

Guía-Protocolo de Actuación en Personas con Trastorno por Consumo de Cocaína



Servicio
Extremeño
de Salud



PiDCA
2008•2012

PLAN INTEGRAL DE DROGODEPENDENCIA
Y OTRAS CONDUCTAS ADICTIVAS

Guía-Protocolo de Actuación en Personas con Trastorno por Consumo de Cocaína

Consejería de Salud y Política Social
Servicio Extremeño de Salud
Dirección General de Salud Pública
Secretaría Técnica de Drogodependencias
Junta de Extremadura

Mérida, 2011



Guía-Protocolo de Actuación en Personas con Trastorno por Consumo de Cocaína

Grupo de Trabajo de Elaboración y Redacción:

Coordinadora: Antonia Gallardo Becerra. *Psicóloga Clínica. Secretaria Técnica de Drogodependencias. Dirección General de Salud Pública. Servicio Extremeño de Salud.*

Begoña Hermosel Muñoz. *Trabajadora Social. Coordinadora Técnica de Proyecto Vida.*

Ángel Hernández Polo. *Médico. CEDEX (Centro de Drogodependencias Extremeño) de Plasencia.*

Román Reviriego Rolo. *Psicólogo Clínico. CEDEX (Centro de Drogodependencias Extremeño) de Coria.*

María Rubio Montero. *Enfermera. CEDEX (Centro de Drogodependencias Extremeño) de Coria.*

Rosa M^a Ventura Broncano. *Psicóloga Clínica. Asociación AMAT. Comunidad Terapéutica "Vegas Altas".*

Expertos Consultores Colaboradores Externos:

Eduardo J. Pedrero Pérez. *Dr. en Psicología. Centro de Atención a Drogodependencias (CAD 4). Madrid Salud.*

Guía-Protocolo de Actuación en Personas
con Trastorno por Consumo de Cocaína

Plan Integral de Drogodependencias y otras Conductas Adictivas
(PIDCA 2008-2012)

Servicio Extremeño de Salud
Consejería de Salud y Política Social
Junta de Extremadura

Edita: Consejería de Salud y Política Social, Junta de Extremadura

Diseño, maquetación, impresión: Imprenta Caballero, Oliva de Mérida

ISBN- 13:978-84-96958-86-9

Depósito Legal: BA-000414-2011

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	9
II. OBJETIVO	11
III. PLANIFICACIÓN TERAPÉUTICA	13
1. Evaluación y Diagnóstico	13
1.1. Exploración de estadios de cambio	13
1.2. Tipologías Diagnósticas, (DSM IV-TR)	15
1.3. Perfil Clínico Habitual del dependiente de cocaína	16
1.4. Otras tipologías en cocaína	16
2. Circuito Asistencial	18
2.1. Recepción	18
2.2. Acogida	18
2.3. Valoración Multidisciplinar	18
2.3.1. Social	19
2.3.2. Médica	19
2.3.3. Enfermería	20
2.3.4. Psicológica	20
IV. TRATAMIENTO	23
1. Médico	24
1.1. Introducción	24
1.1.1. Características Clínicas del Síndrome de Abstinencia .	25
1.1.2. Neurobiología y Mecanismo de Acción de la Cocaína .	26
1.1.3. Efectos Clínicos de la Cocaína	29
1.2. Recomendaciones Previas al Tratamiento de Desintoxicación.	31
1.3. Opciones de Tratamiento de Desintoxicación	31
1.4. Evaluación y Diagnóstico	31
1.4.1. Anamnesis	31
1.4.2. Exploración Clínica	31
1.4.3. Pruebas Biológicas	32
1.4.4. Pruebas Complementarias	32
1.5. Abordaje Farmacológico de la Dependencia de Cocaína	33

1.6. Inmunoterapia	46
1.7. Comorbilidad Psiquiátrica	48
2. Psicológico	50
2.1. Introducción	50
2.2. Entrevista Motivacional	54
2.3. Técnicas de Exposición a pistas	57
2.4. Tratamiento Cognitivo-conductual	57
2.5. Terapia de Aceptación y Compromiso	64
2.6. Intervención Familiar	66
2.7. Intervención Sistémica	67
2.8. Terapia Psicoanalítica	70
2.9. Terapia de Apoyo Expresivo	70
2.10. Mindfulness	70
2.11. Terapia de Rehabilitación Cognitiva	71
V. INTERVENCIÓN CON MENORES	75
VI. ANEXOS	77
VII. BIBLIOGRAFÍA	79

I. INTRODUCCIÓN

En el II Plan Integral sobre drogas y otras conductas adictivas PIDCA 2008–2012, en el Área de Calidad Asistencial, se establece el objetivo 9, de Desarrollar protocolos de atención adecuados a las necesidades de las personas afectadas por trastornos relacionados con sustancias y otros trastornos adictivos. Dentro de este objetivo se ubica la línea de actuación que alude a la elaboración y / o actualización de protocolos, vías clínicas y/o guías de atención a los trastornos relacionados con sustancias u otros trastornos adictivos en centros de atención a conductas adictivas.

La publicación de esta Guía, que responde a la necesidad de formar a los profesionales y reciclar sus conocimientos en adicciones, se enmarca dentro de los objetivos del PIDCA con la finalidad de mejorar la intervención asistencial.

Perspectiva actual del tratamiento de la adicción a la cocaína:

En el libro “Cocaína. Manejo de la adicción y los problemas derivados” (2009); en el capítulo ¿Es posible el tratamiento de la adicción a la cocaína?, se da respuesta a dicha pregunta, haciendo una exposición que los autores ordenan siguiendo el guión propio del análisis DAFO, para lo cual contrastan las fortalezas y debilidades de los equipos terapéuticos que integran la red asistencial pública española, en cuanto a recursos y conocimientos. Después analizan la situación externa, es decir, el entorno en general de esos equipos de tratamiento, así como las oportunidades y amenazas que existen en este entorno, no controlable por dichos equipos. Para llegar a la conclusión, de que *“las principales fortalezas son la existencia de una red asistencial amplia bien implantada en el país y la disponibilidad de tratamientos psicosociales eficaces. Las principales debilidades son, en primer lugar, la falta de tratamiento farmacológico (específico) para la dependencia de la cocaína. Además, los profesionales tienen la necesidad de adaptar su amplia experiencia en el manejo de la dependencia de la heroína al desafío del tratamiento de la dependencia de cocaína. Tal adaptación supone enfocar el objetivo terapéutico en la evitación de la reinstauración del consumo y la intoxicación, en el caso de la cocaína, en vez de la interrupción del consumo y la abstinencia, como es el caso de la heroína”*.

“Entre las oportunidades destaca la posibilidad de trasladar a la práctica clínica los hallazgos de la investigación. Una de las principales amenazas es que los patrones de consumo de los pacientes afectados por la dependencia se agraven por pasar de la vía intranasal a la vía pulmonar (consumo de base libre). Otra amenaza es la dificultad para explicar a toda la sociedad, sobre todo a los consumidores de cocaína y a sus familiares, que el patrón de consumo episódico de esta sustancia es perfectamente compatible con sufrir dependencia de la misma. Los profesionales también tienen dificultad para explicarlo dado que el DSM-IV define la dependencia como comportamiento sin mencionar las alteraciones psicológicas subyacentes”.

En cualquier caso, el tratamiento de la adicción a la cocaína en el momento actual es posible combinando tratamiento psicosocial y el tratamiento farmacológico que proceda. Pero, si queremos lograr que esta intervención psicoterapéutica sea realmente eficaz, sería aconsejable potenciar y facilitar la formación y adaptación técnica de los profesionales a este nuevo modelo de adicción; unificando criterios de actuación y abriendo líneas de investigación que avalen y complementen a los tratamientos basados en la evidencia científica.

II. OBJETIVO

La finalidad principal de esta Guía-Protocolo de Actuación en Personas con Trastornos por Consumo de Cocaína es proporcionar información y facilitar la formación, mediante una serie de recomendaciones prácticas basadas en la evidencia científica, a todos los profesionales de la red de drogodependencias, para un mejor desarrollo de su actividad asistencial en la detección y tratamiento de la adicción cocaínica.

En ella se revisan las diferentes alternativas farmacológicas y de psicoterapia recopiladas de diferentes trabajos, estudios publicados, guías, artículos científicos, complementadas con la experiencia clínica personal de los autores.

Partiendo de que cada persona adicta es única, esta guía no trata de implantar pautas ni protocolos obligatorios de tratamiento, sino que únicamente lo que pretende es orientar y servir de ayuda en la toma de decisiones clínicas para mejorar la atención, la asistencia y la calidad de vida de los consumidores de cocaína.

Así mismo, su consulta puede ser de utilidad para otros profesionales que atiendan directa o indirectamente a este colectivo de pacientes.

III. PLANIFICACIÓN TERAPÉUTICA

1. EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO

El diagnóstico lo vamos a entender como un proceso continuo, no limitado a un momento concreto de la intervención; aunque operativamente y a nivel de organización, en la fase inicial de acogida, es aconsejable realizar al menos un Diagnóstico de Presunción que se irá completando por los diferentes terapeutas en el curso de la valoración–evaluación del caso.

1.1. EXPLORACIÓN DE ESTADIOS DE CAMBIO

Es conveniente efectuar un seguimiento dinámico longitudinal del proceso adictivo global del sujeto dependiente, lo que favorecerá iniciar y mantener cambios en su conducta adictiva.

Se iniciaría desde el primer día, en la fase de acogida, por el/la Trabajador/a Social; para posteriormente continuar la evaluación a través de los distintos terapeutas por los que vaya rotando el paciente (**Anexo I: Cuadro Evolución del Proceso Adictivo**).

El establecimiento de cada estadio de cambio puede realizarse de forma específica para cada conducta de consumo, (la persona puede situarse en un estadio de preparación para su consumo de cocaína y en precontemplación para su consumo de alcohol); lo cual exigiría estrategias diferentes para abordar las distintas conductas adictivas.

En el modelo Transteórico de Prochaska se resalta el hecho de que la mayoría de individuos no progresan linealmente a través de los estadios de cambio, sino que lo harían en espiral; es decir, pueden pasar de una etapa a otra sin tener en cuenta ningún orden establecido.

La EVALUACIÓN de los estadios de cambio, según el proceso de cambio de Prochaska puede hacerse de manera categorial o continua. Para la evaluación categorial, utilizamos cuatro preguntas críticas que permiten asignar a un consumidor a un único estadio de cambio (Prochaska y cols., 1994):

1. ¿Consumes cocaína en la actualidad?
Si No
2. ¿Estás considerando seriamente abandonar el consumo de cocaína en los próximos 6 meses?
Si No
3. ¿Planeas abandonar el consumo de la cocaína en los próximos 30 días?
Si No
4. ¿Cuánto tiempo llevas sin consumir cocaína?: _____

CINCO ESTADIOS EVOLUTIVOS:

1. PRECONTEMPLACIÓN:

Los adictos situados en el estadio de precontemplación ***no se plantean modificar su consumo de cocaína***, ya que no son conscientes de que dicha conducta y el estilo de vida relacionado representen un problema, puesto que los aspectos gratificantes que obtienen de ella son superiores a los aversivos.

**Sujetos que actualmente consumen cocaína y no consideran seriamente abandonar el consumo en los próximos 6 meses.*

2. CONTEMPLACIÓN

Los adictos son conscientes de que existe un problema y ***consideran seriamente la posibilidad de abandonar el consumo***, pero no han desarrollado todavía un compromiso firme de cambio.

**Sujetos que consumen cocaína en la actualidad pero se plantean abandonar el consumo en los próximos 6 meses.*

3. PREPARACIÓN

Se trata de un estadio que combina criterios intencionales y conductuales. Este estadio se caracteriza por ser la etapa en la que ***el adicto toma la decisión y se compromete a abandonar su conducta adictiva.***

4. ACCIÓN

El estadio de acción es la etapa en la que ***el individuo cambia, con o sin ayuda profesional, su conducta manifiesta y encubierta, así como las condiciones ambientales que le afectan, con el objetivo de superar la adicción a la cocaína.***

**Sujetos no consumidores de cocaína en la actualidad, con un período de abstinencia inferior a 6 meses.*

5. MANTENIMIENTO

La persona intenta conservar y consolidar los logros manifiestos y significativos alcanzados en el estadio anterior, y prevenir una posible recaída en el consumo de cocaína. Consiste en una continuación activa del cambio.

**Sujetos no consumidores con un período de abstinencia superior a 6 meses.*

1.2. TIPOLOGÍAS DIAGNÓSTICAS (DSM IV-TR)

- ❑ **Trastornos por consumo de cocaína**
 - Dependencia a cocaína.
 - Abuso de cocaína.

- ❑ **Trastornos inducidos por cocaína**
 - Intoxicación de cocaína.
 - Intoxicación por cocaína, con alteraciones perceptivas.
 - Abstinencia de cocaína.
 - Delirium por intoxicación por cocaína.
 - Trastorno psicótico inducido por cocaína: con ideas delirantes.
 - Trastorno psicótico inducido por cocaína: con alucinaciones.
 - Trastorno del estado de ánimo inducido por cocaína.
 - Trastorno de ansiedad inducido por cocaína.
 - Trastorno sexual inducido por cocaína.
 - Trastorno del sueño inducido por cocaína.
 - Trastorno relacionado con cocaína no especificado.

1.3. PERFIL CLÍNICO HABITUAL DEL DEPENDIENTE DE COCAÍNA

- Tolerancia.
- Autoadministración compulsiva.
- En ocasiones, Síndrome de abstinencia.
- Pueden mantener periodos de abstinencia asintomáticos de días de duración.
- La motivación gira siempre en torno al deseo de consumir.
- Si lo necesita puede llegar a incurrir en actividades delictivas (robo, prostitución).
- Con frecuencia presentará complicaciones médicas y /o neuropsiquiátricas, (ansiedad, depresión, psicosis cocaínica, agresividad ...).

1.4. OTRAS TIPOLOGÍAS EN COCAÍNA

(Anexo II: Tipologías en cocaína)

1. Según la Edad:

- a. Consumidor Adolescente o Joven.
 - Integrado en el mundo laboral o educativo.
 - Dependiente de la familia.
 - Policonsumidores (Alcohol, Cannabis, ...).
- b. Consumidor Adulto.
 - Vida familiar y social estructurada.
 - Integrado en el mundo laboral.
 - Independencia económica.

2. Según el Nivel de Consumo

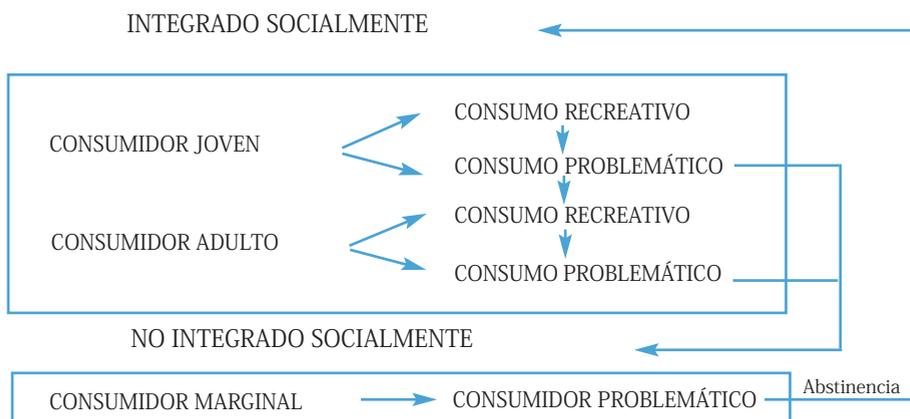
- a. Consumo recreativo.
- b. Consumo problemático.

3. Según su Estatus Social

- a. Consumidor Integrado Socialmente.
- b. Consumidor Marginal.
 - Consumo de mezcla.
 - Consumo habitual.
 - Consumo individual.
 - Desvinculado del alcohol.
 - Desestructuración familiar y social.
 - Economía de Supervivencia.
 - Aparición de trastornos mentales.

		CONSUMO	
		RECREATIVO	PROBLEMÁTICO
EDAD	JOVEN	<ul style="list-style-type: none"> - Consumo de fin de semana. - Consumo colectivo. - Unido al consumo de alcohol. - Precedido del consumo de drogas de síntesis. - Control del gasto. 	<ul style="list-style-type: none"> - Problemas académicos. - Consumo habitual. - Consumo individual. - Conflictividad familiar. - Delincuencia doméstica. - Descontrol del gasto. - Venta a pequeña escala.
	ADULTO	<ul style="list-style-type: none"> - Consumo festivo o de fin de semana. - Consumo con grupo de iguales. - Unido al consumo de alcohol. - Control del gasto. 	<ul style="list-style-type: none"> - Consumo habitual. - Consumo individual. - Desvinculado del alcohol. - Problemas laborales. - Problemática económica. - Conflictos familiares o de pareja. - Aparición de trastornos mentales.

TIPOLOGÍAS EN COCAÍNA



2. CIRCUITO ASISTENCIAL

2.1. RECEPCIÓN

- * Es el primer contacto del usuario con el Centro.
- * Lo realiza generalmente el personal administrativo.
La primera impresión que perciba el interesado es muy importante en la captación y fidelización de los pacientes, (los cocainómanos suelen ser muy suspicaces); por eso la actitud de escucha del recepcionista-informante debe de crear un clima de acogida, comprensión y apoyo.
- * Se cumplimentará la correspondiente ficha de registro-demanda, en la que se recogerán los datos de filiación y motivo de la consulta.
- * Se informa brevemente sobre el funcionamiento y características del Centro, (horarios, ubicación, etc.) y se concierta la primera cita de acogida.

2.2. ACOGIDA

Con ella se inicia el proceso terapéutico, siendo muy importante:

- a. Establecer clima de diálogo y comprensión y transmitir la sensación de que es atendido y escuchado.
- b. Conocer cuales son sus necesidades, qué es lo que quiere del servicio y la capacidad para iniciar un proceso terapéutico (*Anexo III: Ficha de acogida*).
- c. Informar sobre la dinámica del centro y explicar los diferentes recursos.
- d. Consideración de la motivación y el estadio de cambio (precontemplación, contemplación, acción, mantenimiento).

La acogida la realizará el/la trabajador/a social, si el usuario acude al centro con una cita programada.

2.3. VALORACIÓN MULTIDISCIPLINAR

- * El diagnóstico y evaluación clínica de la persona con adicción a cocaína debe de abarcar el estudio de los síntomas afectivos, cognitivos, conductuales y fisiológicos.
- * La evaluación social, médica y psicológica podrá efectuarse de forma paralela o alternativa, como mejor convenga a la adecuación del caso.
- * Los contactos frecuentes en las primeras semanas son necesarios para establecer una buena relación terapéutica y potenciar la motivación del paciente para que lleve a cabo el tratamiento.

