivel de ansiedad rasgo es estable en el tiempo. Se aprecia diferencia, en la categoría Ansiedad-Estado donde obtiene 14 puntos, 6 puntos menos que en el Pre-Test, correspondiendo un percentil 25 y un decatipo 4, siendo un resultado beneficioso para el usuario, al haber disminuido.

Resultado del Listado de Adjetivos para la Evaluación del Autoconcepto en adolescentes y adultos (LAEA)

(Garaigordobil, 2001): Lucas ha pasado de una puntuación de 146 a 148, pasando de un percentil 40 al 50, esta ligera diferencia le sitúa en un nivel promedio de Autoconcepto a los 7 meses de tratamiento, y lanza datos esperanzadores de cara a obtener las puntuaciones Post-Test al final del tratamiento.

Resultado de la Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA) (Prochaska y

Diclemente, 1984): Lucas obtiene 29 puntos en las fases de Acción y Mantenimiento, lo que supone un progreso con respecto al Pre-test donde obtuvo 34 y 26 puntos respectivamente. En Precontemplación, obtiene 10 puntos y en Contemplación 28.

Resultado de la Escala Rasgo de Metaconocimientos sobre Estados Emocionales (TMMS-24) (Fernández-

Berrocal et al., 1998): Lucas obtiene una puntuación de 30 en la categoría de "Atención", 7 puntos más que en el Pre-Test, manteniéndose en una adecuada atención emocional. La categoría de claridad no experimenta ningún cambio, vuelve a obtener 17 puntos, tiene que mejorar su comprensión emocional. Y en la categoría de reparación se aumenta de 22 puntos a 29, ha mejorado su regulación emocional.

En líneas generales, la valoración del tratamiento es óptima. Es cierto, que se producen dos recaídas en diciembre 2022 y enero 2023, pero forman parte de los procesos de rehabilitación. Para hablar de recaída, el usuario debe llevar un tiempo abstinentes y haberse producido cambios en su conducta (como el caso de Lucas); además, las recaídas se consideran procesos donde el usuario aprende que, aunque tenga conciencia del problema y una adecuada disposición para la rehabilitación, si tiene un descuido o no maneja correctamente las situaciones de riesgo, puede recaer (Martínez et al., 2019).

Respecto a los objetivos planteados, queda trabajo por hacer en lo relativo al aspecto emocional: seguir progresando en la identificación, expresión, procesamiento, comprensión y regulación emocional, así como en la mejoría de la dinámica familiar. Para esto es necesario el desarrollo de unas adecuadas habilidades de afrontamiento y comunicación asertiva, considerando que este objetivo no está conseguido en el momento presente en su totalidad.

Por otro lado, se puede decir que los objetivos relacionados con la psicoeducación en drogas y alcohol se han conseguido satisfactoriamente, así como la identificación de señales de riesgo (tanto a nivel interno como externo); Lucas presenta una red de apoyo social que le permite estar alerta y protegido siendo vital para él la planificación y ejecución de actividades gratificantes muy relacionadas con el deporte. También ha ayudado en su progreso la decisión que tomó sobre apartarse del círculo de amistades que consumía droga. Es necesario destacar, el esfuerzo y la constancia de Lucas en el trabajo, situación de mayor riesgo para él por la cantidad de horas que permanece solo en su puesto laboral, y donde en su etapa activa de consumo, se drogaba habitualmente. Ha sabido reprimir los impulsos y pensamientos relacionados con el consumo ayudándose de las técnicas de reestructuración cognitiva aplicadas.