- Una vez recogidos los datos personales en la ficha de acogida, los diferentes miembros del equipo técnico los trasladarán a sus respectivas historias clínicas.
- La cumplimentación de los anexos queda a criterio de cada profesional, quien valorara la necesidad y utilidad de completar cada uno de los apartados.

2.3.1. SOCIAL

- ❑ Diagnóstico sociofamiliar.
- ❑ Evaluar los hábitos ocupacionales.
- ❑ Realizar un Genograma.
- ❑ Analizar los siguientes aspectos (*Anexo IV: Historia Social*).
 - Historia de consumo.
 - Droga principal.
 - Cantidad.
 - Vía de administración.
 - Patrón de consumo.
 - Acontecimientos relevantes en la evolución individual del consumo de cocaína (edad del primer consumo, período máximo de abstinencia)
 - Otras drogas consumidas.
 - Tratamientos anteriores.
 - Circunstancia que motiva la demanda de tratamiento.
 - Consecuencias del consumo.
 - Intervenciones terapéuticas previas.
 - Educativos.
 - Formativos.
 - Prestaciones sociales.
 - Vivienda.
 - Judiciales.
 - Sociolaborales.
- ❑ Gestionar y coordinar de recursos generales y específicos.

2.3.2. MÉDICA

- ❑ Realizar:
 - La historia y exploración clínica, (*Anexo V: Hª Clínica*).
 - La Hª. Toxicológica (*Anexo VI: Historia Toxicológica*).
 - El diagnóstico clínico según DSM-IV.
- ❑ Solicitud de pruebas complementarias.
- ❑ Tratar la sintomatología del síndrome de abstinencia.

- ❑ Seguimiento y evaluación continua del tratamiento farmacológico.
- ❑ Prevenir y detectar la patología orgánica y psiquiátrica asociada a las conductas adictivas, derivando cuando sea necesario.
- ❑ Coordinación con Atención Primaria y el Equipo de Salud Mental, si procede.
- ❑ Evaluar hábitos saludables.

2.3.3. ENFERMERÍA

- ❑ Dispensación, control y explicación de los tratamientos farmacológicos prescritos a los pacientes.
- ❑ Recogida vigilada de muestras de orina para análisis de sustancias psicoactivas.
- ❑ Manejo y control del analizador.
- ❑ Control y transcripción de los resultados de controles de orina.
- ❑ Prevención de Hepatitis B y C, VIH (Dispensación de preservativos).
- ❑ Programa de vacunación VHB.
- ❑ Análisis de Sangre.
- ❑ Educación sanitaria.
- ❑ Relación y coordinación con otros dispositivos asistenciales. En lo referente a medicación y Controles de orina (Comunidades Terapéuticas, Unidades móviles, Centros de Transeúntes, Cedex...).
- ❑ Observación continuada del estado general del paciente y detección de demandas.

2.3.4. PSICOLÓGICA

- ❑ Efectuar la historia psicológica: Entrevista semiestructurada, para conseguir una visión global del problema adictivo y sus consecuencias, de la motivación del paciente y de los recursos con los que cuenta. (*Anexo VII: Historia Psicológica*).
- ❑ Elaborar análisis funcional de la conducta adictiva.
- ❑ Coordinación con otros dispositivos asistenciales.
- ❑ Realizar evaluación y Diagnóstico psicológico:
 - Pruebas recomendables:
 - Evaluación del estadio de cambio: URICA
 - Evaluación del estado de ánimo: BDI
 - Evaluación de la ansiedad: STAI/ ISRA

- Evaluación de la personalidad y patología asociada, rasgos más destacables de la personalidad: 16 PF-5; SCL-90-R; IPDE; MCMI-III (Millon, preferente en caso de sospecha de patología psiquiátrica).
- Pruebas que podrían ser útiles:
 - Índice de Severidad de la adicción: (ASI).
 - Cocaine abuse. Assessmelet profile (CAAP), dos versiones Addiction-Dependency Self-Test y Cocaine.
 - Escala de Bienestar psicológico (EBP).
 - Evaluación del consumo de otras sustancias y otras conductas adictivas:
 - Test para la identificación de Trastornos por Uso de Alcohol: AUDIT / Malt.
 - Juego patológico:
 - Cuestionario de juego de South Oaks (SOGS) de Echeburúa, Báez, Fernández- Montalvo y Páez 1994.
 - Cuestionario de Evaluación del DSM-IV para el Juego Patológico.
 - Otras conductas adictivas (Internet, móvil, compras...).
 - Evaluación de la motivación.
- *Anexo VIII: Intervención Indicada en Situaciones Específicas.*
- *Anexo IX: Descubriendo los motivos por los que consumes cocaína.*

Guía-Protocolo de actuación en personas con trastorno por consumo de cocaína

IV. TRATAMIENTO

Una vez iniciada la evaluación (bio–psico–social) del consumidor de cocaína, podremos plantear el abordaje terapéutico a través de un plan de intervención individualizado.

El tratamiento se puede realizar en dos niveles:

- A) En régimen abierto o ambulatorio, (Centros de Conductas Adictivas).
- B) En régimen cerrado o de internamiento, (Comunidades Terapéuticas).

A) Criterios orientativos para tratamiento ambulatorio:

1. A demanda del paciente.
2. Soporte familiar adecuado.
3. Disposición a un aislamiento activo consentido.
4. Disposición a colaborar en el proceso terapéutico.
5. No existencia de ninguna enfermedad somática y/o psiquiátrica que lo desaconseje.
6. Familia con capacidad para el manejo de determinados fármacos.
7. Obligación judicial.

B) Criterios orientativos para deshabitación en medio cerrado:

1. Que el paciente lo demande.
2. Incapacidad del paciente de lograr los objetivos planteados en deshabitación a nivel ambulatorio.
3. Familia desestructurada que aporta poco apoyo o dificulta la recuperación del paciente.
4. Necesidad de abandono por parte del paciente del entorno social en el que se encuentra.
5. Obligación judicial.

A efectos meramente didácticos, describiremos independientemente los dos tipos de tratamientos, ya que deberán ser siempre complementarios:

1°. TRATAMIENTO MÉDICO

2°. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

1. TRATAMIENTO MÉDICO-DESINTOXICACIÓN

En el proceso de Desintoxicación como tal, vamos a englobar tanto el tratamiento del Síndrome de Abstinencia como el de Deshabitación con psicofármacos.

1.1. INTRODUCCIÓN

Tenemos que partir del conocimiento de que no existen tratamientos específicos para la desintoxicación de cocaína. En este sentido los especialistas coinciden en que ningún tratamiento biológico de los disponibles actualmente es lo suficientemente eficaz para poder prescribirlo como acción terapéutica única o principal.

Pero a pesar de todo, están bien descritas y estructuradas las distintas intervenciones terapéuticas basadas en evidencias científicas y aunque no existe un consenso claro en cuanto a que tipo de abordaje farmacológico es el más apropiado para tratar la dependencia de la cocaína; los tratamientos de desintoxicación actuales siguen pautas medicamentosas muy bien estudiadas y complementadas con técnicas psicoterapéuticas ampliamente contrastadas.

Actualmente la intervención integrada (Farmacoterapia y Psicoterapia) es sin duda la más efectiva en el tratamiento de la dependencia a la cocaína, teniendo como objetivos principales:

- Conseguir técnicas de desintoxicación y deshabitación más rápidas y confortables.
- Prevenir y controlar “el craving”, (deseo imperioso de consumir).
- Controlar la impulsividad.
- Prevenir las recaídas.
- Mejorar el tratamiento de las patologías psiquiátricas comórbidas.

La finalidad del Tratamiento de Desintoxicación se basa en:

- Tratar el Síndrome de Abstinencia agudo y residual del adicto al dejar el consumo.
- Recuperar el equilibrio neurológico, (neuroregulación) y de las funciones cognitivas y afectivas alteradas por la cocaína.

Para poder entender mejor la racionalidad del uso de los distintos fármacos, potencialmente útiles en el tratamiento de la Cocainomanía, debemos de saber que han sido propuestos en base a las diferentes hipótesis implicadas en la adicción a la Cocaína fundamentándose su aplicación en los mecanismos de acción de la misma; por eso sería conveniente hacer previamente una breve referencia a:

- 1º. Las Manifestaciones Clínicas de Síndrome de Abstinencia.
- 2º. La Neurobiología y Mecanismo de acción de la Cocaína.
- 3º. Efectos Clínicos de la Cocaína.

1.1.1. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA

A diferencia del síndrome de abstinencia de otras drogas como los Opiáceos y el Alcohol que están claramente definidos, el síndrome de abstinencia de la Cocaína aunque está correctamente descrito, presenta características muy variables en los diferentes sujetos.

Se manifiesta por la aparición de una serie de síntomas opuestos a los efectos provocados por la cocaína. Y aunque la supresión brusca del consumo no provoca síntomas físicos muy evidentes, sí que los provoca psicológicos.

Principalmente:

*Depresión, ansiedad,
Insomnio o hipersomnía,
Alteración del carácter,
Irritabilidad, fatiga, agitación,
Conductas paranoicas, agresividad,
Trastornos psiquiátricos.*

Estas manifestaciones son debidas a que cuando cesa el consumo de Cocaína, los circuitos de recompensa carecen de la sobrestimulación habitual a la que los tiene acostumbrados el adicto y por tanto no son capaces de activarse; apareciendo un malestar que se manifiesta como displacer.

*Es debido a una disminución de neurotransmisores, fundamentalmente de **DOPAMINA***

Clásicamente se vienen describiendo tres fases en el Síndrome de Abstinencia a la Cocaína. (Gawin y Kléber, 1.986)

FASE I: ABSTINENCIA AGUDA O “CRASH”

Aparece a las 6–12 horas del último consumo y puede durar hasta 4 días. Se manifiesta por decaimiento psíquico y físico.

INICIAL: Agitación, depresión, anorexia, “craving”.

MEDIA: Fatiga, depresión, anorexia, disforia, “no craving”.

TARDÍA: Agotamiento, hipersomnia, hiperfagia, “no craving”.

FASE II: ABSTINENCIA RETARDADA

Puede durar de 1 a 10 semanas; reaparece un gran deseo de Cocaína.

INICIAL: Sueño normal, eutimia, leve ansiedad, leve “craving”.

MEDIA y TARDÍA: Anhedonia, anergia, ansiedad.

Reaparece “craving” intenso = Posibilidad de RECAÍDA

FASE III: EXTINCIÓN INDEFINIDA

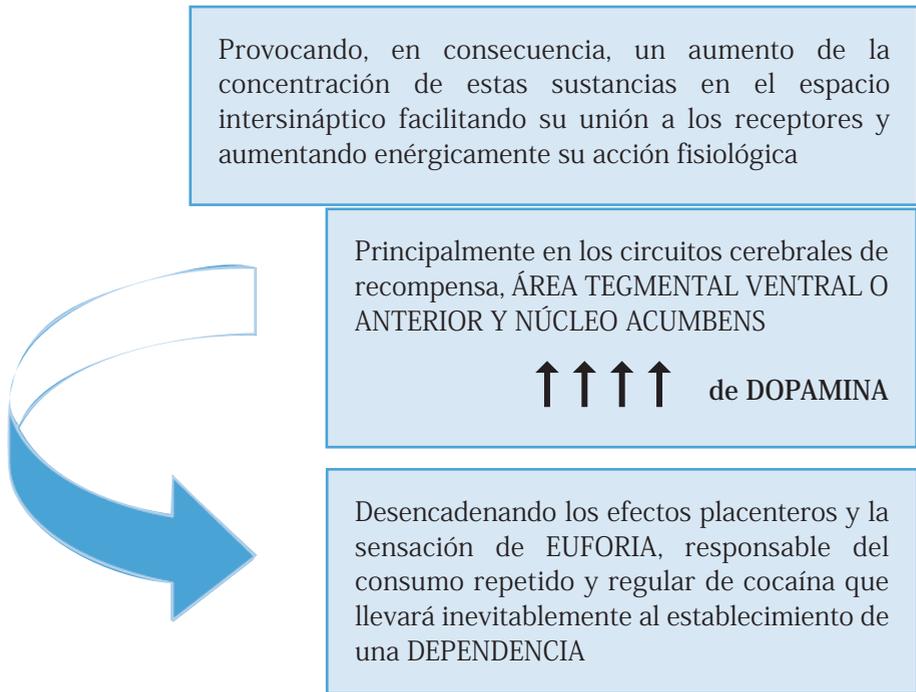
- De duración indefinida.
- Extinción progresiva, con crisis esporádicas de “craving” y situaciones condicionantes con riesgo de RECAÍDA.
- Respuesta hedónica normal, eutimia.
- “Craving” esporádico e irresistible.

1.1.2. NEUROBIOLOGÍA Y MECANISMO DE ACCIÓN DE LA COCAÍNA

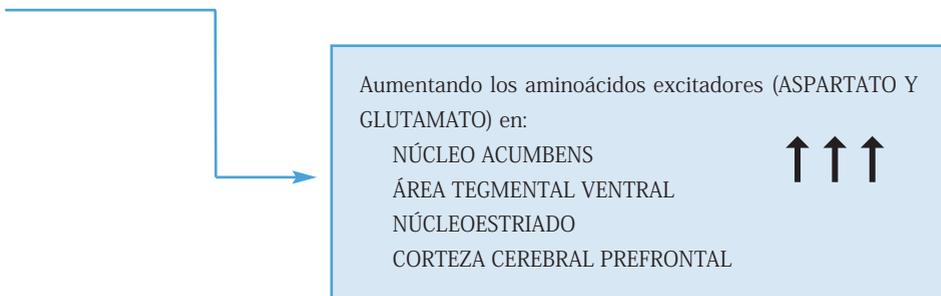
(Conceptos básicos–generales)

“La cocaína es un potente psicoestimulante cerebral”

* El efecto de refuerzo de la COCAÍNA es debido a su capacidad de inhibir la recaptación de los neurotransmisores, principalmente de la DOPAMINA, pero también de la ADRENALINA y la SEROTONINA, mediante su unión al transportador de recaptación:



- Por otra parte la COCAÍNA también incrementa la actividad GLUTAMATÉRGICA



- A nivel del Sistema Opiode, la Cocaína produce un aumento de ENDORFINAS

En consecuencia se produce una HIPERACTIVACIÓN DEL ORGANISMO que se manifiesta por una serie de síntomas que caracterizan el perfil del Cocainómano:

EUFÓRICOS
ENERGÉTICOS
CONVERSADORES
EN ALERTA MENTAL, principalmente referente a las sensaciones Visuales, Auditivas y Táctiles
DISMINUCIÓN DE LA NECESIDAD DE COMER Y DORMIR

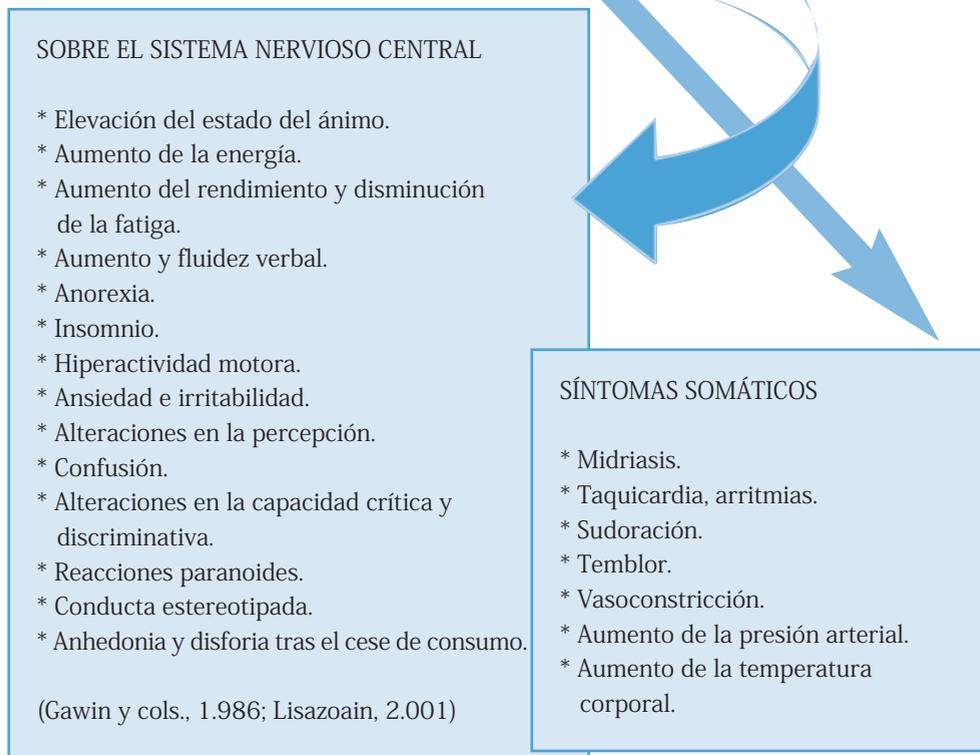
Este consumo más frecuente de Cocaína produce fenómenos de NEUROADAPTACIÓN que dan lugar a la aparición del craving, en los periodos de abstinencia.

La EUFORIA actúa como **refuerzo positivo**
El CRAVING actúa como **refuerzo negativo**



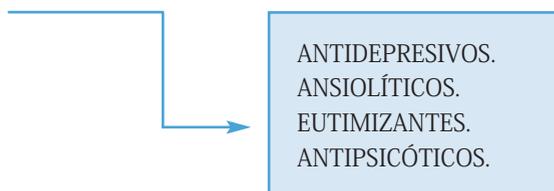
Ambos refuerzos son los que llevan al sujeto a perpetuar el consumo de Cocaína y convertirse en dependiente crónico

1.1.3. EFECTOS CLÍNICOS DE LA COCAÍNA



1.2. RECOMENDACIONES PREVIAS AL TRATAMIENTO DE DESINTOXICACIÓN

- El Síndrome de abstinencia de Cocaína suele ser un cuadro benigno que en ausencia de complicaciones no suele precisar de tratamiento farmacológico.
- Ante la presencia de complicaciones en la abstinencia de Cocaína puede ser necesarios la utilización de psicofármacos para tratar la sintomatología que se presente.



- La alianza terapéutica entre el paciente y el médico es fundamental para poder llevar a cabo el tratamiento. Siempre debe de haber apoyo psicoterapéutico.
- El tratamiento farmacológico en la desintoxicación de Cocaína, aunque hasta el momento no esté lo suficientemente avalado por evidencias científicas, puede y debe de utilizarse en la práctica clínica cuando así se considere principalmente en los casos de:

- * Consumo de grandes cantidades de Cocaína.
- * Uso de vía de administración intravenosa ó fumada, "base libre".
- * Uso concomitante de otras drogas.
- * Existencia de problemas físicos asociados.
- * Existencia de problemas psíquicos comorbidos; como crisis de angustia, agitación psicomotriz, cuadros depresivos con ideación autolítica, síntomas psicóticos, etc.

- El plan de tratamiento deberá de ser individualizado y se basará en una detallada y completa valoración de:
 - Las características personales del sujeto.
 - Su grado de dependencia a la cocaína.
 - Existencia o no de patología orgánica o psíquica asociada.
 - Politoxicomanía, (Alcohol, Heroína, Cannabis).
 - Otros tratamientos farmacológicos asociados, (Metadona, antivirales ...).
- Antes de iniciar cualquier proceso de desintoxicación y aunque parezca evidente que debiera ser así; el paciente debe de tener conciencia de su dependencia y asumir las siguientes consideraciones:
 - 1ª. Tomar la decisión personal de ponerse en tratamiento sin presiones de ningún tipo, (familiares, económicas, físicas ó legales).
 - 2ª. Abandono del consumo de Cocaína totalmente, al 100%.
 - 3ª. Tomar los medicamentos prescritos en la dosis y frecuencia indicados.
 - 4ª. El tratamiento farmacológico siempre debe de ir complementado con el tratamiento psicoterapéutico.
 - 5ª. Es fundamental el cambio de estilo de vida del cocainómano, (amistades y ambiente de consumo).
 - 6ª. Mantenimiento de la abstinencia en el tiempo para que la conducta adictiva se vaya extinguiendo.

1.3. OPCIONES DE TRATAMIENTO DE DESINTOXICACIÓN

Ambulatoria, (de elección)
Hospitalaria

CIRCUNSTANCIAS QUE ORIENTARÍAN HACIA UNA DESINTOXICACIÓN A NIVEL HOSPITALARIO

- Fracasos previos de tratamientos ambulatorios.
- Falta de apoyo familiar, para la contención y supervisión del tratamiento.
- Comorbilidad orgánica grave que requiera de supervisión para evitar posibles complicaciones o descompensaciones, (hepatopatías crónicas, cardiopatías, encefalopatías, etc.).
- Trastorno mental grave.
- Problemática social que imposibilite un control y seguimiento ambulatorio del paciente.
- A solicitud expresa del paciente, ante la evidente falta de autocontrol y baja motivación.

1.4. EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO

1.4.1. ANAMNESIS, en la que se refleje principalmente:

- Antecedentes personales somáticos y psiquiátricos.
- Policonsumo.
- Enfermedades físicas actuales.
- Trastornos mentales comorbidos o inducidos por la Cocaína.

1.4.2. EXPLORACIÓN CLÍNICA

Historia Clínica y Toxicología. (*Anexo n° V y VI*).

1.4.3. PRUEBAS BIOLÓGICAS: control Toxicológico

Análisis de orina, para confirmación diagnóstica de consumo reciente de Cocaína u otras drogas y como indicador de abstinencia durante el tratamiento de desintoxicación y deshabituación.

El tiempo medio de detección del metabolito (*Benzoil-ecgonina*) de la Cocaína en orina oscila entre uno y tres días después del último consumo; dependiendo de la cantidad consumida, vía de administración y metabolismo del sujeto.

1.4.4. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

* Análisis de sangre, que incluya al menos:

- Hemograma completo
- Bioquímica general
 - Función hepática
 - Función renal
 - Lípidos
 - Enzimas musculares, (CPK, LDH)
- Coagulación
- Velocidad Sedimentación Globular
- Serología, (VHB, VHC, VIH), lues

* Sería aconsejable la realización de:

- Mantoux
- Test de embarazo
- Electrocardiograma
- Radiología de Tórax

* La realización de otras pruebas dependerán de cada situación clínica concreta, como:

- Determinación de Troponina T, en caso de dolor precordial.
- Rinoscopia y TAC de senos nasales ante sintomatología de ulceraciones nasales, con o sin perforación y/o sinusitis.
- Ecografía abdominal en Hepatopatías.
- TAC o IRM cerebral ante clínica neurológica.
- Holter y prueba de esfuerzo ante sintomatología compatible con coronariopatías.

1.5. ABORDAJE FARMACOLÓGICO DE LA DEPENDENCIA DE COCAÍNA

A pesar de los avances en psico-biología molecular y en el estudio de las alteraciones de la fisiología celular del Sistema Nervioso Central producidas por la Cocaína; no disponemos actualmente de fármacos que produzcan bloqueo de receptores, modifiquen su afinidad, ni de “interdictores” específicos semejantes a los que se utilizan en el tratamiento del Alcoholismo o de la dependencia de Opiáceos.

Pero aunque no existe un consenso claro sobre el tratamiento farmacológico de la adicción a la Cocaína, todos los abordajes terapéuticos plantean unos objetivos comunes:

- Mantener al paciente en tratamiento.
- Conseguir la abstinencia.
- Prevenir la recaída.

Entre los medicamentos que se han venido empleando para tratar la sintomatología física, afectiva o psicótica; se han utilizado aquellos que modifican la respuesta de la Cocaína en el Sistema Nervioso Central y su indicación está basada en los mecanismos de acción de la Cocaína a este nivel.

<p>Psicofármacos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que modifiquen los sistemas ----- • Gabaérgicos y Glutamatergicos • Opiáceos 	<p>Dopaminérgico Serotoninérgico Noradrenérgico</p>
---	---

La selección del uso de psicofármacos en el tratamiento de la Dependencia a la Cocaína se viene haciendo teniendo en cuenta los resultados de los ensayos clínicos efectuados en experimentación animal y en humanos y por otra parte considerando la naturaleza de los síntomas que se quieren corregir.

De los múltiples ensayos clínicos realizados con psicofármacos para el tratamiento de la Dependencia a la Cocaína, vamos a referirnos solo a los que han demostrado algún beneficio, aunque sea mínimo, al menos referente a la disminución del consumo.

Previamente a la prescripción de psicofármacos en un paciente cocainómano tenemos que:

- 1º. Identificar si existen o no trastornos psiquiátricos asociados, (comorbilidad).
- 2º. Definir claramente los objetivos, beneficios, perjuicios e interacciones posibles que puedan derivarse de nuestra prescripción.

REVISIÓN DE LOS PRINCIPALES FÁRMACOS ESTUDIADOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA DEPENDENCIA DE COCAÍNA

Las estrategias farmacológicas utilizadas para el tratamiento de la dependencia de la Cocaína siguen principalmente tres frentes complementarios:

AGONISTAS DOPAMINÉRGICOS
ANTIDEPRESIVOS
EUTIMIZANTES

A) FÁRMACOS QUE MODIFICAN EL SISTEMA DOPAMINÉRGICO

“El uso crónico de Cocaína produce una depleción de Dopamina en el S.N.C”

FÁRMACOS DOPAMINÉRGICOS

AGONISTAS
“corregirían la hipofunción dopaminérgica”

BROMOCRIPTINA
DESTROANFETAMINA
AMANTADINA
BUPROPION
METILFENIDATO
MAZINDOL*
PERGOLIDA*

**INHIBIDORES DEL
METABOLISMO DE DOPAMINA**

DISULFIRAM
SELEGILINA

ANTAGONISTAS
“bloquearían el refuerzo positivo del consumo”

ANTIPSICÓTICOS CLÁSICOS
HALOPERIDOL
FLUPENTIXOL*
ANTIPSICÓTICOS ATÍPICOS
RISPERIDONA
OLANZAPINA
QUETIAPINA
CLOZAPINA
ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS
DESIPRAMINA*

**Fármacos no disponibles en España*

FÁRMACOS QUE SE HAN UTILIZADO EN EL SÍNDROME DE ABSTINENCIA PRECOZ DE COCAÍNA:

BROMOCRIPTINA

- Es un inhibidor de la prolactina y un agonista dopaminérgico.
- Protocolo clásico de Bromocriptina en el tratamiento del Síndrome de abstinencia de Cocaína,

Plan de 10 días, (Compr. de 2,5 Mgr.):

1º, 2º y 3º.....: ¼ - ¼ - ¼

4º, 5º y 6º.....: ½ - ½ - ½

7º, 8º y 10º.....: 1 - 1 - 1

AMANTADINA

- Es un antiviral con ligera actividad agonista dopaminérgica.
- Se ha empleado a dosis de 100 mgr/8 horas, vía oral, durante 3-4 semanas.

METILFENIDATO

- Es un simpaticomimético estimulante del SNC.
- Es importante conocer que el tratamiento precoz del TDAH, (Trastorno por Déficit de Atención-Hiperactividad) en la infancia-adolescencia actúa como protector frente al consumo de drogas en la adolescencia.
- Es un fármaco a tener en cuenta en los adictos a la Cocaína con antecedentes de TDAH.
- En los pacientes cocainómanos que presentan comorbidamente TDAH, reduce el consumo de Cocaína.

El uso de Agonistas Dopaminérgicos en el tratamiento de la dependencia de Cocaína no presenta, hasta el momento, evidencias suficientes de eficacia y tolerabilidad.

DISULFIRAM

- Es un medicamento utilizado en la dependencia alcohólica.
- El disulfiram puede reducir el consumo de Cocaína a través de un doble Mecanismo:

1º. Controlando la ingesta alcohólica, por su acción inhibitoria de la Aldehido Deshidrogenasa = "Reacción aversiva del Disulfiram".

*Al evitar el consumo de alcohol se eliminan también los problemas derivados de la síntesis de Cocaetileno, (McCance-Katz y cols., 1.993).

ALCOHOL + COCAÍNA = COCAETILENO.

- Mayor potencial de abuso al reforzar la euforia.
- Aumento del riesgo cardiovascular.
- Aumento de la toxicidad Hepática.
- Produce mayor agresividad y conductas violentas.

2º. Actuando a nivel del SNC como un inhibidor de la Dopa-beta-hidroxilasa, que es el enzima que convierte la Dopamina en Noradrenalina, aumentando en consecuencia los niveles de Dopamina.

*Este efecto dopaminérgico sería el que justificaría su utilización en el Tratamiento de la dependencia de Cocaína, al disminuir el "craving".

Dosificación: 1 compr. de 250Mgr./ 12 ó 24 horas.

Los resultados son mejores cuando se asocia a terapia cognitivo-conductual, (Carroll y cols., 2004) y el paciente es varón.

* La prevención del consumo de Alcohol en los Cocainómanos es fundamental, ya que muy frecuentemente va asociado al consumo de Cocaína, actuando como estímulo iniciador y de mantenimiento a través del efecto que produce el cocaetileno; provocando mayor descontrol del consumo, potenciando secundariamente los problemas sociales, las conductas de riesgo y antisociales, (Pastor, Llopis y Baquero, 2002).

Los candidatos más claros al tratamiento con Disulfiram serian aquellos pacientes en los que el consumo de alcohol precede al de la cocaína, (Caballero L. 2005).

BUPROPION

Dosificación: de 150 a 300 mgr./día).

Se necesitan más estudios para confirmar su eficacia en el tratamiento de la Dependencia de Cocaína.

Los **NEUROLÉPTICOS CLÁSICOS**, en ausencia de sintomatología psicótica, no solo no mejoran el consumo de Cocaína, sino que pueden aumentar el “craving”.

Los **ANTIPSICÓTICOS ATÍPICOS**, han demostrado una mejora simultánea de la sintomatología psicótica y del consumo de Cocaína por disminución del “craving”. En consecuencia, el uso de Antipsicóticos Atípicos en consumidores de Cocaína, solo estarían indicados si existe sintomatología psicótica o patología dual, (esquizofrénicos, bipolares, episodios maníacos).

Servirían para aliviar la ansiedad, la distorsión cognitiva y el déficit de control de impulsos.

Se han empleado:

- **CLOZAPINA**
a dosis de 200 a 450 mgr./día.

- **RISPERIDONA**
a dosis de 4 a 6 mgr./día.

- **OLANZAPINA**
a dosis de 5 a 20 mgr./día.

- **QUETIAPINA**
a dosis de 300-450 mgr./día.

- **ARIPIPRAZOL**
a dosis de 10 a 15 mgr./día.

B) FÁRMACOS QUE MODIFICAN EL SISTEMA SEROTONINÉRGICO Y NORADRENÉRGICO: ANTIDEPRESIVOS

Debido a la elevada prevalencia de Síndromes Depresivos en los consumidores de Cocaína y a que esta también actúa sobre el sistema serotoninérgico y noradrenérgico se han venido utilizando fármacos antidepresivos en el tratamiento de la Dependencia de Cocaína.

Actualmente no existen suficientes evidencias que justifiquen el uso de estos fármacos en pacientes con trastorno por consumo de sustancias, sin la existencia de un trastorno depresivo comorbido.

No obstante, los antidepresivos, pueden estar indicados en casos y situaciones en los que una racionalidad clínica adecuada sustente y avale su prescripción. (Caballero, 2005).

ANTIDEPRESIVOS UTILIZADOS

B.1) Tricíclicos.

DESIPRAMINA, (*no comercializado en España*)
IMIPRAMINA

Uno de los antidepresivos pioneros y más estudiado en el tratamiento de los Cocainómanos fue la Desipramina, (Gawin y Kleber, 1984); y aunque en un principio se esperaban resultados esperanzadores, los diversos ensayos y estudios realizados posteriormente no demostraron realmente su eficacia.

Los resultados con la Imipramina fueron similares.

B.2) Antidepresivos relacionados con los Tricíclicos. Inhibidores No Selectivos de Recaptación de Aminas.

(Con menos efectos adversos que estos y *más sedantes*):

TRAZODONA
MIANSERINA

(Sin resultados concluyentes, se necesitan más estudios)

B.3) Inhibidores Selectivos de Recaptación de Serotonina, (ISRS).

De estos AGONISTAS SEROTONINÉRGICOS se utilizan principalmente:

FLUOXETINA, (perfil + estimulante)

PAROXETINA, (perfil + sedante)

FLUVOXAMINA, (perfil + sedante)

CITALOPRAM, (perfil sedante)

ESCITALOPRAM, (perfil sedante)

SERTRALINA, (perfil estimulante)

(Sin resultados concluyentes, se necesitan más estudios)

B.4) Inhibidores Selectivos de Recaptación de Serotonina y Noradrenalina (ISRSN).

AGONISTAS SEROTONINÉRGICOS–NORADRENÉRGICOS y en menor medida DOPAMINÉRGICOS, dosis dependiente. (*Perfil estimulante*)

VENLAFAXINA

DULOXETINA

(Experiencia muy limitada y no concluyente)

B.5) Antidepresivos Noradrenérgico y Serotoninérgico Específico (NaSSA).

MIRTAZAPINA, (perfil + sedativo), debido a su efecto Antihistamínico H1

(Se necesitan más estudios)

B.6) Inhibidores Selectivos de Recaptación de Noradrenalina (IRNA).

AGONISTAS NORADRENÉRGICOS:

REBOXETINA, (perfil + estimulante)

(Sin resultados concluyentes)

B.7) Inhibidor de Recaptación de Noradrenalina y Dopamina (IRND)

BUPROPION,

(Estudios sin resultados concluyentes)

En conjunto y según la revisión de la Cochrane sobre 18 estudios controlados y 1.117 pacientes, (Lima y cols., 2.003), independientemente del tipo de antidepresivo utilizado, no se obtuvieron resultados significativos en el tratamiento de la dependencia de la cocaína.

No se demostró que los antidepresivos, en ausencia de trastorno depresivo comorbido, reduzcan la dependencia de la Cocaína, aunque esto podría deberse a que los pacientes abandonan el tratamiento con antidepresivos demasiado pronto.

No obstante, hasta que se encuentren disponibles nuevos estudios adicionales de eficacia y efectividad, se puede considerar continuar utilizando medidas de apoyo psicoterapéuticas y mantener a los pacientes en tratamiento con antidepresivos conjuntamente con una intervención psicosocial más profunda.

Los antidepresivos serotoninérgicos y la trazodona son los antidepresivos más utilizados al aliviar la depresión, la impulsividad y la ansiedad. (Pérez de los Cobos, 2.001)

C) FÁRMACOS EUTIMIZANTES (ANTIEPILÉPTICOS, ANTICONVULSIVANTES O NORMOTÍMICOS)

Los antiepilépticos son moduladores de los sistemas gabérgico y glutamatérgico.

El empleo de los Agonistas GABAérgicos y los Antagonistas Glutamatérgicos, entre los que se encuentran algunos antiepilépticos, se basa en su capacidad para actuar sobre la Neurotransmisión Dopaminérgica del Sistema Mesocorticolímbico.

1º. Con el efecto GABAÉRGICO se busca una reducción de los efectos reforzadores de la Cocaína, debido al efecto inhibitorio que ejerce el GABA sobre la función Dopaminérgica.

2º. Con el efecto ANTIGLUTAMATÉRGICO se busca reducir la estimulación Glutamatérgica de origen frontal que actúa sobre el Sistema Límbico cuando el paciente se expone a “señales” relacionadas con la Cocaína.

(McFarland y Kalivas, 2.001; McFarland y cols., 2.003; Pérez de los Cobos y cols., 2.006).

El empleo de los anticonvulsivantes en el tratamiento de las adicciones ha sido objeto de un creciente interés.

Y en particular se han venido utilizando, aunque sin evidencias suficientes para ratificar su eficacia, en la dependencia a Cocaína:

CARBAMAZEPINA
OXCARBAZEPINA
VALPROATO

GABAPENTINA
LAMOTRIGINA
VIGABATRINA
TIAGABINA
PREGABALINA
TOPIRAMATO

Aunque su principal indicación terapéutica es en la epilepsia y en el dolor neuropático periférico, se vienen utilizando como “estabilizadores” del humor en los trastornos de personalidad (sobre todo del tipo B) y para el déficit de control de impulsos.

Todos podrían ser útiles, al reducir la impulsividad, para disminuir el consumo de Cocaína y el “craving”, pero los resultados obtenidos hasta el momento no son concluyentes, requiriéndose más investigación y ensayos clínicos controlados con una correcta metodología para poder obtener conclusiones sólidas.