## 7. Discusión y conclusiones

En este estudio se presenta el caso de un varón de 42 años con trastorno por consumo de cocaína y alcohol, y su relación con una inadecuada regulación emocional. Diversas investigaciones han destacado cómo la ausencia de una adecuada regulación emocional afecta de manera directa en el consumo de sustancias tóxicas, aumentando su ingesta (Carmody et al., 2007; Kober, 2014). Se consume para huir del malestar emocional, y la droga se convierte en un potente reforzador externo (Contreras et al., 2008). Así, se puede explicar el porqué de las dos recaídas que experimenta Lucas durante el tratamiento, añadiendo los deseos por consumir (craving) que empiezan a ser notorios a partir del mes de octubre. Lucas a raíz de un conflicto familiar, concretamente con sus padres, empieza a sentir ansiedad, la cual se mantiene en el tiempo; y ésta unida a las situaciones de riesgo que Lucas no evita (comida con amigos y cita con una vecina); acaban derivando en el primer consumo en diciembre. Se considera importante destacar la sensación de falso control que ha podido experimentar Lucas durante los primeros 6 meses de tratamiento. Su discurso en las sesiones individuales y en las grupales siempre ha sido muy positivo, relacionado con un ausencia total de deseo por consumir (hasta finales del mes de octubre) y una alta motivación por mantener su abstinencia. No cabe duda, de que ambos factores son imprescindibles para mantener el cambio en cuanto al consumo de tóxicos en el tiempo, pero han podido influir de manera negativa en esa sensación de falso control. Teniendo en cuenta, que el usuario tiene dificultades para la expresión, comprensión y regulación emocional, sus mecanismos de defensa se basaban en su alta motivación y la ausencia de craving, junto con la retirada a tiempo de aquellas situaciones en las que podía percibir peligro; pero en el

momento que el deseo empieza a hacerse patente y surge ansiedad ante situaciones estresantes que no sabe afrontar, ese falso control desaparece y se produce la primera recaída (Mayoral y Triviño, 2016).

La ausencia de identificación, comprensión y regulación emocional, también ha estado presente en las relaciones sentimentales que ha tenido Lucas. El patrón de conducta que presentaba cuando experimentaba ansiedad o se producía algún tipo de conflicto, era el consumo, en el que obtenía una evasión de esos problemas afectivos y un alivio del malestar emocional generado por las emociones desagradables que sentía a corto plazo.

Se debe seguir trabajando en la adecuada gestión emocional de Lucas, mediante técnicas de regulación emocional como la arteterapia en grupo, la redacción de un cuento, un diccionario de emociones, que le ayuden a avanzar en la identificación, comprensión y regulación de emociones. Para Lucas, una adecuada regulación emocional supone un factor de protección que le ayudará a mantenerse abstinentes.

Se ha trabajado desde el enfoque cognitivo conductual, con técnicas de habilidades de afrontamiento, resolución de conflictos y prevención de recaídas. Durante el tiempo de tratamiento en el que se ha participado, se ha producido un progreso en el usuario respecto a los objetivos marcados. Los criterios que se tienen en cuenta para hablar de eficacia y efectividad de una intervención terapéutica, tienen que ver con la disminución o desaparición del consumo, la adherencia al tratamiento y la reducción de los problemas asociados a ese consumo (McGovern y Carroll, 2003).

Marín – Navarrete et al. (2020), concluyen que la TCC, es una de las intervenciones psicológicas que ha demostrado mayor efectividad y eficacia en el tratamiento de adicciones a sustancias tóxicas. La clave

del éxito de la TCC parte de considerar el consumo de sustancias como una conducta, entendiendo esta conducta como un proceso de aprendizaje inadecuado y desadaptativo. A través del desarrollo de habilidades se puede mejorar el autocontrol de los adictos, identificar las señales de riesgo y frenar el consumo de los tóxicos (McGovern y Carroll, 2002).

Respecto a las limitaciones encontradas en el presente trabajo, la primera ha sido una limitación temporal que no ha permitido la participación durante todo el tratamiento, estipulado inicialmente en 12 meses. Sí se ha podido comprobar la evolución desde el inicio del tratamiento hasta el momento actual (en el que el usuario se encuentra en su octavo mes de terapia); observándose un cambio en los resultados de los cuestionarios “Durante tratamiento” y con la consecución de los objetivos mencionados en el apartado anterior.