Consideraciones importantes a tener en cuenta sobre los efectos adversos de los antiepilépticos:

- Alguno de ellos, caso del topiramato, pueden producir alteraciones cognitivas como dificultad en la concentración, en la atención y en la memoria.
- “Un estudio realizado por investigadores del Charité University Medical Center de Berlín (Alemania), publicado en “Neurology”, (Julio/2010) ha demostrado que los nuevos fármacos para la epilepsia que presentan un mayor riesgo de causar depresión que el resto de este tipo de medicamentos, como **levetiracetam, topiramato o vigabatrina**, aumentan además el riesgo de que estos pacientes se autolesionen o muestren conductas suicidas.
- Por el contrario, los nuevos medicamentos que presentan un riesgo bajo de generar depresión en estos pacientes y los fármacos tradicionales para tratar la epilepsia no incrementan el riesgo de que el afectado se dañe o intente suicidarse. En este grupo se incluyen fármacos como **lamotrigina, gabapentina, carbamazepina, valproato y phenytoina**”.
- Por otra parte respecto a la relación del aumento de suicidios consumados en los pacientes tratados con antiepilépticos, según las conclusiones del último Congreso Nacional de Psiquiatría, (Octubre/2010), refieren que no hay datos concluyentes que los vehiculen.

- El estudio de Alejandro Arana y col. Publicado en *New England Journal of Medicine*, (Agosto/2010) “demuestra estadísticamente que en pacientes con epilepsia la toma de medicación específica para su enfermedad no se asocia a un mayor riesgo de este tipo de conducta, lo que reafirma la seguridad de este grupo de fármacos cuando se utilizan en pacientes con esta patología. El estudio concluye que el riesgo de conducta suicida se debe fundamentalmente a la influencia de la enfermedad de base para la que el medicamento fue prescrito (depresión, trastorno bipolar, epilepsia, etc.). Esto es algo que, destacan los investigadores, debe ser tenido en consideración por los profesionales sanitarios”.
- Estos medicamentos siempre deben de pautarse incrementando la dosis progresivamente y tener cautela en su prescripción, principalmente si aparecen síntomas de deterioro cognitivo, depresión o ideación autolítica durante el tratamiento.

D) BENZODIACEPINAS

Aumentan la actividad GABA

Como tratamiento sintomático de la ansiedad y en caso de convulsiones.

En general todas las benzodiazepinas actúan como:

- Hipnóticos a dosis altas
- Ansiolíticos a dosis moderadas
- Sedantes a dosis bajas

Se utilizan generalmente las de acción prolongada y intermedia

Prolongada: CLORAZEPATO
DIAZEPAM
KETAZOLAM

Intermedia: ALPRAZOLAM
LORAZEPAM
BROMAZEPAM
CLONAZEPAM

Con acción hipnótica específica:

LORMETAZEPAM

Análogos de la benzodiazepinas:

ZOLPIDEM

ZOPICLONA

E) OTROS TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS:

La utilidad clínica y la indicación concreta de todos estos tratamientos están por determinar...

a) Opiáceos

Se han ensayado en la adicción a la cocaína, tanto los agonistas como los antagonistas opiáceos.

a.1) Naltrexona

- * Es un antagonista opiáceo puro.
- * Aprobada para el tratamiento de las adicciones a Opiáceos y Alcohol, se ha ensayado también en el tratamiento de la Cocainomanía con resultados muy dispares.
- * Su utilización se fundamenta en que las vías opiérgicas podrían tener un papel importante en la euforia cocaínica y que su bloqueo podría disminuirla, controlando así indirectamente el craving, (Singer y cols. 1.999).
- * Se emplea a dosis de 50 mgr. /día
- * En la práctica podría ser de utilidad cuando exista abuso de alcohol asociado.
- * Contraindicada si hay consumo de opiáceos.
- * Disminuye el consumo de cocaína en el tratamiento de las dependencias mixtas de Heroína y Cocaína, (Sanz y Arranz, 2.003).

Resultados contradictorios. Actualmente no existen evidencias suficientes para su empleo en el tratamiento de la Dependencia de Cocaína.

a.2) Buprenorfina

Es un opiáceo sintético, agonista parcial-antagonista.

Tiene actividad agonista parcial sobre receptores (μ) y antagonista sobre los (κ).

En heroínómanos consumidores de cocaína reduce el consumo de cocaína, (Montoya y cols. 2.004).

Se precisan de un mayor número de evidencias científicas para poder avalar su eficacia en los tratamientos de la dependencia a la cocaína.

a.3) Metadona

Es un opiáceo sintético agonista.

En pacientes con dependencia de heroína y cocaína en los Programas de Mantenimiento con metadona, el incremento de la dosis de metadona disminuye los consumos de cocaína.

La dosis de metadona debe de oscilar entre los 60 y los 100 mgr/día.

b) Glutamatérgicos-Gabaérgicos

b.1) Modafinil

Es un fármaco psicoestimulante con acciones glutamatérgicas y gabaérgicas utilizado en la somnolencia diurna asociada a narcolepsia.

A dosis de 400 mgr./día. (Dackis y col. 2.003)

Está abierto a investigación

b.2) Baclofen

Es un fármaco antiespástico.

Tiene acción gabaérgica y se ha utilizado para disminuir el consumo y el craving de cocaína.

Sin resultados concluyentes, (Shptaw y cols. 2.004).

c) Otros Fármacos

c.1) Magnesio

Se ha utilizado para disminuir el craving y el consumo de cocaína.

Sin resultados concluyentes. (Margolin y cols. 2.003).

c.2) Litio

Puede ser efectivo, al bloquear la euforia producida por la cocaína, en un subgrupo de cocainómanos con trastorno bipolar y en psicosis cocaínica (Gawin et al. 1.989).

Es preciso un control de la litemia.

Existe riesgo de crisis hipertensivas con el consumo de cocaína.

Tiene importantes efectos secundarios.

c.3) Propanolol y Labetalol

Son fármacos bloqueadores adrenérgicos que pueden atenuar el craving durante las primeras etapas del síndrome de abstinencia. Útiles en la ansiedad y el trastorno explosivo intermitente.

- El propanolol es bloqueante beta-adrenérgico.
- El labetalol es bloqueante beta y alfa-adrenérgico.

c.4) Ondansetron

Es utilizado como antiemético en quimioterapia y radioterapia.

Es un antagonista de los receptores de serotonina, (5-HT₃) y inhibidor indirecto de la dopamina, a dosis de 4 mgr./día, (Johnson et al 2006).

c.5) Nootropos:

Piracetam

Algunos autores lo han planteado como tratamiento del deterioro cognitivo provocado por consumo elevado de cocaína. A dosis de 4,8 gr/día.

c.6) Antagonistas de Receptores Cannabinoides

Algunos estudios experimentales están estableciendo líneas de investigación en el uso de antagonistas del receptor cannabinoide CB₁ para la prevención de las recaídas a la cocaína.

CONCLUSIONES:

- No existen medicamentos específicos aprobados para el tratamiento de la cocainomanía.
- No existe, como tal, una farmacoterapia plenamente eficaz.
- Continúa en este sentido la investigación clínica.

1.6. INMUNOTERAPIA

La inmunoterapia frente a la adicción a la Cocaína, actualmente está en fase de experimentación al igual que su utilidad clínica, aunque existen resultados prometedores aún no está del todo determinada.

- Las líneas de investigación están centradas en evitar la acción de la cocaína sobre el Sistema Nervioso Central, mediante dos mecanismos:
 - 1º. Impidiendo la entrada de la cocaína en el cerebro, mediante una VACUNA. (Carrera y cols. 2.000, 2.001, 2.002).
 - 2º. Incrementando la degradación plasmática de la cocaína antes de que esta llegue al cerebro, (Gorelick 1.997, Carmona y cols. 2.000) mediante ANTICUERPOS CATALÍTICOS como la BUTIRILCOLINESTERASA, (Casman y cols. 2.000).

ESTRATEGIAS ACTUALES DE INMUNIZACIÓN FRENTE A LA COCAÍNA

INMUNIZACIÓN ACTIVA	Mediante la VACUNACIÓN	Los ANTICUERPOS son producidos por una respuesta inmune dentro del propio huésped.
INMUNIZACIÓN PASIVA	Mediante ANTICUERPOS MONOCLONALES	Los ANTICUERPOS han sido producidos previamente fuera del huésped
INMUNIZACIÓN REACTIVA	Mediante ANTICUERPOS CATALÍTICOS BUTIRILCOLINESTERASA	Estos ANTICUERPOS imitan enzimas catalíticas que degradan a la cocaína

Actualmente, referente a la vacunación frente a la cocaína, podríamos puntualizar que:

- Las posibles indicaciones de la Inmunoterapia, una vez demostrada eficientemente su utilidad clínica, podrían ser:
 - El tratamiento de las sobredosis.
 - La reducción de las recaídas.
 - Prevenir el consumo, al proteger contra los riesgos de la exposición a la cocaína.
 - Al bloquear los efectos fisiológicos y conductuales de la cocaína se evitará así su autoadministración. Se ha estudiado en modelos animales, (Fox y col., 1.996, Carrera y cols., 2000. 2001, Canta y cols., 2000 y 2001)
- La inmunización es compatible con otros tratamientos farmacológicos.

- Continúan en estudio y se debate actualmente:

Su utilidad clínica.
Sus consecuencias.
Los aspectos legales y éticos de esta técnica.

- * Se desconoce:

Si su efecto será completamente irreversible.
La duración de su efecto.
Los riesgos para el ser humano.
La frecuencia con la que será necesario vacunar.

- Podría ser una buena opción para los pacientes cocainómanos motivados, (semejante a los heroínómanos de los programas de mantenimiento con Naltrexona).

1.7. COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA

Cuando además de la dependencia Cocaínica existe una Patología Dual acompañante (enfermedad mental primaria o secundaria), el tratamiento farmacológico resulta imprescindible. (Caballero y Alarcón, 1997):

ESQUEMA DE ACTUACIÓN FRENTE A LAS PATOLOGÍAS MENTALES MÁS FRECUENTES

Distimia, Depresión	Antidepresivos triciclicos, ISRS, ISRNS
Impulsividad, Ciclotimia, Hipertímia	Valproato, Carbamacepina, Oxcarbacepina, Gabapentina, Topiramato, Litio
T.D.A.H.	Metilfenidato
Apatía, Anergia	Agonistas DOPAMINÉRGICOS
Psicosis Cocaínica	NEUROLÉPTICOS Atípicos, Benzodiazepinas
Alcoholismo	Disulfiram, Cianamida Cálcica
Opiomanía	Metadona, Buprenorfina
Esquizofrenia paranoide, Crisis de pánico, Trastornos delirantes, agresividad	Neurolépticos Atípicos

Podríamos diferenciar tres situaciones en relación a la sintomatología afectiva o psiquiátrica:

A) INTOXICACIÓN COCAÍNICA:

Los síntomas afectivos o psicóticos derivados de la intoxicación remiten tras horas ó días de abstinencia.

Solo requieren medicación sintomática.

B) ABSTINENCIA DE COCAÍNA:

Los síntomas afectivos derivados del síndrome de abstinencia de cocaína pueden durar semanas.

Suelen mejorar espontáneamente o con tratamiento sintomático.

C) TRASTORNO PSIQUIÁTRICO COMORBIDO:

Los síntomas psiquiátricos permanecen o empeoran a pesar del correcto tratamiento de la dependencia Cocaínica y mantener la abstinencia, (orinas limpias).

Necesitan tratamiento psicofarmacológico y/o psicoterapia.

La existencia de PATOLOGÍA DUAL implica:

- Peor respuesta al tratamiento.
- Menor cumplimiento Terapéutico.
- Mayor número de urgencias y hospitalizaciones.
- Mayor presencia de conductas violentas, ilegales y suicidas.

En los pacientes con trastorno de la personalidad, en especial el límite y el antisocial, el consumo de Cocaína potencia sus rasgos patológicos facilitando la desinhibición y aumentando el riesgo de conductas violentas.

2. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

2.1. INTRODUCCIÓN

En la intervención psicológica en cocaína, como en otros ámbitos de las drogodependencias, incluso de la psicología en general, se requiere un conocimiento previo de la “mejor” evidencia empírica o información científica, que junto a la experiencia clínica del profesional, le permitirá seleccionar la técnica psicológica más idónea para afrontar el abordaje de la deshabituación psicológica en cocaína de esa persona en concreto o grupo de personas, si la intervención es grupal.

Por esta razón, se toma como base la Guía Clínica Socidrogalcohol 2008 basada en evidencia científica, la cual nos sitúa en niveles de evidencia y grados de recomendación con respecto a los diferentes tratamientos psicológicos en Cocaína.

✓ Criterios Utilizados

- Niveles de evidencia:
 1. Ensayos clínicos controlados, aleatorizados y bien diseñados, o bien, metanálisis.
 2. Ensayos clínicos que tienen pequeñas limitaciones metodológicas.
 3. Estudios descriptivos, comparativos y de casos controles
 4. Consenso de comités de expertos, informes técnicos de las autoridades sanitarias y series de casos.

✓ Grados de Recomendación

De acuerdo con los niveles de evidencia descritos:

Grado de recomendación	Nivel de evidencia
A (máxima)	1
B (alta)	2 y 3
C (media)	4

Tabla: Tratamientos psicológicos de la dependencia de cocaína

Tratamientos Eficaces	Tratamiento manualizado y protocolizado con psicólogos entrenados y un número suficiente de evidencias científicas derivadas de varios ensayos clínicos prospectivos, controlados, randomizados y realizados con un número suficiente de pacientes o bien metanálisis, que demuestren su eficacia en la prevención de recaídas.	Enfoque de Refuerzo Comunitario + "vouchers".
Tratamiento probablemente Eficaces	Tratamientos con evidencias que sustentan su utilización en dependientes de cocaína, aunque se precisa de un número mayor de ensayos clínicos controlados o metanálisis que confirmen los resultados iniciales.	<ul style="list-style-type: none"> - Counseling, asesoramiento o consejo individual y grupal. - Exposición sistemática a estímulos y entrenamiento en habilidades de afrontamiento. - Terapia Cognitivo-conductual (TCC). - Prevención de recaídas (P/R). - Entrevista motivacional (EM).
Tratamientos que requieren más investigación	Tratamientos que requieren mayor protocolización y número de ensayos clínicos cerrados, con un número suficiente de pacientes, para confirmar la evidencia de su eficacia. Tratamientos indicados para problemas comórbidos específicos.	<ul style="list-style-type: none"> - Terapia cognitivo-conductual para el desorden por estrés post-traumático (PTSD). - Terapia familiar estratégica breve (BSFT). - Terapia de apoyo expresiva (TSE). - Terapia interpersonal (TIP)
Tratamientos útiles	Tratamientos psicológicos clásicos del ámbito de la salud mental que también se utilizan en dependientes de cocaína en los dispositivos de tratamiento y contribuyen a la estabilidad a largo plazo del paciente aunque, carecen de ensayos clínicos rigurosos y por tanto de evidencias que avalen su utilización.	<ul style="list-style-type: none"> - Psicoanálisis y terapias dinámicas. - Terapia de pareja. - Terapia familiar. - Terapias grupales no estructuradas.

Labrador y cols. (2003), señalan que un tratamiento psicológico eficaz sería aquel que “ha pasado los controles y pruebas científicas adecuadas de tal modo que sabemos que funciona respecto a no aplicar ningún tratamiento o a otro que no muestra tener efectos o a otro menos eficaz”. Por otro lado, a través del Grupo de Trabajo para la Promoción y Difusión de Procedimientos Psicológicos, creado por la División 12 de la APA, se establecen los criterios que definen los “tratamientos bien establecidos” y los “tratamientos probablemente eficaces”, (Chambless y cols., 1998), señalando la eficacia demostrada de factores comunes como: la alianza terapéutica, la cohesión en la terapia de grupo, la empatía y la búsqueda del consenso y colaboración. Entre sus conclusiones sobresale la idea de que la relación terapéutica contribuye de forma sustancial y consistente al resultado de la psicoterapia independientemente del tipo específico de tratamiento.

Sin embargo, hasta el momento no se dispone de la suficiente evidencia que permita asumir que la relación terapéutica opera de forma idéntica en todos los tipos de psicoterapia o con todos los pacientes. La calidad emocional y relacional del vínculo entre paciente y terapeuta es una parte imprescindible del éxito del proceso psicoterapéutico (Corbella y Botella, 2003) pero la estimación de su efecto no es sencilla.

Otros estudios sugieren la necesidad de adecuar el tratamiento psicológico a la personalidad del drogodependiente (Personality-Guided Therapy in Behavioral Medicine, Scott Wetzler, Ph.D.). Consideran que cada persona, cada tipo de personalidad se relaciona con la droga de un modo peculiar, se vincula a un tratamiento de un modo peculiar y en general, se enfrenta a la vida de un modo peculiar. Por ello proponen, que aquellos que presenten elevada Búsqueda de Novedad se atienda a su conducta impulsiva y a los que presentan elevada Evitación del Daño, se atienda prioritariamente a su inestabilidad emocional.

Así el TCI-140, versión abreviada del TCI-R, basado en el modelo temperamental-caracterial de la personalidad de Cloninger; sería útil para la evaluación de la personalidad de los adictos en tratamiento, puesto que sus dimensiones permiten identificar los elementos distintivos de los sujetos con problemas por abuso de sustancias y el diseño de intervenciones multiprofesionales desde una perspectiva biopsicosocial.

Del mismo modo podríamos señalar, que el Cuestionario de Variables de Interacción Psicosocial VIP, es un instrumento de utilidad para el estudio de las variables nucleares de la personalidad, que permite la comprensión del valor funcional de la conducta adictiva con relación al patrón general de comportamiento de los

sujetos, facilitando el diseño y evaluación de los tratamientos específicos, aunque se puede aplicar en otros ámbitos. La concepción de este cuestionario remite a un modelo de tratamiento de las conductas adictivas «guiado por la personalidad», en la línea propuesta por Millon y Millon et al, según la cual, la conducta adictiva se definiría por su función con relación al resto de conductas del sujeto, y su mantenimiento se fundamentaría en la inexistencia de conductas alternativas en el repertorio de la persona.

Por su parte, el cuestionario CAD-4, es un instrumento nuevo para estimar la calidad de vida autopercibida en sujetos en tratamiento por problemas relacionados con el consumo de drogas, desde una perspectiva biopsicosocial, que presenta adecuadas medidas de fiabilidad y validez, permitiendo estimar el cambio suscitado por la intervención profesional.

Además de los tratamientos que aparecen referenciados en la tabla anterior sobre tratamientos psicológicos de la dependencia de cocaína, hay otras intervenciones, como son los tratamientos psicosociales, que agrupan el asesoramiento grupal e individual, la terapia cognitiva y la terapia de apoyo.

Las intervenciones psicológicas, por tanto, pueden realizarse a nivel individual o a nivel grupal, ya sea en Centros Ambulatorios o en Comunidades Terapéuticas. Al tratamiento en Comunidad Terapéutica se le atribuye un nivel de evidencia 1, siendo indicado para pacientes con dependencia grave, pobre control de impulsos, con historia de fracasos en tratamientos menos intensivos y con escaso apoyo social.

A nivel grupal sería apropiado intervenir y tratar los aspectos que señalamos:

- Reconocer su adicción.
- Prevención de recaídas.
- Expresión de emociones y afrontar estados de ánimo.
- Solución de problemas.
- Mejorar relaciones interpersonales y soporte social.

En caso de no organizar grupos terapéuticos, sería recomendable trabajar lo anterior en sesiones individuales.

En la intervención que se desarrolle en Comunidad Terapéutica es esencial el análisis de todas las Salidas Terapéuticas que se efectúen a lo largo del programa, en el entorno familiar o similar; indicando pautas de actuación, objetivos principales, distribución del tiempo (en la planificación antes de la Salida Terapéutica); así como

la supervisión de las pautas, análisis de dificultades y estrategias utilizadas (en el análisis del regreso de Salida Terapéutica). Algunos instrumentos útiles para efectuar dicho análisis de Salidas Terapéuticas podrían ser:

- Autorregistro de análisis funcional (**Anexo X: Análisis Funcional**).
- Autorregistro de deseos de consumo.
- Documento de planificación de Salida Terapéutica.
- Autorregistro de regreso Salida Terapéutica.

La aplicación de técnicas psicológicas en formato grupal, tiene un grado de eficacia similar al formato individual y ahorra costes en el tratamiento (**Grado de recomendación C**).

2.2. ENTREVISTA MOTIVACIONAL

A la entrevista motivacional se le atribuye un **grado de recomendación B**:

- Eficaz en primera fase y acompañando a otras intervenciones.
- Indicado en NO dependientes (abuso).
- Aumenta retención y cumplimiento de indicaciones.

La entrevista motivacional es una intervención no confrontativa, que identifica la etapa del cambio en la que se encuentra la persona dependiente según el modelo de Prochaska y DiClemente, para después centrarse en sus necesidades, objetivos y experiencias guiándole hacia un cambio de sus hábitos y estilo de vida.

La entrevista motivacional está más indicada cuanto menor sea la motivación para el cambio en la línea base, según el **nivel de evidencia 1**.

Por otra parte, el **nivel de evidencia 3** describe que el éxito en la progresión entre estadios se relaciona con la correcta utilización de los procesos de cambio en cada momento: procesos cognitivos en los primeros estadios y procesos conductuales a partir del estadio de acción.

Se considera que la entrevista motivacional es útil:

- ✓ Para los pacientes más deteriorados y menos motivados.
- ✓ Para favorecer el inicio de un tratamiento.
- ✓ Para los programas de reducción del daño.
- ✓ Para favorecer la adherencia a otras modalidades psicoterapéuticas.

Conocer el estadio de cambio en el que se encuentra cada paciente permite utilizar las técnicas más adecuadas. (*Anexo XI: tratamiento, técnicas o estrategias en función del estadio de cambio*).

Los principios básicos de la intervención son:

- Expresar empatía: el terapeuta debe escuchar a la persona de manera reflexiva, debe comprender sus sentimientos y nunca juzgarla, debe aceptarla, lo que no es igual a que la apruebe en todo sentido.
- Crear la discrepancia: Consiste en llevar a la persona a una discrepancia entre el consumo y una situación más saludable. El terapeuta debe provocar una reflexión sobre los costos de su conducta para que presente sus propias razones para cambiar.
- Evitar confrontación y discusiones: El terapeuta debe ser persuasivo, pero no debe discutir con el usuario ni etiquetarlo para no provocar una actitud defensiva.
- Manejar las resistencias: Se refiere al giro que le da el terapeuta a las respuestas de la persona, cuando éstas no son cooperativas; aquí el terapeuta intenta cambiar las percepciones del adicto de una manera sugerida más que impuesta.
- Reforzar la autoeficacia: ya que esto mejora la capacidad de la persona para disminuir su uso de drogas. Los terapeutas deben estar preparados para usar la provocación, así como servir de espejo, intervenir de forma directa, empatizar y reestructurar.

Fases de las entrevistas motivacionales:

- a) Fase de elicitación: La tarea del terapeuta en esta primera fase es la de hacer suscitar afirmaciones automotivacionales. Esto se basa en el principio de la atribución (atribución acerca de la causa de su comportamiento adictivo /locus interno-externo).
- b) Fase de información. Tanto el terapeuta como el paciente inician una búsqueda activa de información. La información a recoger incluye aspectos de su adicción, duración, datos sobre su salud, situación social, familiar y psicológica. Con la información, el paciente puede decidir si tiene suficientes razones para estar preocupado acerca de su situación. Es el paciente quien tiene que llegar a dicha conclusión.
- c) Fase de negociación: al final de la anterior fase el paciente debe haber llegado a una decisión ¿Quiero continuar o quiero cambiar? Es el paciente quien tiene que decidir si el cambio debe ser conseguido, qué cambios y mediante qué estrategias se van a conseguir. El terapeuta se asegura de que el paciente adquiera toda la información necesaria.

Tabla 1. Técnicas motivacionales y errores cometidos en la intervención que bloquean el cambio

Técnicas	Errores
<ol style="list-style-type: none"> 1. Reflejar lo que el paciente está diciendo a diferentes niveles, empezando por una mera repetición de las palabras dichas, y reflejando sus propios sentimientos. Esta técnica es utilizada al inicio del proceso motivacional (fase de elicitación). 2. Estructuración de todo el material que el paciente esté aportando y que va a proveerlo de una comprensión más profunda de sí mismo (a nivel psicológico social, emocional y médico). 3. Reestructuración. El paciente tiene predominantemente un punto de vista negativo de sus experiencias, conductas y sentimientos, con lo cual la reestructuración consigue crear una interpretación más positiva acerca de las mismas. 4. Resumen. Siempre es conveniente aportar resúmenes, sumarios de lo que el paciente ha dicho durante la sesión, para contrastar si el terapeuta ha entendido correctamente, así como proporcionar <i>feed-back</i> al paciente. 5. Preguntas específicas. Mediante un cuestionario de preguntas elaboradas se consigue que el paciente concrete y especifique aquellas cosas que ha dicho. 6. Provocación. La provocación o el uso de paradojas es una manera especial de elicitar respuestas por parte del paciente. El terapeuta adopta el papel de abogado del diablo. Con este método, el terapeuta «seduce» al paciente, le crea la necesidad de tener que probar y demostrar al terapeuta que tiene problemas y que el cambio es necesario. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. El terapeuta pierde mucho tiempo discutiendo con el paciente en vez de construyendo una relación terapéutica con él. 2. Los pacientes no suelen estar ni la mitad de ilusionados e impacientes por el cambio de su estilo de vida adictivo que los terapeutas. 3. Los pacientes generalmente están insatisfechos con los programas de tratamiento. 4. Los cocainómanos elicitan a los terapeutas una enorme cantidad de preocupación, de tal manera que no queda nada para el adicto y su cambio. 5. Los terapeutas imponen el objetivo del tratamiento a los pacientes. 6. Se inician intervenciones directas hacia el cambio sin haber alcanzado un acuerdo con los pacientes. 7. A los terapeutas les supone gran dificultad realizar su trabajo esperando el refuerzo que implica observar progresos en los pacientes. 8. Creer que los pacientes no pueden hacer nada para cambiar. 9. Echar la culpa a los pacientes de sus problemas. 10. Realizar intervenciones demasiado radicales y rápidas

2.3. TÉCNICAS DE EXPOSICIÓN A PISTAS

(No se refleja nivel de evidencia o grado de recomendación)

La terapia de exposición a pistas o estímulos se basa en la premisa de que estímulos originalmente neutrales que han precedido a la conducta de consumo pueden, después de repetidas asociaciones, llegar a ser capaces de provocar respuestas condicionadas de *craving* y de consumo de drogas. Estas técnicas están orientadas a reducir la reactividad a las señales mediante procedimientos de control estimular y de exposición. La intervención consiste en la exposición repetida a señales de pre-ingestión de la droga en ausencia de consumo de ésta (prevención de respuesta), con la consiguiente extinción de las respuestas condicionadas.

2.4. TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL

(Grado de recomendación A: son eficaces en el tratamiento de las conductas adictivas).

Los Componentes fundamentales son:

- El Análisis funcional de la conducta adictiva.
- El entrenamiento práctico de habilidades para el reconocimiento y afrontamiento del “craving”.
- La solución de problemas.
- La identificación y anticipación de situaciones de riesgo.
- El reconocimiento de decisiones aparentemente irrelevantes y habilidades para rechazar el consumo.
- El control de los procesos cognitivos relacionados con el consumo de drogas.
- Control y programación de las actividades.

Se ha de contemplar que las propiedades reforzantes de las sustancias adictivas pueden variar de un sujeto a otro, dado que los efectos primarios de las sustancias interaccionan con las variables antes mencionadas (biológicas, motivacionales, de historia de aprendizaje, repertorio conductual, etc.), y debido a que la conducta de consumo está bajo ciertos controles estimulares y de programas de reforzamiento (López y Gil, 1996).

2.4.1. Terapia Cognitiva de Beck (1992).

(Nivel de evidencia 2: se ha mostrado superior al no tratamiento).

El objetivo de la terapia cognitiva es facilitar el proceso mediante el cual las creencias de control del/la paciente acaban siendo más influyentes que sus creencias sobre la adicción.

Tres tipos de creencias “adictivas” pertinentes en las personas con abuso de sustancias:

- Creencias anticipadoras: comprenden expectativas de recompensa.
- Creencias orientadas hacia el alivio: suponen que el consumo acabará con un estado de malestar.
- Creencias facilitadoras o permisivas: consideran que tomar drogas es aceptable.

Entre las técnicas usadas se encuentran:

- El análisis de ventajas–desventajas.
- El control de las creencias relacionadas con el consumo de drogas.
- El control y la programación de la actividad.
- Los experimentos conductuales.
- La representación de roles.

2.4.2. La aproximación de Reforzamiento Comunitario (Meyers y Smith, 1995)

- Tratamiento cognitivo–conductual, cuyo elemento central es la utilización de reforzadores sociales, de ocio, familiares y/o vocacionales.
- Los componentes de la terapia son:
 - Análisis funcional del consumo de sustancias.
 - Consejo recreacional y social.
 - Asesoramiento laboral.
 - Entrenamiento en rechazo de droga.
 - Entrenamiento en relajación.
 - Entrenamiento en estrategias conductuales.

2.4.3. Programa de Reforzamiento Comunitario más Terapia de incentivo. Higgins et al. (1994).

(Nivel de evidencia 1: incrementa las tasas de retención en programas ambulatorios y reduce el consumo de cocaína).

Aproximación del refuerzo comunitario descrito anteriormente con un programa de manejo de contingencias, en donde las personas consumidoras pueden ganar puntos canjeables por determinados reforzadores que contribuyen a alcanzar los objetivos del programa, a cambio de mantenerse en el tratamiento sin consumir cocaína.

Componentes del Programa de Reforzamiento Comunitario más Terapia de Incentivo:

1. Terapia de incentivo.
2. Habilidades de afrontamiento de consumo de drogas.
 - 2.1. Análisis funcional.
 - 2.2. Plan de automanejo.
 - 2.3. Entrenamiento en habilidades de rechazo del consumo de drogas.
3. Cambios en el estilo de vida.
 - 3.1. Planificación del tiempo.
 - 3.2. Asesoramiento en Actividades Sociales y de Ocio.
 - 3.3. Entrenamiento en solución de problemas.
 - 3.4. Asesoramiento Laboral.
 - 3.5. Entrenamiento en habilidades sociales.
 - 3.6. Prevención y Educación para la salud (VIH / Sida, Hepatitis).
4. Asesoramiento en las relaciones de pareja.
5. Tratamiento de adicción/abuso de otras sustancias.
6. Tratamiento de trastornos psicopatológicos asociados.
 - 6.1. Depresión.
 - 6.2. Ansiedad.
 - 6.3. Insomnio.

El objetivo fundamental de este programa es la abstinencia de la cocaína. Para ello, los sujetos han de hacer cambios en el estilo de vida en cuatro áreas fundamentales: relaciones familiares, actividades de ocio, relaciones sociales y área vocacional. La estructura y los parámetros del programa están perfectamente descritos. La duración es de 24 semanas. Durante las primeras doce semanas, se llevan a cabo dos sesiones semanales individuales de sesenta minutos de duración. Durante las doce semanas restantes, las sesiones se reducen, como media, a una a

la semana, dependiendo de las necesidades del paciente. Los análisis de orina se realizan tres veces por semana durante las semanas una a doce y dos a la semana en la segunda mitad del programa.

Los componentes de la terapia son varios y el orden o el número de sesiones dedicado a cada uno de ellos varían dependiendo de las necesidades del paciente.

El sub-componente de la terapia de incentivo es un procedimiento de manejo de contingencias mediante el que se refuerza sistemáticamente la retención y la abstinencia. Los puntos o vales son ganados a cambio de resultados negativos en los análisis de orina y el número de puntos se incrementa por cada análisis negativo consecutivo. El procedimiento no sólo incluye recompensa por cada muestra negativa, sino que se contemplan incentivos mayores por largos períodos de abstinencia continuada. Una descripción detallada de este programa se puede encontrar en Budney y Higgins (1998).

2.4.4. Prevención de Recaídas (Marlatt y Gordon 1985). (Nivel de evidencia 2).

En general, los tratamientos de prevención de recaídas para la adicción a sustancias tienen dos componentes esenciales:

- 1) El uso del análisis funcional. El paciente debe entender su consumo de drogas dentro de un modelo de antecedentes y consecuentes.
- 2) El entrenamiento en habilidades. El paciente aprende a reconocer situaciones o estados en los que es más vulnerable ante el consumo de drogas, aprende a evitar las situaciones de riesgo, siempre que sea posible, y a afrontar dichas situaciones cuando no pueden ser evitadas.

El objetivo de la Prevención de Recaídas es que el paciente aprenda a anticipar y enfrentarse a las presiones y problemas que pueden conducirle a una recaída.

El cambio del hábito adictivo implica tres etapas básicas diferentes:

- a) Establecimiento de un compromiso y motivación para el cambio. Se requiere una participación activa del paciente en todo el proceso a seguir, así como su compromiso personal para cambiar.
- b) Instauración del cambio: Aprende una serie de estrategias de autocontrol y las lleva a cabo a fin de conseguir la abstinencia.
- c) Mantenimiento del cambio a largo plazo. Además del aprendizaje de

estrategias de autocontrol, habitualmente se requiere también la adquisición y mantenimiento de un nuevo estilo de vida para conseguir un adecuado y prolongado mantenimiento de la abstinencia. Se considera igualmente importante el desarrollo de una actitud constante de “vigilancia cognitiva”, es decir, de una actitud exploradora permanente tanto de las posibles situaciones de alto riesgo que van apareciendo a diario, como de las “decisiones aparentemente irrelevantes” que conllevan cambios conductuales que, de pasar desapercibidas, pueden abocar a un proceso de recaída.

Combina:

1. Intervenciones cognitivas.
2. Entrenamiento en Habilidades.
3. Manejo de estrés.
4. Relajación.
5. Habilidades de comunicación.
6. Reformulación cognitiva.
7. Autoinstrucciones.
8. Modelado.
9. Juego de Roles.
10. Modificación del estilo de vida.
11. Prevención de Recaídas de la cocainomanía presenta aspectos específicos (Carroll, 1998):

11.1. *Abordaje de la ambivalencia.* Es raro el cocainómano que no muestra ambivalencia (abierta o tácitamente) ante el tratamiento. La identificación y el manejo precoz de esta ambivalencia es fundamental y fomenta la alianza terapéutica con el clínico. El objetivo principal es mostrar que el consumo de cocaína (que suele haberse idealizado por sus efectos «positivos») no puede separarse de sus consecuencias negativas.

La facilidad con la que las consecuencias negativas del consumo son olvidadas por el consumidor obliga a revisar repetidamente las atribuciones positivas que hace a la cocaína y a desvelar las consecuencias negativas que suelen obviarse; dichas consecuencias pueden listarse por escrito, para tenerlas en un sitio accesible y compensar así, con su lectura, la tendencia a olvidarlas.

11.2. *Reducción de la disponibilidad de cocaína.* Inicialmente deben llevarse a cabo todas las medidas necesarias para evitar cualquier contacto con la cocaína. La familiaridad con los hábitos del consumidor permite anticipar el riesgo concreto que presenta cada paciente. Tras el periodo de abstinencia

inicial muchos pacientes tienden a efectuar exposiciones prematuras no controladas a ambientes en los que hay cocaína; con pocas excepciones, dichas experiencias llevan a la recaída y debe advertirse expresamente al paciente de ello, para que las evite.

11.3. *Detección de las situaciones de riesgo.* La mayoría de las situaciones de riesgo de consumo son típicas y previsibles (p. ej. disponer de dinero en el bolsillo, consumir alcohol u otras drogas, reunirse con consumidores, disponer de tiempo libre sin actividades organizadas, etc.).

Pero otras son idiosincrásicas y pueden variar mucho de unas personas a otras (p. ej. «sentirse prisionero» del tratamiento, sentir afectos intensos positivos o negativos como depresión, vergüenza, irritabilidad, desacuerdo, euforia, etc.) La descripción detallada en los auto-registros y la entrevista clínica permiten identificar estas situaciones y plantear soluciones a las mismas.

11.4. *Identificación de la reactividad condicionada.* La aparición ante estímulos concretos de la respuesta condicionada de necesidad de consumo, incluso tras meses de abstinencia, trastorna mucho a los pacientes y tiende a idealizarse si el paciente no conoce de antemano la naturaleza del fenómeno. Los pacientes suelen beneficiarse de ejemplos de condicionamiento y descondicionamiento clásicos que subyacen en este problema clínico (p. ej. condicionamiento clásico de Paulov con perros).

Las explicaciones neurobiológicas o conductuales adaptadas al nivel de comprensión del paciente deben acompañarse del aprendizaje de procedimientos eficaces de identificación y de reorientación del deseo de consumir mediante estrategias de afrontamiento. La habitual duración breve del «craving» de cocaína (de segundos a pocos minutos) permite incluso el uso de estrategias distractorias que fracasarían en otras adicciones (a alcohol u opiáceos, por ejemplo).

En momentos avanzados del tratamiento puede utilizarse la exposición controlada a cocaína asociada a técnicas de prevención de respuesta.

11.5. *Identificar las decisiones «aparentemente irrelevantes» con las que comienzan las recaídas.* Según avanza el tratamiento aparecen necesaria e invariablemente nuevas situaciones de riesgo sobre las que hay que concentrar la atención terapéutica. El paciente ha de aprender a identificar las situaciones que preceden a las recaídas para controlarlas (p. ej., aceptar una invitación a cenar en la que se tomará alcohol, quedarse sólo un fin de semana por no hacer una llamada telefónica a tiempo, etc.).