El hecho de que Lucas no haya querido recurrir a tratamiento farmacológico, también supone una limitación respecto a la eficacia de la terapia. Según un estudio de Carroll et al. (1998) existe una mayor eficacia terapéutica cuando se combina Disulfiram para la abstinencia del alcohol con la TCC; que con la administración aislada de cada tratamiento. Este fármaco, Disulfiram, no se aconseja tomar en pacientes que se encuentran poco motivados, o en etapas precontemplativas del cambio según el modelo de Prochaska y Diclemente (1984), no siendo el caso de Lucas que al inicio de la terapia se encontraba en una etapa de Acción. Además, tiene eficacia probada en la disminución del craving y en las recaídas de personas con dependencia a la cocaína, por su inhibición de la enzima dopamina y porque los pacientes que consumen cocaína, en numerosas ocasiones comienzan con la ingesta de alcohol como facilitador, como es el caso de Lucas (Pavlovsky, 2019).

Respecto al fármaco Topiramato, desde el inicio del tratamiento para la abstinencia a la cocaína, permite controlar los cambios de humor y su intensidad, tan característicos en los primeros días de abstinencia; además de ayudar a disminuir el craving y la frecuencia y dosis del consumo de tóxicos (González, 2006).

Respecto a la Desvenlafaxina, no se han encontrado estudios que evidencien una mayor eficacia en el tratamiento de adicciones con su administración. Pero, si Lucas hubiera aceptado tomar Disulfiram y Topiramato, hay evidencia empírica suficiente para afirmar que el éxito de la terapia podría haber sido mayor.

Otra limitación que se ha encontrado, ha sido la falta de terapia familiar, a pesar de que Lucas ha manifestado su arrepentimiento por haber hecho partícipes a sus padres de su adicción. Stanton (1979), en una revisión de investigaciones que realiza, explica que a finales de los años 60 y principios de los 70, se comienzan a incluir técnicas familiares en los centros que tratan adicciones a sustancias tóxicas. Más tarde, Stanton y Todd (1982), proponen una terapia familiar para el abordaje de las adicciones, en la que se trabaja la organización familiar, planteándose metas a corto plazo. La idea prioritaria que proponen se basa en que debe ser la familia quien asuma la responsabilidad del cambio; siendo la reestructuración cognitiva una de las principales técnicas utilizadas para conseguir la colaboración de los padres en el proceso de rehabilitación del adicto.

Corless et al. (2009), subrayan que las diversas investigaciones sobre terapia familiar están de acuerdo en el valor del trabajo terapéutico con las familias, frente al trabajo solamente con el adicto; alejándose del enfoque jerárquico y de confrontación para asumir un estilo colaborativo y de no culpa.

Además, aunque la abstinencia se posiciona como la prioridad principal, se pueden asumir otras prioridades cuya consecución será de ayuda para el adicto y repercutirá positivamente en su rehabilitación.

En la revisión llevada a cabo por Lefio et al. (2013), se determina que las intervenciones desde un enfoque cognitivo conductual, incluyendo a aquellas figuras familiares relevantes para el adicto, son las que han mostrado una mayor eficacia en términos de abstinencia y prevención de recaídas.

En la actualidad, la terapia familiar constituye un requisito imprescindible en el tratamiento de adicciones a sustancias tóxicas (Cócola, 2018), centrándose la mayoría de los trabajos en las familias de usuarios jóvenes que presentan un consumo frecuente y habitual. A día de hoy, Proyecto Hombre Madrid no realiza terapia familiar (aunque en el pasado sí se realizaba); la cual según se menciona en párrafos anteriores presenta suficiente evidencia científica sobre su efectividad y eficacia.