11.6. Modificar el estilo de vida. Habitualmente, la anhedonia producida por el consumo crónico de cocaína lleva al abandono de actividades sociales y de ocio hasta el punto de hacerlas desaparecer. En otros casos, el desarrollo previo de dichas actividades era ya escaso. La ausencia de actividades sociales y de ocio es uno de los motivos más persistentes de recaída a largo plazo. El desarrollo de un sistema de recompensas alternativo al de la cocaína es uno de los factores predictivos más favorables y hay que renovarlo o fomentarlo decididamente con ayuda de familiares o allegados.

Las tareas fundamentales de este abordaje (Carroll, 1998) son las siguientes:

- Promover la motivación para la abstinencia.
- Enseñar habilidades de afrontamiento de las situaciones de riesgo.
- Modificar los refuerzos contingentes.
- Afrontar estados afectivos negativos.
- Mejorar las relaciones interpersonales y el soporte social en ámbitos libres de drogas.

SITUACIONES DE ALTO RIESGO, a identificar, evitar y afrontar.

1. Determinantes intrapersonales.

- a. Enfrentamiento con estados emocionales negativos.
 - Frustración y/o tristeza.
 - Otros estados emocionales negativos.
- b. Enfrentamiento con estados físico-fisiológicos negativos.
 - Estados físicos asociados con el uso primero de la sustancia.
 - Otros estados físicos negativos.
- c. Aumento de estados emocionales positivos.
- d. Prueba de control personal.
- e. Cediendo a tentaciones o urgencias.
 - En presencia de claves de sustancias.
 - En ausencia de claves de sustancias.

2. Determinantes interpersonales.

- a. Enfrentamiento con conflictos interpersonales.
 - Frustración y o tristeza.
 - Otros conflictos interpersonales.
- b. Presión social.
 - Presión social directa.
 - Presión social indirecta.
- c. Aumento de estados emocionales positivos.

2.5. TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO

(No se refleja nivel de evidencia o grado de recomendación).

Según la terapia de Aceptación y Compromiso la evitación experiencial es la causa principal de depresión, ansiedad, adicción a las drogas y al alcohol, y una gran variedad de otros problemas psicológicos.

Se fundamenta en seis principios fundamentales que ayudan a alcanzar dos objetivos principales:

- a) Enfrentarte con eficacia a pensamientos y sentimientos dolorosos
- b) Construir una vida rica, plena y llena de sentido.

Principio 1: LA DE-FUSIÓN.

Significa relacionarte con tus pensamientos de una forma nueva, de manera que tengan un impacto y una influencia mucho menor sobre ti. A medida que aprendas a de-fusionarte de pensamientos dolorosos y desagradables, éstos irán perdiendo la capacidad de asustarte, molestarte o deprimirte.

En ACT lo que más importa no es si un pensamiento es verdadero o falso, sino si es útil. En otras palabras, si nos ayuda a construir la vida que queremos.

La de-fusión es lo contrario de una estrategia de control, es una estrategia de aceptación. En lugar de intentar cambiar, evitar o desembarazarnos de pensamientos y emociones desagradables, nuestro objetivo es aceptarlos.

Principio 2: LA EXPANSIÓN.

Supone dar cabida a sentimientos, sensaciones y deseos desagradables en lugar de intentar suprimirlos o alejarlos. Cuando te abras y les dejes espacio a estos sentimientos, te darás cuenta de que te molestan mucho menos y de que “pasan” mucho más deprisa, en lugar de “rondarte” y molestarte. (El término oficial para este principio de ACT es “aceptación”).

Al practicar la expansión, el objetivo es observar tus emociones, no pensar en ellas. Reconoce su presencia, pero no centres en ellos tu atención.

Los tres pasos de la expansión son: observar tus pensamientos, darles aire y permitirles que vengan y vayan.

Principio 3: LA CONEXIÓN.

Implica vivir el presente, centrarse o implicarse a fondo en todo aquello en lo que te ocupas. En lugar de darle vueltas al pasado o preocuparte por el futuro, se trata de estar profundamente conectado con lo que sucede aquí y ahora. (término oficial: “contacto con el momento presente”).

Principio 4: EL YO OBSERVANTE.

Es un poderoso aspecto de la conciencia humana que ha sido ampliamente ignorado hasta ahora por la psicología occidental. A medida que vayas aprendiendo a acceder a esta parte de ti mismo, conseguirás transformar aún más la relación que mantienes con emociones y pensamientos no deseados.

El yo observante no piensa. Es esa parte de ti encargada de la concentración, la atención y la conciencia. Aunque puede observar o prestar atención a tus pensamientos, no puede producirlos.

Principio 5: LOS VALORES.

Identificar cuáles son tus valores y conectar con ellos es un paso esencial para hacer que tu vida esté más llena de sentido. Tus valores son reflexiones acerca de lo que es realmente más importante para ti: qué tipo de persona quieres ser; qué consideras importante y significativo; y qué es aquello por lo que quieres luchar en la vida. Tus valores aportan a tu vida una dirección y te motivan para hacer cambios de envergadura.

Principio 6: ACCIONES COMPROMETIDAS.

Una vida rica y llena de sentido se construye actuando. Pero no de cualquier manera. Ello se logra mediante acciones efectivas, guiadas y motivadas por tus valores. Y en particular, mediante acciones comprometidas, es decir, acciones que llevas a cabo una y otra vez, y otra más, independientemente de cuántas veces fracasas o te salgas del camino.

2.6. INTERVENCIÓN FAMILIAR

(Grado de recomendación C).

En la intervención familiar nos centramos en una descripción de las conductas en términos de relaciones interpersonales, al mismo tiempo que se estudian las posibles modificaciones o cambios que movilicen las posiciones o interacciones que dificultan un desarrollo armónico y coherente.

Hay que tener en cuenta que este modelo no se puede aplicar a todos los drogodependientes que se atienden, algunas veces porque se trata de individuos completamente desligados de sus familias y otras veces porque la familia no colabora.

Los objetivos generales de la Intervención Familiar son:

- Implicar a la familia en el proceso terapéutico-educativo.
- Dar apoyo familiar.
- Evaluación y orientación familiar.
- Cambiar o eliminar el síntoma.
- Cambiar el tipo de interacción familiar.
- Promoción de recursos en la familia.
- Cambio del lugar de control del cambio: se pretende que la familia se dé cuenta que ella con sus recursos puede promover el cambio.

Fases de la intervención familiar:

- Desintoxicación:
 - Informar sobre la función del seguimiento y lo que implica el “control externo”.
 - Explicar que es la adicción y cómo una persona puede llegar a depender de una sustancia.
 - Analizar el sentimiento de culpa familiar, es necesario quedar claro hasta dónde llega su responsabilidad.
 - Detectar actitudes obstaculizadoras que impiden el desarrollo del tratamiento.
- Cambios en la forma de relacionarse:
 - Mejorar la comunicación familiar.
 - Analizar los miedos irracionales que se mantienen en la familia.
 - Explicar la prevención de recaídas.
 - Establecer acuerdos y aprender a manejar desacuerdos.

2.7. INTERVENCIÓN SISTÉMICA

(A la intervención familiar sistémica se le atribuye Grado de recomendación C: mejora los resultados a largo plazo).

Los preceptos básicos en este tipo de intervención son los siguientes:

1. El problema de la droga surge y se mantiene en un contexto de relaciones personales.
2. El contexto puede entenderse como un sistema en el que cada elemento influye en los demás (por ejemplo la familia puede mantener el problema neutralizando consecuencias e insistiendo en soluciones ineficaces).
3. Podemos construir una nueva forma de ver los problemas que nos ayude a resolverlos.

Modelos:

1. Modelo Estructural: Minuchin:
 - Evaluar las confusiones de límites y la jerarquización en la familia.
 - Sus técnicas de intervención se basa en el desafío: desequilibra a la familia.
 - Consideran que los problemas son el resultado de una estructura familiar disfuncional y rígida.
 - Técnicas de desequilibramiento:
 - Alianza con miembros de la familia.
 - Alianza alternante.
 - Ignorar a miembros de la familia.
2. Modelo Estratégico (Haley):
 - La evaluación se basa en la secuencia familiar.
 - Su objetivo principal es ayudar a la familia a superar los momentos de crisis vital a los que se enfrentan.
 - Participación de la red social en el proceso terapéutico.
 - Técnicas de intervención: Tareas paradójicas y las ordalías (tarea directa con exhaustividad), redefiniciones, tareas directas.
3. Orientación paradójica: Escuela de Milán (Mara Selvini):
 - El tipo de evaluación que realiza se basa en el juego familiar.
 - Alternativas a la secuencia patológica.
 - En el campo de las intervenciones su principal aportación son los rituales.
4. Terapeutas del cambio o Grupo de Palo Alto (Watzlawick):
 - Evaluar la actitud que el paciente presenta en la terapia y su modelo de solución de problemas.

- Romper el patrón interaccional.
- Las técnicas de intervención son fundamentalmente tareas para casa y cognitivas.

La concepción Sistémica tiene visiones en las que considera las conductas de una sola persona o incluso los significados que atribuye a un hecho concreto, como sistemas en sí mismos. El problema a resolver se relaciona con el significado, sentido y/o valor que le atribuimos.

Podemos destacar dos modelos de intervención sistémica vigentes en la actualidad:

- El MRI (Mental Research Institute): Investiga la solución que mantiene el problema, estima que el problema reside en las soluciones intentadas ineficaces y por tanto la intervención consistiría en interrumpir y alterar el ciclo repetitivo de perpetuación del problema.
- La Terapia Centrada en Soluciones: en este enfoque el constructivismo marca los supuestos teóricos. Se interesa por lo que le ha funcionado a la persona o le ha sido de alguna ayuda en el pasado, y lo que puede hacer para cambiar la situación o “el problema” en el presente. Por tanto, investiga las excepciones.

Ambos enfoques destacan que cuando seguimos haciendo la misma cosa una y otra vez, obtenemos el mismo resultado. Pero si introducimos algún pequeño cambio, solemos obtener resultados diferentes, además cualquier cambio en una parte del sistema repercute y produce modificaciones en el resto de los componentes.

De Shazer propone la idea de que ningún problema sucede todo el tiempo, por tanto hay excepciones a la regla. Además, añade que “el cambio es inevitable”, por lo que recomienda conversar sobre la solución, preguntar por los logros aislados y no tanto sobre el problema.

Según la Escuela de Palo Alto (MRI), todo proceso terapéutico ha de pasar por diferentes fases:

1. Determinar “quien es el que se queja” (a diferencia de quién tiene el síntoma). En cualquier sistema, sobre todo en el familiar, aunque un miembro no forme parte directa del problema, si puede ser una parte activa de la

solución. La queja se puede considerar “lo que la personas nos cuenta que le molesta, que le está pasando, lo que le afecta (de sí misma o de otras personas importantes para ella)”.

2. Definir el problema: ¿qué hace una persona, que desearía no hacer?, ¿qué no consigue hacer cuando desearía hacerlo?, en definitiva lo que la persona dice claramente que quiere que sea diferente y está dispuesta a modificar.
3. Examinar las soluciones intentadas o utilizadas previamente: esto daría una idea de “lo que no se debe hacer” y qué hay que evitar. Al mismo tiempo ayudará a comprender las relaciones, cómo es el sistema que se tiene delante para poder intervenir de una forma ajustada al mismo, cuáles son los mecanismos comunicacionales que alimentan la dificultad y hace que persista, cómo y quién interviene en la solución del problema.
4. Definir un objetivo claro y accesible: esto permitirá tanto al paciente como al terapeuta observar la evolución del propio proceso terapéutico. El objetivo es planteado entre el paciente o familia y el terapeuta.
5. Formular y poner en ejecución un proyecto de cambio: elaborar las estrategias (acción del terapeuta) y las tácticas del cambio (medios para realizar dichas estrategias). Las estrategias estarían encaminadas a la interrupción de los intentos fallidos de la familia o paciente por solucionar el problema. Es más indicado hacer que el paciente siga una conducta que se sitúe en el lado opuesto al tipo de soluciones utilizadas hasta el momento de acudir a terapia (realizar pequeños cambios, no ir muy deprisa, examinar los riesgos de cambiar en ese momento, hablar de lo que puede perderse o ir peor...).

La Terapia Centrada en Soluciones se centra en la identificación y ampliación de excepciones, (lo que está haciendo y resulta bueno para la persona, cualquier excepción de la pauta del problema, hacernos una idea clara del futuro de esa situación sin el problema), en lugar del análisis de la secuencia del problema, las soluciones intentadas ineficaces, aspecto central en MRI.

En la práctica, algunos terapeutas sistémicos inician su intervención con un enfoque centrado en soluciones, ya que favorece la autoestima y la motivación y cuando no se obtienen los resultados esperados se emplea MRI (intervenciones centradas en la resolución de problemas).

2.8. TERAPIA PSICOANALÍTICA

(Grado recomendación C)

Indicada una vez que la persona haya conseguido la abstinencia, en “estados avanzados de recuperación, para tratar rasgos de personalidad anómalos, asociados o previos a la adicción”.

La terapia se centra en vivencias del pasado que se relacionan con formas actuales de reacción y afrontamiento. Se requiere que el paciente tenga la capacidad de introspección necesaria y estar estable a nivel psicopatológico.

2.9. TERAPIA DE APOYO EXPRESIVO

(Nivel de evidencia 4: aporta mejoras clínicas en pacientes de larga evolución)

Busca identificar la función de la droga en relación a los sentimientos y conductas-problema, analizando también los comportamientos alternativos. Es un enfoque psicodinámico, que se basa en que los trastornos psiquiátricos, incluido la dependencia a la cocaína, están íntimamente relacionados con trastornos en el funcionamiento interpersonal.

2.10. MINDFFFULNESS

(No se refleja nivel de evidencia o grado de recomendación).

El entrenamiento en mindfffulness supone instruir a la persona para que observe su cuerpo y lo describa, sin valoración y centrándose en el momento presente, siempre es referido a un momento temporal concreto (presente) de un modo activo, procurando no interferir ni valorar lo que se siente o se percibe en cada momento. Como procedimiento terapéutico busca que los aspectos emocionales y cualesquiera otros procesos de carácter no verbal, sean aceptados y vividos en su propia condición.

Por ello, puede entenderse como atención y conciencia plena, como presencia atenta y reflexiva a lo que sucede en el momento actual. Plantea un empeño en centrarse en el momento presente de forma activa y reflexiva

Los elementos claves según Germer son:

1. No conceptual, esto es prestar atención y conciencia sin centrarse en los procesos de pensamiento implicados.
2. Centrado en el presente.

3. No valorativo, no puede experimentarse plenamente algo que se desea que sea otro.
4. Intencional, siempre hay una intención directa de centrarse en algo, y de volver a ello si por algún motivo se ha alejado
5. Observación participativa, no es una observación distanciada y ajena, debe implicar lo más profundamente la mente y el cuerpo.
6. No verbal, la experiencia mindfulness no tiene referente verbal sino emocional o sensorial.
7. Exploratorio, abierto a la experimentación sensorial y perceptiva.
8. Liberador, cada momento de experiencia vivida plenamente es una experiencia de libertad.

2.11. TERAPIA DE REHABILITACIÓN COGNITIVA

El tratamiento de rehabilitación cognitiva (TRC) se define como una intervención focalizada en los niveles más básicos de las funciones cognitivas (atención, memoria y funciones ejecutivas), cuyo objetivo es mejorar el rendimiento de dichas funciones específicas. Es un instrumento que posibilita una mejoría del funcionamiento cognitivo deficitario, una reducción del hipofuncionalismo cerebral, un aumento de la autonomía personal y una mejoría del funcionamiento psicosocial.

Recientes teorías sobre la adicción sugieren que los mecanismos neurocognitivos como el procesamiento atencional, control cognitivo y procesamiento de la recompensa desempeñan un papel clave en el desarrollo y mantenimiento de la adicción. En último término, la adicción (con o sin sustancias) se sustenta en la alteración de los procesos cerebrales de toma de decisiones. El deterioro cognitivo que se ha encontrado en adictos en tratamiento, dificulta la participación en tareas terapéuticas individuales y grupales.

Considerada como una alteración del funcionamiento cerebral, la adicción podría abordarse satisfactoriamente mediante tratamientos de rehabilitación cognitiva, diversos estudios sugieren que la intervención para mejorar el funcionamiento cognitivo de los pacientes adictivos puede mejorar su aprovechamiento de terapias de eficacia bien establecida, como la prevención de recaídas. Los tratamientos de las conductas adictivas, habitualmente no toman en cuenta estos hallazgos, lo que quizá esté en la base de las bajas tasas de retención y altas tasas de abandono de los pacientes adictos.

Lo que la investigación más reciente sugiere, es que la adición de programas de TCR, que sean capaces de revertir los déficits neuropsicológicos asociados a la

adicción, puede mejorar el resultado de las terapias psicológicas precedentes. Los estudios revisados sugieren que el efecto de esta TRC se produce a partir de factores moduladores, como más adherencia, mayor permanencia en tratamiento, mejoría en la autoestima y la autoeficacia percibida, mayor implicación activa en el tratamiento, mejorías significativas en el funcionamiento cotidiano, reducción de síntomas de malestar, incremento de la motivación y otras. Si las fases preliminares del tratamiento se programaran complementando intervenciones psicológicas de carácter eminentemente motivacional y baja exigencia, con un entrenamiento cognitivo adecuado a los déficits cognitivos detectados, es posible que las personas tratadas pudieran beneficiarse más adelante de estrategias terapéuticas más exigentes. Así mismo, existe acuerdo sobre la necesidad de focalizar la intervención rehabilitadora en la resolución de problemas de la vida cotidiana, lo que requiere la participación no sólo del equipo rehabilitador y el paciente, sino también de sus familiares y personas afines, así como de otros miembros de su comunidad.

En resumen la TRC se entiende como un proceso de recuperación focalizado en la vida diaria real de los problemas funcionales, pero que debe abordar, además de las dificultades cognitivas, los problemas asociados, tales como estado de ánimo o problemas de conducta.