Las futuras investigaciones podrían centrarse en el entrenamiento de la identificación, expresión, manejo y regulación emocional en personas adictas a sustancias tóxicas. Una inadecuada gestión emocional, es algo que afecta a todas las áreas del individuo, provocando que las situaciones de riesgo se disparen ya que se pueden dar en cualquier ámbito donde se produzca una situación de tensión o conflicto que resuelve con el posterior consumo de tóxicos. Desde los primeros días en Proyecto Hombre, el mensaje siempre ha sido muy claro: centrarse en la persona que consume, no en la sustancia en sí y priorizar y trabajar con el usuario sobre qué motivos o razones le han llevado a adoptar esa conducta desadaptativa como es el consumo de sustancias. Por ello es tan relevante avanzar en el mundo emocional del adicto, para que los resultados en su rehabilitación sean óptimos.

A modo de conclusión, se puede establecer que en este trabajo se ha puesto de manifiesto la eficacia de la terapia cognitivo conductual en la intervención de un caso de adicción a la cocaína y al alcohol, y su relación con una inapropiada regulación emocional; mediante la aplicación de diferentes técnicas como son: la psicoeducación, reestructuración cognitiva, el entrenamiento en regulación emocional, el entrenamiento en habilidades de afrontamiento y resolución de conflictos o la comunicación asertiva. Se puede aseverar que la administración de estas técnicas ha arrojado resultados beneficiosos en el usuario, ya que se ha producido un progreso evidente en su rehabilitación con la consecución de muchos objetivos, aunque queda pendiente seguir avanzando en aquellos objetivos que más dificultad presentan para Lucas como son: la identificación, procesamiento, expresión, funcionalidad de sus emociones. Profundizando además en sus relaciones de pareja; el trabajo en prevención de recaídas, enfatizando la importancia de la detección de señales de riesgo que pueden derivar en un consumo a corto plazo (tanto identificadores externos como internos) y poner en práctica las estrategias de afrontamiento aprendidas durante el tratamiento.

## 8. Referencias bibliográficas

- Ahumada-Cortez, J. G., Gámez-Medina, M. E., y Valdez-Montero, C. (2017). El consumo de alcohol como problema de salud pública. *Ra Ximhai*, 13(2), 13-24.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®)* (5a Ed).
- Barceló, T. (2012). Las actitudes básicas rogerianas en la entrevista de relación de ayuda. *Miscelánea Comillas. Revista de Ciencias Humanas y Sociales*, 70 (136), 123-160.
- Becoña, E. (2005). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Becoña, E., y López, A. (2006). El craving en personas dependientes de la cocaína. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 22(2), 205-211.
- Bernard, J. E. R., y Fernández, B. R. (2019). Introducción al modelo transteórico: rol del apoyo social y de variables sociodemográficas. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 22(3), 2601-2633.
- Bobes, J., G-Portilla, M.P., Bascarán, M.T., y Bousoño, M. Capítulo 3. Instrumentos de evaluación para los trastornos debidos al consumo de sustancias psicótropas: alcohol y otras drogas. En: *Banco de Instrumentos Básicos para la Práctica de la Psiquiatría Clínica*. Ars Médica. 2º ed, 2002 p. 15-26.
- Brackett, M. A., Mayer, J. D., y Warner, R. M. (2004). Emotional intelligence and its relation to everyday behaviour. *Personality and Individual Differences*, 36, 1387–1402. DOI 10.1016/S0191-8869(03)00236-8
- Cano-Vindel, A., Miguel-Tobal, J. J., González, H., y Iruarrizaga, I. (1994). El afrontamiento de la ansiedad en las drogodependencias. *Anales de psicología/annals of psychology*, 10(2), 145-156.