La TRC aparece, en el momento actual, como una alternativa terapéutica de indudable interés en el tratamiento de las adicciones:

1. Es preciso efectuar una evaluación previa del funcionamiento cognitivo de cada paciente para diseñar TRC individualizada.
2. La TRC favorece el funcionamiento cognitivo general y un mayor compromiso del paciente con los objetivos del tratamiento.
3. La TRC favorece la adquisición de contenidos de la terapia de prevención de recaídas.
4. La TRC disminuye los niveles de malestar de los pacientes.
5. La TRC debe tener como diana las actividades de la vida diaria de los pacientes para favorecer la significación de las tareas y su generalización.
6. La TRC favorece una mayor permanencia en tratamiento e incrementa las probabilidades de un alta con objetivos cumplidos.
7. Es preciso graduar la exigencia de las tareas de la TRC para evitar la frustración en pacientes que no están en condiciones, en ese momento, de superar las pruebas adecuadamente.
8. Los efectos de la TRC persisten más allá del tratamiento: favorece una disminución del consumo a largo plazo, disminuye la sintomatología psicopatológica asociada, favorece una mejoría en el funcionamiento familiar y otros indicadores de normalización.
9. La TRC también es útil con sujetos adictos con psicopatología concurrente, probablemente porque incide en sustratos comunes a ambas condiciones psicopatológicas.
10. La TRC puede administrarse mediante programas informatizados o dirigidos por un profesional (terapeuta ocupacional): la modalidad informatizada presenta una mayor homogeneidad en su administración y puede estar más indicada para trabajos de investigación; la segunda favorece un mayor contacto con el paciente, una mayor individualización del tratamiento, una más adecuada graduación de tareas y una vinculación más estrecha del tratamiento con las actividades de la vida diaria del paciente.

Guía-Protocolo de actuación en personas con trastorno por consumo de cocaína

V. INTERVENCIÓN CON MENORES

Este protocolo ha sido elaborado para la intervención con adultos, no obstante hacemos una pequeña mención a la intervención específica con menores.

- Terapia cognitivo-conductual o terapia de comportamiento para adolescentes (Azrin y cols., 1994a; Azrin y cols., 1994b; Azrin y cols., 1996) con entrenamiento en prevención de recaídas, habilidades sociales, manejo del estrés y terapia cognitiva: pensamientos, emociones y control de los impulsos.
- Enfoques psicoeducativos: Counseling a padres y/o tutores y grupos de aprendizaje y contraste con menores (con pocos pacientes: 2-5).
- Terapia Familiar. Se implica al núcleo familiar completo para mejorar las relaciones y favorecer entre todos el cambio del paciente. Ha demostrado su utilidad con adolescentes con comportamientos desviados o disruptivos en actividades tanto preventivas como asistenciales. El NIDA destaca la terapia familiar multidimensional para adolescentes (MDTF), que es un enfoque de tratamiento basado en la familia que examina el uso de drogas del adolescente dentro de la red de interrelaciones familiares, se trabaja en paralelo con el adolescente y con su familia para que ésta tenga una influencia positiva en el pronóstico (Diamond y Liddle, 1996; Schmidt y cols., 1996).
- Modelo “Matrix” o “matriz”. El terapeuta funciona como terapeuta y entrenador, fomentando la relación con el adolescente y empleando esa relación para fortalecer el cambio y asegurar la retención. El modelo conjuga múltiples intervenciones: prevención de recaídas, terapia familiar, terapia de grupo, información sobre drogas y efectos, grupos de auto ayuda. (Huber y cols., 1997; Rawson y cols., 1995).
- Farmacoterapia. Los trastornos por déficit de atención, la hiperactividad, los trastornos de tipo obsesivo-compulsivo y los relacionados con el área de los delirios y psicosis son los cuadros más frecuentes donde se usa medicación.

VI. ANEXOS

1. Cuadro Evolución del proceso adictivo.
2. Tipologías en Cocaína.
3. Ficha de Acogida.
4. Historia Social.
5. Historia Médica.
6. Historia Toxicológica.
7. Historia Psicológica.
8. Intervención Indicada en Situaciones Específicas.
9. Descubriendo los motivos por los que consumes cocaína.
10. Autorregistro de Análisis Funcional.
11. Tratamiento, técnicas o estrategias en función del estado de cambio.

VII. BIBLIOGRAFÍA

- AGUILAR DE ARCOS, FRANCISCO; PÉREZ GARCÍA, MIGUEL; SÁNCHEZ BARRERA, MARÍA B. (2003). Evaluación Emocional en Drogodependientes. Consejería de Asuntos Sociales. II Plan de Andaluz sobre Drogas y Adicciones. Comisionado para las Drogodependencias.
- ÁLVAREZ, YOLANDA; FARRE MIGUEL, FONSECA FRANCINA, TORRENTS MARTA.(2010). Fármacos anticonvulsivantes en Dependencia a la Cocaína: una revisión sistémica y meta-análisis. *Journal of Substance Abuse Treatment*, nº 1.
- ÁLVAREZ, F. J; VALDERRAMA J.C. (2007). Tratamientos de los pacientes con Patología Dual. *Trastornos adictivos*, 9(2), 73-74.
- ANDERSON, FRANK Y COL. (2010). El uso de fármacos antiepilépticos en la epilepsia y el riesgo de autolesión o comportamiento suicida. *“Neurology”*. 27 julio. Nº 75; 335-340.
- ARANA ALEJANDRO, M.D.; WENTWORTH, CHARLES E., M.S.; AYUSO-MATEOS, JOSÉ L., M.D.; AND ARELLANO FÉLIX M., M.D.; (2010). Suicide- Related Events in Patients Treated with Antiepileptic Drug. *“New England Journal of Medicine”*; 363: 542-551. August 2010.
- ÁVILA ESCRIBANO, J. J; VILLA DÍEZ R. (2007). Presentación de diferentes trastornos psicopatológicos en la dependencia de alcohol. *Trastornos Adictivos* 9(4), 279-83.
- BECOÑA IGLESIAS, E; CORTÉS TOMÁS, M. (2008). Guía Clínica de Intervención Psicológica en Adicciones. Guías Clínicas Socidrogalcohol basadas en evidencia científica. Socidrogalcohol.
- BEYERBACH, M. (2008). 24 ideas para una psicoterapia breve. Ed. Herder.
- BILL O’HALON. (2003). Pequeños grandes cambios: diez maneras sencillas de transformar tu vida. Ed. Paidós.
- CABALLERO MARTÍNEZ, LUIS. (2005). Adicción a Cocaína: neurobiología clínica, diagnóstico y tratamiento. Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid.
- CABERO ÁLVAREZ, ANDRÉS. (2007). Psicoterapia de grupo sistémica: una propuesta. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria Vol. 7, nº 1*.
- CAÑUELO HIGUERA, BARTOLOMÉ; GARCÍA GARCÍA, M^a. DEL PILAR. (2002) Perfil de los usuarios de Cocaína. *Salud y Drogas Vol. 2, nº 2*.
- CASAS, MIGUEL (2007). Oxcarbazepina. (Colección de posters científicos presentados en Congresos Nacionales e Internacionales).

- CASETE FERNÁNDEZ, LORENA Y CLIMENT DÍAZ, BENJAMÍN (2008). Cocaína, Guías Clínicas Socidrogalcohol basada en evidencia científica. Socidrogalcohol, Barcelona.
- COMISIÓN CLÍNICA DE LA DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PNSD. (2007). Informe sobre Alcohol.
- CONSEJERÍA PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL. Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones. Junta de Andalucía. (2008). Guía Clínica para el tratamiento de los Trastornos por consumo de sustancias Estimulantes.
- FISCH, R.,WEAKLAND, J.H Y SEGAL, L (1994). La táctica del cambio. Cómo abreviar la terapia. Ed. Herder.
- FRÍAS NAVARRO, M^a DOLORES Y PASCUAL LLOBEL, JUAN. Universitat de Valencia. (2003). Psicología clínica basada en pruebas: Efecto del tratamiento. Papeles del psicólogo n^o 85.
- FUENTES-PILA, J. M; CALATAYUD; LÓPEZ E; CASTAÑEDA, B (2005). La entrevista motivacional: llave del proceso de cambio en la dependencia. Trastornos Adictivos vol.7 n^o 3, 153-65.
- FUNDACIÓN ESPAÑOLA PARA LA CIENCIA Y LA TECNOLOGÍA, FECYT (2.005). Monográficos de divulgación, (Cocaína).
- GARCÍA MONTES, JOSÉ M; PÉREZ ÁLVAREZ, MARINO; FERNÁNDEZ GARCÍA, RUBÉN (2007). Refundar la terapia de conducta: Una propuesta desde la terapia de aceptación y compromiso. Vol. 7 n^o 1.
- GUILLÉN ANDRÉS, ANA ISABEL; MAÑOSO ALFARO, VANESSA. (2004). La entrevista motivacional: revisión de su eficacia en el ámbito de las conductas adictivas. Interpsiquis.
- HALEY, J. (1980). Terapia no convencional. Ed. Amorrortu.
- HARRIS, RUSS (2010). La trampa de la Felicidad: deja de sufrir, comienza a vivir. Ed. Planeta.
- INSTITUTO DEUSTO DE DROGODEPENDENCIAS. (2009). Cocaína. Manejo de la adicción y los problemas derivados. Universidad de Deusto, Bilbao.
- INSTITUTO PROVINCIAL DE BIENESTAR SOCIAL. Diputación de Córdoba. (2008). Procesos de atención integral en drogodependencias y adicciones. Junta de Andalucía. Consejería para la igualdad y el Bienestar Social.
- GARCÍA-RODRÍGUEZ, OLAYA; SECADES-VILLA, ROBERTO; ÁLVAREZ RODRÍGUEZ, HELI. (2007). Efecto de los incentivos sobre la retención en un tratamiento ambulatorio para adictos a la cocaína. Psicothema, vol. 19, n^o 1, 134-139.
- GARCÍA-RODRÍGUEZ, O. (2008). Tratamiento conductual de la adicción a la cocaína. Trastornos adictivo, 10, 242-251.
- GARCÍA-RODRÍGUEZ, O. (2008). Ponencia no publicada: Intervención Psicológica en la Adicción a la cocaína. Curso organizado por el COP del Principado de Asturias, 6 y 7 de junio 2008.

- GARCÍA-RODRÍGUEZ, OLAYA; SECADES-VILLA, ROBERTO; GARCÍA-FERNÁNDEZ, GLORIA (2009). El programa de reforzamiento comunitario (CRA) más terapia de incentivos para el tratamiento de la adicción a la cocaína. *Norte de Salud Mental* n° 34, 7-14.
- LIMA MS, REISSER AAP, SOARES BGO, FARREL M. (2008). Antidepresivos para la dependencia de la Cocaína. N° 4. BIBLIOTECA COCHRANE PLUS. (Revisión Cochrane traducida).
- LÓPEZ DURÁN, A; BECOÑA IGLESIAS E. (2007). Dependencia de la cocaína y trastornos de personalidad. Análisis de su relación en una muestra clínica. *Trastornos Adictivos*, 9(3), 215-227.
- LÓPEZ DURÁN, A; BECOÑA IGLESIAS E. (2009). El consumo de Cocaína desde la perspectiva psicológica. *Papeles del Psicólogo*. Vol. 30; 125-134.
- LLORENTE DEL POZO, J. M; IRAURGI-CASTILLO I. (2008). Tratamiento cognitivo conductual aplicado en la deshabituación de cocaína. *Trastornos Adictivos*. 2008, 10, 252-274.
- MOLINA MARTÍN, J.D.; ANDRADE ROSA, C. (2006). Manejo de la enfermedad depresiva en Atención Primaria. Ed. Ergon.
- MOYA GARCÍA, CARMEN; TORRENS MELICH, MARTA y cols. (2008). Cocaína. Informe de la Comisión Clínica del PNSD.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. (2006). Guía de Prescripción Terapéutica.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL. GENERALITAT DE CATALUNYA, DEPARTAMENTO DE SALUT. PLAN DE CALIDAD PARA EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. (2009). "Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente".
- NAVARRO GÓNGORA, JOSÉ (1992): Técnicas y programas en terapia familiar ed. Paidós. Terapia familiar.
- OCHOA DE ALDA, I. (1995). Enfoques en terapia familiar sistémica. Ed. Herder.
- O'HALON, W. H, WEINER-DAVIS, M. (1997). En busca de soluciones: un nuevo enfoque en psicoterapia. Ed. Paidós Ibérica.
- OTHMER, EKKEHARD Y OTHMER, SIEGLINDE C. (2003). DSM IV-TR: La Entrevista Clínica (T.I): Fundamentos. Ed. Masson.
- PASCUAL LLOBET, JUAN; FRÍAS NAVARRO, M^a DOLORES; MONTERDE I BORT, HÉCTOR. (2004). Tratamientos psicológicos con apoyo empírico y práctica clínica basada en la experiencia. *Papeles del psicólogo* n° 87.
- PASCUAL, FRANCISCO; TORRES, MERITXELL; CALAFAT, AMADOR. (2001). Adicciones, Vol. 13, suplemento 2. Monografía Cocaína.
- PEDRERO-PÉREZ, E. J. (2008). El tratamiento de la dependencia de la cocaína "guiado por la personalidad". *Trastornos Adictivos*, 10, 226-241.

- PEDRERO PÉREZ, E. J.; OLIVAR ARROYO, A. Y CHICHARRO ROMERO, J. (2008). Cuestionario CAD-4: una medida biopsicosocial de la calidad de vida autopercibida en pacientes drogodependientes. *Trastornos adictivos*, 10, 17-31, Madrid.
- PEDRERO PÉREZ, E. J.; PÉREZ LÓPEZ, M.; DE ENA DE LA CUESTA, S. Y GARRIDO CABALLERO, C. (2005). Validación del Cuestionario de Variables de Interacción Psicosocial (VIP): hacia un modelo de tratamiento de las conductas adictivas “guiado por la personalidad”. *Trastornos adictivos* 7, 166-186.
- PEDRERO PÉREZ, E. J. (2006): TCI-140: propiedades psicométricas, relación con el TCI-R y con variables de personalidad. Estudio de una muestra de adictos en tratamiento. *Trastornos Adictivos* 8(3), 155-67.
- PEDRERO PÉREZ, E. J. (2009). Ponencia no publicada: Tratamiento psicológico de la Adicción a la cocaína. Cáceres, 20 Noviembre 2009.
- PEDRERO PÉREZ, E. J.; ROJO MOTA, G; RUIZ SÁNCHEZ DE LEÓN, J.M; LLANERO LUQUE, M.; PUERTA GARCÍA, C. (En prensa). Rehabilitación Cognitiva en Adicciones. *Revista de Neurología*.
- PEREIRO GÓMEZ, CESAR; BERMEJO BARRERA, ANA (2008). Daños relacionados con el consumo de cocaína: la punta del iceberg es lo que vemos. *Adicciones* vol. 20, nº 1, 15-18.
- PÉREZ MORALES, LUIS; REYES RODRÍGUEZ, M^a JESÚS; HERNÁNDEZ SANTANA, JUAN FCO. (2.000). *Cocaína: Adicción y Terapéutica*. Biblioteca básica Dupont Pharma para Médicos de Atención Primaria.
- G. PONCE Y R. RODRÍGUEZ-JIMÉNEZ. (2008). Uso de antiepilépticos en adicciones. *Actas Españolas de Psiquiatría*. Vol. 36, suplemento 3, Marzo.
- ROCA BENNASAR, MIQUEL (1999) *Trastornos del humor*. Ed. Médica Panamericana.
- RODRÍGUEZ-ARIAS PALOMO, JOSÉ LUIS (2006): *Terapia familiar breve: guía para sistematizar el tratamiento Psicoterapéutico*. Ed. CCS. Colección Educación, orientación y terapia familiar.
- SECADES VILLA, ROBERTO Y FERNÁNDEZ HERMIDA, JOSÉ RAMÓN. (2001). Tratamientos Psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína. *Psicothema*, vol. 13, nº 3, 365-380.
- SÁNCHEZ-HERVÁS, E. y col. (2008). Tratamiento Psicológico para dependientes a la Cocaína en la red sanitaria pública. *Trastornos Adictivos*, 2.008; 10 (4), 275-83.
- SÁNCHEZ-HERVÁS, E; TOMÁS GRADOLÍ, V Y MORALES GALLUS, E. (2004). Modelo de tratamiento psicoterapéutico en adicciones. *Trastornos Adictivos*. 2004, 6, 159-166.
- SECADES-VILLA, ROBERTO; GARCÍA RODRÍGUEZ, OLAYA; ÁLVAREZ RODRÍGUEZ, ELÍ; PÍO RODRÍGUEZ, ARCADIO; FERNÁNDEZ-HERMIDA, JOSÉ R.; CARBALLO, JOSÉ LUIS. (2007). Programa de Reforzamiento Comunitario más

- Terapia de Incentivo para el tratamiento de la adicción a la cocaína. *Adicciones*, 2007. vol. 19, núm. 1, 51-57.
- STANTON, M.D. y Todd, T y cols (1987). *Terapia Familiar del abuso y la adicción a las drogas*. Ed. Gedisa.
 - SOCIEDAD ESPAÑOLA DE TOXICOMANÍAS. (2006). *Tratado SET de Trastornos Adictivos*. Ed. Médica Panamericana.
 - TEJERO I POCIELLO, ANTONI; TRUJOLS I ALBET, JOAN. (2003). *Instrumentos clínicos para la Evaluación de la dependencia de Cocaína*. ed. Ars Medica. Citran.
 - TERÁN PRIETO, ANTONIO y cols. (2008). *Guías Clínicas de Socidrogalcohol: Cocaína*.
 - VADEMECUM INTERNACIONAL 2009.
 - VALLEJO PAREJA, MIGUEL A. (2006). *Mindfulness*. *Papeles del Psicólogo*, Vol. 27, 92-99.
 - WATZLAWICK, WEAKLAND, Y FISCH (1999). *Cambio: formación y solución de los problemas humanos*. Ed. Herder.
 - ZARCO MONTEJO, JOSÉ y cols. (2007). *Papel de la Atención Primaria ante los problemas de salud relacionados con el consumo de drogas*. SemFYC. PNSD.

ANEXOS

1. Cuadro Evolución del proceso adictivo.
2. Tipologías en Cocaína.
3. Ficha de Acogida.
4. Historia Social.
5. Historia Médica.
6. Historia Toxicológica.
7. Historia Psicológica.
8. Intervención Indicada en Situaciones Específicas.
9. Descubriendo los motivos por los que consumes cocaína.
10. Autorregistro de Análisis funcional.
11. Tratamiento, técnicas o estrategias en función del estado de cambio.