- Carmody, T., Vietten, C., y Astin, J. (2007). Negative Affect, Emotional Acceptance, and Smoking Cessation. *Journal of Psychoactive Drugs*, 39(4). DOI: 10.1080/02791072.2007.10399889
- Cócola, F. (2018). Funcionamiento familiar y abordaje de los trastornos por el uso de sustancias: una revisión sistémica y una necesidad de actualización. *Revista REDES*, (38), 47-64.
- Cócola, F. (2022). Apego, regulación emocional y funcionamiento familiar en adultos con trastornos por consumo de cocaína. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 27(1), 59-72.
- Del Moral, M., Fernández, P. L., Ladero, L., y Lizasoain, L. (1998). Conceptos fundamentales en drogodependencias. Ladero L, Lizasoain L. *Drogodependencias. Madrid (ES): Medica Panamericana*, 1-25.
- Del Río Olvera, FJ., Santamaría, FC., García, MAC., y Vela, JA. (2018). Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo (STAI): análisis psicométrico y funcionamiento en una muestra de drogodependientes y controles. *Revista Universitas psychologica*, 17 (1). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy17-1.caer>
- Díaz-Morán, S. y Fernández-Teruel, A. (2013). Integración e interacciones entre los tratamientos farmacológicos y psicológicos de las adicciones: una revisión. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 29(1), 54-65.
- Durán, A. L., e Iglesias, E. B. (2009). El consumo de cocaína desde la perspectiva psicológica. *Papeles del psicólogo*, 30(2), 125-134.
- Fernández Berrocal, P., Alcaide, R., Domínguez, E., Fernández-McNally, C., Ramos, N. S., y Ravira, M.: *Adaptación al castellano de la escala rasgo de metaconocimiento sobre estados emocionales de Salovey et al.: datos preliminares*. Libro de Actas del V Congreso de Evaluación Psicológica 1998; 1:83–84.



- Flores, M. V., Faccio, C. O., y Luque, W. C. (2007). Escala de evaluación del cambio de la universidad de Rhode Island (URICA): Validez y confiabilidad en drogodependientes. *Revista de Psicología (Trujillo)*, 9, 52-59.
- Gálligo, F. (2007). *Drogas: Conceptos generales, epidemiología y valoración del consumo*. Barc Sn.
- Garaigordobil, M. (2008). *LAEA. Listado de adjetivos para la evaluación del autoconcepto en adolescentes y adultos*. Tea Ediciones.
- García, J. B., Portilla, M. P. G., Fernández, M. T. B., Martínez, P. A. S., y García, M. B. (2002). *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica*. Madrid: Ars Médica.
- García Rodríguez, O. (2007). *Eficacia del programa de reforzamiento comunitario (CRA) más incentivos para el tratamiento de la adicción a la cocaína*. [Tesis doctoral-TDR (Universidad de Oviedo)].  
<http://absysweb.cpd.uniovi.es/cgi-bin/abnetopac?TITN=1152040>
- González Llona, I., Tumuluru, S., González-Torres, M. Á., 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 Moreno, A. M. (2006). Estrategias farmacológicas en el tratamiento de la adicción por cocaína.
- Hawks, R. L. y Chiang, C. N. (1986). Análisis de orina para drogas de abuso (Vol. 73). Departamento de Salud y Servicios Humanos, Servicio de Salud Pública, Administración de Alcohol, Abuso de Drogas y Salud Mental, Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas.
- Hernández, A. E. y Núñez, L. T. (2014). Recomendaciones al orientador psicológico para la atención de adicciones. *TSOP: Orientación psicológica y adicciones*, viii, 36-45

- Izquierdo Andrade, K. J. (2022). *Consumo de sustancias psicoactivas y su efecto en la conducta de un paciente de 28 años de edad en el CETAD Fundación COTEMAC de la ciudad de Quevedo* [Bachelor's thesis, BABAHOYO: UTB, 2022].
- Jurado Barba, R., Esteban-Rodríguez, L., Rubio-Valladolid, G., Sion, A., y Martínez Hernández, J. A. (2022). Towards recovery. Therapeutic approaches to improve the treatment of alcohol use disorder. *Mètode Science Studies Journal*, 12.
- Kokkevi, A. y Hastgers, C. (1995). *European adaptation of a multidimensional assesment instrument of drug and alcohol dependence*. *Eur Addict Res* 1995; 1: 208-210
- Lefio, L. Á., Villarroel, S. R., Rebolledo, C., Zamorano, P., y Rivas, K. (2013). Intervenciones eficaces en consumo problemático de alcohol y otras drogas. *Revista panamericana de salud pública*, 34, 257-266.
- Martínez, H., Rodríguez, A., y Vinces, G. (2019). Factores asociados en la adicción y recaída de pacientes con consumo de estupefacientes. *Universidad Ciencia y Tecnología*, 23(93), 8-8.
- Martínez-González, J. M., Vilar-López, R., y Verdejo-García, A. (2018). Efectividad a largo plazo de la Terapia de Grupo Cognitivo-Conductual del Alcoholismo: impacto de la patología dual en el resultado del tratamiento. *Clínica y Salud*, 29(1), 1-8.
- Mayoral-Gontán, Y., y Triviño-Juárez, J. M. (2016). Inteligencia emocional y percepción de riesgo en consumidores de cocaína. *Actas Española de Psiquiatría*, 44, 72-78.
- Méndez López, M. (2014). Carl Rogers y Martin Buber: las actitudes del terapeuta centrado en la persona y la relación yo-tú en psicoterapia. *Apuntes de Psicología*, 32 (2), 171-180.
- Mullen, W. R. y Rollick, S. (2002). *Motivacional Interviewing. Preparing people for change. Second Edition*.

Ministerio de Sanidad. (s.f. -b). *Alcohol, a largo plazo (efectos crónicos)*. Plan Nacional de Drogas.

<https://pnsd.sanidad.gob.es/ciudadanos/informacion/alcohol/menuAlcohol/largoPlazo.htm>

Ministerio de Sanidad. (S. f. -b). *Cocaína, consecuencias del consumo de cocaína a medio y largo plazo*.

Plan Nacional de Drogas.

<https://pnsd.sanidad.gob.es/gl/ciudadanos/informacion/cocaina/menuCocaina/medioLargo.htm>

National Institute on Drug Abuse (NIDA). (s. f.-b). *La cocaína – DrugFacts*.

<https://nida.nih.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/cocaina-abuso-y-adiccion/que-es-la-cocaina>

Navarrete, R. M., López, A. P., y Gutiérrez, E. V. (2020). Rehabilitación integral de la adicción a sustancias.

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (2022). *Informe EDADES*. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

[https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2022\\_Informe\\_EDADES.pdf](https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2022_Informe_EDADES.pdf)

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. (2022). *Informe Europeo sobre Drogas: Tendencias y novedades*. Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo.

[https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/14644/20222419\\_TDAT22001ESN\\_PDF.pdf](https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/14644/20222419_TDAT22001ESN_PDF.pdf)

Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el Delito (UNODC). (2022). *World drug report. United Nations New York, NY*.

Pavlovsky, F. N. (2019). Disulfiram, historia, controversias y su utilización en la actualidad. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 30(146, jul.-ago.), 272-286.

- Pérez, E.P. y Moratinos, M. L. (2011). *Entrevista motivacional en el tratamiento de las adicciones*.
- Piacente, T. (2009). *Instrumentos de evaluación psicológica no tipificados. Observación, entrevista y encuesta. Consideraciones generales*.
- Pinzón, A. M. y Calvo, A.F. (2021). El rol de la familia en la rehabilitación de adicciones desde el Modelo Transteórico e Intervenciones Cognitivo-Conductuales. Artículo de revisión. *Informes Psicológicos*, 21(1), 151-167.
- Prochaska, J. y Diclemente, C. (1984). *URICA: Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode-Island*.
- Rogers, C. (1980a). Condiciones necesarias y suficientes del cambio terapéutico de personalidad. En J. Lafarga, y J. Gómez (Eds.), *Desarrollo del potencial humano: aportaciones de una psicología humanista, Vol. 1* (pp. 77-92). México D.F.: Trillas.
- Rogers, C. (1980b). La relación interpersonal, núcleo de la orientación. En C. Rogers y B. Stevens (Eds.), *Persona a persona: el problema del ser humano* (pp. 91-107). Buenos Aires: Amorrortu.
- Rossi, L. (2018). Historia de las drogas y sus usos. *Interacciones psi*, 8(27), 9-11.
- Secades-Villa, R., García-Rodríguez, O., Rodríguez, H. Á., Rodríguez, A. R., 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.

- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R. E., Buena-Casal, G., Guillén-Riquelme, A., y Seisdedos Cubero, N. (2011). *STAI: Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo: Manual* (8a. ed., rev. y ampl.). Madrid: TEA.
- Templos-Nuñez, L., y Marín-Navarrete, R. (2014). Entrevista motivacional para la atención de las adicciones. *TSOP: Orientación psicológica y adicciones*, *viii*, 13-18
- Torrecilla, J. M. (2006). La entrevista. *Madrid, España: Universidad Autónoma de Madrid*, 1-20.
- Valdés, N., Krause, M., Vilches, O., Dagnino, P., Echavarrí, O., Ben-Dov, P y De la Parra, G. (2005). Proceso de cambio psicoterapéutico: análisis de episodios relevantes en una terapia grupal con pacientes adictos. *Psyche (Santiago)*, *14*(2), 3-18.
- Yuste, M. (2003). Adolescencia, grupo de iguales, consumo de drogas, y otras conductas problemáticas. *Aspectos psicosociales de la violencia juvenil*. 62.
- Zanón, I., Matías, T., Luque, A., Moreno, D., Aranda, E., Morales, C., y Márquez, M. (2016). Guía para la Elaboración de un Análisis Funcional del Comportamiento Humano.

## 9. ANEXOS

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo \_\_\_\_\_, con DNI \_\_\_\_\_, manifiesto que he sido informado sobre la realización del Trabajo Fin de Máster de Carolina Campos Clemente, alumna en prácticas del Máster en Psicología General Sanitaria de la Universidad Europea.

1. He recibido suficiente información sobre el trabajo.
2. He podido hacer todas las preguntas que he creído convenientes sobre el trabajo y se me han respondido satisfactoriamente.
3. Comprendo que mi participación es voluntaria.
4. Comprendo que puedo retirarme del estudio y revocar este consentimiento:
  - a) Cuando quiera
  - b) Sin tener que dar explicaciones y sin que tenga ninguna consecuencia de ningún tipo.

He sido también informado de que mis datos personales serán protegidos y sometidos a las garantías dispuestas en el reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 y que mis datos nunca serán transmitidos a terceras personas o instituciones.

Tomando ello en consideración, OTORGO mi CONSENTIMIENTO a participar en este trabajo para cubrir los objetivos especificados.

Firma del participante:

Firma de la alumna:

Nombre y fecha:

Nombre y fecha:

**AUTOREGISTRO RIESGO DE CONSUMO DE TÓXICOS**

	SITUACIÓN DE RIESGO	INTENSIDAD (0-4)	CONDUCTA ALTERNATIVA
1	<del>EVENTO SOCIAL</del>	<del>3-4</del>	<del>IRME A CASA</del>
2	TRABAJO	1-2	PENSARLO BIEN Y HACER OTRA ACTIVIDAD
3	EN CASA SOLO	0-1	PARAR, <del>IRME A CASA</del> VIA SOCIAL, <del>TRABAJO</del>
4	COMIDA CON AMIGOS	1	PENSAR EN OTRA COSA E IRME RAPIDO A CASA
5	EN EL TRABAJO	3	HABLAR X TELEFONO HACER COSAS
6	CON UNA CHICA EN UN BAR	2	SALAR UN TEMA AMENO, IRME A CASA
7	EN CASA SOLO	1	SALIR CON LOS PERROS
8	EN EL TRABAJO II	4	AGUANTANDO
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			