Anexo II: Tipologías en cocaína

Nombre: _____

Fecha: _____ N° de Historia: _____

SEGÚN LA EDAD:

CONSUMIDOR ADOLESCENTE O JOVEN

CONSUMIDOR ADULTO

SEGÚN EL NIVEL DE CONSUMO:

CONSUMO RECREATIVO

CONSUMO PROBLEMÁTICO

SEGÚN SU ESTATUS SOCIAL:

CONSUMIDOR INTEGRADO SOCIALMENTE

CONSUMIDOR MARGINAL

Tipología:

Anexo III: Ficha de acogida

Nº Historia Clínica:	Fecha de admisión a tratamiento:
Nº de identificación del centro:	

Nombre y apellidos: Sexo: V M	
D.N.I. nº:	Nº Seguridad Social:
Fecha de nacimiento:	Edad actual:
Lugar de nacimiento:	Provincia:
Nacidos en el extranjero/ País:	
Nacionalidad:	
Transeúnte: Sí No Procedencia de:	

Domicilio actual:	
Población:	Provincia:
Teléfonos:	

Anexo III: Ficha de Acogida

Estado civil:	Pareja actual:	Nombre:
Edad:		¿Drogodependiente?: Tiempo de Relación:
Otras parejas (¿matrimonio?):		
Hijos (Nº, sexo y edad):		
Nombre de los padres:		
Nº de Hermanos:	Lugar que ocupa:	¿Hno. drogodependiente? Sí No
Relación con la familia:		
Responsable del Tratamiento:	Parentesco:	Telef:

Droga Principal por la que es admitido a tratamiento:	
Año de inicio del consumo de la droga principal:	
Edad:	
Frecuencia de consumo de la droga principal en los 30 días previos a la admisión a tratamiento:	
1. todos los días.	4. 1 día/ semana.
2. 4-6 días /semanas.	5. Menos de 1 día/semana
3. 2-3 días.	6. No consumió.
Tiempo de abstinencia actual:	
Tratamiento previo por la MISMA DROGA por la que va a tratarse actualmente SÍ NO ¿dónde?	
Desintoxicaciones Hospitalarias: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿cuántas? ¿Dónde?	
Ingresos en C. Terapéuticas, centros de internamiento: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿cuántas? ¿Dónde?	
Vía más frecuente de administración de la droga principal en los últimos 30 días de consumo:	
1. Oral.	
2. Pulmonar o fumada (aspiración de gases o vapores, chinos).	
3. Intranasal o esnifada (aspiración de polvo por la nariz).	
4. Parenteral o inyectada.	
5. Otras.	
Otras drogas consumidas en los últimos 30 días previos a la admisión a tratamiento y Vía administración:	
1.	
2.	
3.	
4.	

Tiempo transcurrido desde que se **inyectó** por última vez cualquier sustancia psicoactiva:

- | | | |
|---------------------------|-------------------------|------------------------|
| 1. Menos de siete días. | 4. Menos de doce meses. | 7. Cinco a nueve años. |
| 2. Menos de treinta días. | 5. Uno o dos años. | 8. Diez o más años. |
| 3. Menos de seis meses. | 6. Tres o cuatro años. | 9. Nunca inyectado. |

Estado serológico objetivo frente al VIH:

- | | |
|---|--|
| 1. Positivo. | 4. Negativos sin saber fecha análisis. |
| 2. Negativo con análisis últimos 6 meses. | 5. Con análisis, pendiente de resultado. |
| 3. Negativo sin análisis últimos 6 meses. | 6. No se ha realizado análisis. |

Situación **Laboral principal** en el momento de la admisión a tratamiento:

1. Con contrato o relación laboral indefinida, o autónomo(aunque esté de baja).
2. Con contrato o relación laboral temporal (aunque esté de baja).
3. Trabajando sin sueldo para la familia.
4. Parado. No habiendo trabajado antes.
5. Parado. Habiendo trabajado antes.
6. Incapacitado permanente, pensionista.
7. Estudiando u opositando.
8. Realizando exclusivamente labores del hogar.
9. En otra situación (especificar).

Profesión:

Actualmente trabaja en:

Máximo nivel de estudios completado:

1. No sabe leer ni escribir.
2. Enseñanza primaria incompleta.
3. Enseñanza primaria completa.
4. Enseñanza secundaria 1º etapa, EGB, ESO, FPI o de grado medio.
5. Enseñanza secundaria 2ª etapa, FPPII, BUP, COU.
6. Estudios universitarios medios.
7. Estudios universitarios superiores.
8. Otros (Especificar).

Fuente de referencia principal que ha influido para iniciar el tratamiento:

1. Otro servicio de tratamiento de drogodependencias.
2. Médico general, atención primaria de salud.
3. Hospital u otros servicios de salud.
4. Servicios sociales.
5. Prisión, centro de reforma o de internamiento cerrado de menores.
6. Servicios legales o policiales.
7. Empresa o empleador.
8. Familiares o amigos/as.
9. Iniciativa propia.
10. Otra (especificar).

Convivencia en los 30 días previos a la admisión a tratamiento:	
1. Solo. 2. Únicamente con pareja. 3. Únicamente con hijos/as. 4. Con la pareja e hijos/as.	5. Con padres o familia de origen. 6. Con amigos/as. 7. Otros (especificar).
Lugar donde ha vivido en los 30 días previos a la admisión de tratamiento:	
1 Casas, pisos, apartamentos. 2. Prisión, centro de reforma o de internamiento cerrado para menores. 3. Otras instituciones. 4. Pensiones, hoteles, hostales. 5. Alojamiento inestable/precario. 6. Otro lugar (especificar).	
Antecedentes penales:	
No, con juicios pendientes <input type="checkbox"/> Sí, con juicios pendientes. <input type="checkbox"/> Desconocido. <input type="checkbox"/>	
No, sin juicios pendientes <input type="checkbox"/> Sí, sin juicios pendientes. <input type="checkbox"/>	
Prisión: Sí No	Nº de ingresos en Prisión: ¿Dónde?

<p>Motivo de la demanda:</p> <input type="checkbox"/> Tratamiento de Desintoxicación ambulatoria. <input type="checkbox"/> Tratamiento de Desintoxicación hospitalaria. <input type="checkbox"/> Tratamiento de Deshabitación psicológica. <input type="checkbox"/> Ingreso en C. Terapéuticas o Centro Tratamiento Breve. <input type="checkbox"/> Marcadores Serológicos. <input type="checkbox"/> Control de Drogas en Orina. <input type="checkbox"/> Consulta-información. <input type="checkbox"/> Valoración, orientación y prevención sobre posible caso de inicio de drogodependencia. <input type="checkbox"/> Otros.	<p>Derivado: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>DE</p> <p>Derivado a:</p>
--	--

Observaciones:

Terapeuta que efectuó la ficha de acogida:

Anexo IV: Historia Social

FECHA:	HISTORIA N°:
Derivado Por:	Profesional que realiza la entrevista:
Demanda expresada:	
Asistentes a la entrevista:	

I) DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO	
Nombre y apellidos:	
Fecha y lugar de nacimiento:	Edad:
D.N.I. n°:	N° S.S.:
Domicilio: Localidad:	Teléfonos:
Estado civil:	Pareja:

II) DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL FAMILIAR DE APOYO	
Nombre y apellidos:	
Edad:	D.N.I. n°:
Relación con el paciente:	
¿Drogodependiente?	
Teléfonos de contacto:	
Domicilio:	
Observaciones:	

III) DROGA QUE MOTIVA EL TRATAMIENTO

Cantidad / vía actual de consumo/ año de inicio

Otras drogas consumidas en el último mes u otras conductas adictivas:

Consumo activo:

Tiempo de Abstinencia:

Tratamiento Farmacológico Actual

Observaciones:

IV) EVOLUCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS

Tratamientos anteriores (año, centro motivo, modalidad de tratamiento)

Tratamientos en Salud Mental: SÍ NO	¿Causa?
Diagnósticos médicos y/o psicológicos:	
Adjunta informe SÍ NO (solicitar)	

V) FAMILIA DE ORIGEN Y NÚCLEO DE CONVIVENCIA						
	Nombre	Edad	E. Civil	Act. Laboral	Consumidor	Tipo de Relación (buena, superficial, tensa, nula.)
Padre						
Madre						
Hermano/a						
Hermano/a						
Hermano/a						
Hermano/a						
Hermano/a						
Hermano/a						
Hermano/a						
Hermano/a						
Actitudes de los familiares ante la drogodependencia:						
Otro familiar responsable:						

Núcleo Familiar Actual						
	Nombre	Edad	E. Civil	Act. Laboral	Consumidor	Otras
Pareja						
Hijo/a						
Hijo/a						
Hijo/a						
Hijo/a						
Hijo/a						
Otras parejas o datos significativos:						
Consumo de drogas y/o enfermedades mentales en la familia.						
Colaboración familiar en el proceso/ Actitud de los familiares ante la drogodependencia						

VI) FORMACIÓN ACADÉMICA Y COMPLEMENTARIA

Nivel académico/ títulos/ interés por continuar los estudios o empezar otros:

Aptitud / Actitud en formación

VII) PROFESIÓN, SITUACIÓN LABORAL Y ECONÓMICA

En C.T. preferencia de taller / propuesta de la C.T.

Nivel de ingresos:

Fuente de ingresos:

Vivienda:

Organización económica (administración del dinero...):

VIII) OCUPACIÓN DEL TIEMPO LIBRE Y EMPLEO DEL OCIO

(también en abstinencia)

IX) RELACIONES CON EL ENTORNO, SITUACIONES DE RIESGO

Grupo de relaciones:

Aceptación social y/o Grupal:

**X) ANTECEDENTES PENALES, JUICIOS, MEDIDAS DE SEGURIDAD Y
SANCIONES ADMINISTRATIVAS**

XI) INTERVENCIÓN POR PARTE DE OTROS SERVICIOS

Motivación y actitud ante su problemática:

Motivación y actitud ante su tratamiento:

Motivación y actitud familiar

Necesidades implícitas y no demandadas:

XII) VALORACIÓN

--

XIII) PROPUESTA DE ACTUACIÓN

--

XIV) OBSERVACIONES

--

Anexo V: Historia Médica

NOMBRE Y APELLIDOS: _____ Fecha: _____ H^a.N^o. _____

Edad actual: Nombre del facultativo médico: _____

1º. **ANTECEDENTES FAMILIARES DE INTERÉS,**

Orgánicos, (Hipertensión, Diabetes, Cardiopatías, Enfermed. Cerebrovasculares, Cáncer, Asmáticos.....)

Psíquicos:

Adicciones:

2º. **ANTECEDENTES PERSONALES,** (Nacimiento, desarrollo, intervenciones quirúrgicas, ingresos hospitalarios, procesos y/o infecciones graves, etc.....)

- Alergias conocidas: No Sí a qué: _____
Tratamiento: _____

- Antecedentes psiquiátricos:

- Intoxicaciones-sobredosis:

- Intentos autolíticos:

3º. EXPLORACIÓN FÍSICA Y ANAMNESIS

PESO:

TALLA:

ÍNDICE MASA CORPORAL:

- Aspecto General:

- Estado Psíquico:

- Estado Serológico:

	POSITIVO, desde el año:	NEGATIVO, fecha del último análisis	NO SE HA REALIZADO ANÁLISIS
VIH	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
VHC	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
VHB	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

I. PIEL Y FANERAS

Coloración de la piel, pigmentaciones:

Tatuajes:

Piercing:

Marcas venopuncion:

Cabellos, vello corporal y uñas:

Lesiones elementales, (máculas, pápulas, nódulos, vesículas, etc.):

Abscesos, Micosis

Adenopatías

II. CABEZA Y CUELLO

Ojos:

Oidos:

Nariz, (Rinitis, Ulceraciones tabique, Epistaxis.....):

Boca:

Faringe y amígdalas

Glándulas salivares, Tiroides

III. TORAX

Aspecto general, exploración mamaria, (atrofias, asimetrías, quistes, ginecomastia...)

A. APARATO RESPIRATORIO: Fumador: No Sí n°. cigarrillos/día: _____

Signos/síntomas	SÍ	Normal	NO
¿Tiene tos de forma habitual?			
¿Expectora habitualmente?	Aspecto:		
¿Ha tenido cambios en la voz últimamente?			
¿Fatiga?, ¿Falta de aire? Disnea			
¿Hemoptisis?			

AUSCULTACIÓN:

OTROS PROCESOS: Neumonías, Bronquitis Crónica, EPOC, Asma, Enfisema, TBC, Cáncer, Faringitis, Amigdalitis, Laringitis

B. APARATO CARDIOVASCULAR:

Síncope, mareos

Palpitaciones, Taquicardias, Arritmias...

Angor, Infarto Miocardio:

Alteraciones vasculares, edemas, varices...

AUSCULTACIÓN:

T.A.:

Frecuencia cardíaca:

Hipertenso: No Sí, Tratamiento: _____

IV. ABDOMEN:

Inspección General:

Palpación general:

DIGESTIVO:

Esófago y estómago: vómitos, náuseas, gastritis, úlcus, reflujo.....

Hígado:

Ritmo intestinal:

Recto:

RENAL: Cólicos.....

GENTOURINARIO:

Embarazos: ____, Partos ____, Abortos: espontáneos ____, provocados ____

Edad menarquía _____, Edad menopausia _____

Menstruación, (regular, irregular, dismenorrea.)

Métodos anticonceptivos: NO Sí, cual/les:

ETS

Próstata

Micción, (tenesmo, poliuria..)

Infecciones

Alteraciones de la libido, sexualidad

V. APARATO LOCOMOTOR: Articulaciones, Trofismo muscular, Contracturas, Edemas...

VI. SISTEMA NERVIOSO:

Enfermedades cerebrovasculares:

Convulsiones, epilepsia: No Sí Tratamiento:

Equilibrio, vértigos:

Tono muscular y reflejos osteotendinosos:

Temblor:

Parestesias

Mareos

Cefaleas:

ESTADO MENTAL

Memoria, (remota, reciente), concentración:

Sueño:

Estado de ánimo actual:

Trastornos Psiquiátricos inducidos por Cocaína: de Ansiedad, Depresivos, Episodios maníacos, Psicóticos. Estados confusionales agudos, agitación psicomotriz, agresividad, psicosis (ideas delirantes tipo paranoide, alucinosis cocaínica)

Trastornos de la Personalidad:

Otros trastornos de control de los impulsos: juego patológico, bulimia, sexo compulsivo, tricotilomania

Antecedentes de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH):

Patología Dual: No Sí ... Grupo: _____ (según Protocolo de Coordinación y Atención a la Patología Dual)

VII. HEMATOLOGIA:

VIII. ENDOCRINO. Diabetes,...

Aporta analíticas previas: Sí No
Prueba de Mantoux: No Sí resultado: _____ fecha: _____

Medicamentos que está tomando actualmente:

Tiempo que lleva tomándolos: _____
Prescritos y controlados por...: _____

Anexo VI: Historia Toxicológica

PACIENTE:

N.º, H.ª, FECHA:

Fecha nacimiento:		Edad actual:		DROGA PRINCIPAL, motivo de tratamiento:															
SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	PRIMER CONTACTO (1)			INICIO DEL CONSUMO ACTIVO (2)			FRECUENCIA, DOSIS HABITUAL Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN												
	EDAD	FRECUENCIA	VÍA (3)	EDAD	FRECUENCIA Y CANTIDAD	VÍA	ÚLTIMO AÑO			ÚLTIMO MES									
							DIARIO	SEMAMANAL	ESPORADICO (mensual)	PUNTUAL (algunas veces al año)	DIARIO	SEMAMANAL	ESPORADICO (mensual)	PUNTUAL (algunas veces al año)					
TABACO																			
ALCOHOL																			
CANNABIS																			
HEROÍNA (H)																			
COCAÍNA (C)																			
MEZCLA (H+C)																			
METADONA																			
OTROS OPIACEOS																			
BENZODIAC. DROGAS																			
SÍNTESIS																			
ALUCINOGEN.																			
SOLVENTES OTRAS																			

(1) PRIMER CONTACTO con la droga: consideramos como tal la edad que tenía la primera vez que la probó, aunque solo fueses en una ocasión (si procede, anotar el n.º de veces o el tiempo de consumo)
 (2) INICIO DE CONSUMO ACTIVO: Nos estamos refiriendo al verdadero inicio y continuidad del proceso adictivo, en cualquiera de sus fases de uso, abuso o dependencia. (Puede coincidir con el primer contacto).
 (3) VIAS DE ADMINISTRACIÓN: O = Oral / IN = Inhalada / F = Fumada / SF = Esnifada / IV = Inyectada / X = Otras

PACIENTE:

Fecha: _____ N°.Hª. _____

CONSUMO ESPECÍFICO DE MEZCLA, (COCAÍNA + HEROÍNA)

DROGA DE INICIO	HEROÍNA <input type="checkbox"/>			
	COCAÍNA <input type="checkbox"/>			
	DIRECTAMENTE C + H <input type="checkbox"/>			
*MEZCLA C + H	Desde, año:	COCAÍNA	HEROÍNA	Total
	Proporción, % de			100%
	Dosis habitual/día			
	Dosis actual/día			
	Dosis máxima/día,			
	Consumo a diario desde: No consumo diario <input type="checkbox"/> ¿cada cuantos días?:			

*(MEZCLA DE C + H): Consumo de Cocaína y Heroína conjuntamente, "rebujo"

CONSUMO ACTUAL, MOTIVO DE CONSULTA (REFERIDO A LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS)
(A cumplimentar una vez efectuada la Historia Toxicológica, a modo de resumen y diagnóstico)

SUSTANCIAS	DOSIS/DÍA HABITUAL	VÍA	FRECUENCIA (diario, alternos, semanal, abstinente, etc..)	ÚLTIMO CONSUMO			
				FECHA	HORA (si procede)	DOSIS	VÍA
COCAÍNA							

APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA:

Sustancia / Sustancias de consumo actual	Indicar USO, ABUSO o DEPENDENCIA
1ª.	
2ª.	
3ª.	
4ª.	
5ª.	

OBSERVACIONES:

Anexo VII: Historia Psicológica

Nº de Historia Psicológica:	Profesional que realiza la entrevista:
Fecha:	

A) DATOS PERSONALES	
Nombre y apellidos:	
D.N.I. nº:	Nº S.S.:
Fecha de nacimiento:	Edad:
Lugar de nacimiento:	
Domicilio:	
Teléfono:	Profesión:
Situación Laboral:	Estudios:
Unidad de convivencia:	
Resp. Terapéutico:	Teléfono:
Miembros de la familia con dependencia o problema con algún tipo de droga u otra conducta adictiva:	

B) HISTORIA DE CONSUMO

Droga Problema: Edad de inicio(año):
Vía administración:
¿En que situaciones?

¿Con quién?

Circunstancias del primer consumo. Inicio ¿por qué?

Época de mayor consumo, motivos:

Consumo habitual previo: Edad de inicio(año):

Otras drogas Edad de inicio (año):
o conductas adictivas:

Vía administración último mes:

Frec. Consumo último mes y cantidad:

Últimos 3 meses: familia, salud, relaciones sociales, situación económica y laboral.

C) TRATAMIENTOS Y PERIODOS PREVIOS DE ABSTINENCIA	
Ambulatorios:	Duración:
Internamiento:	Duración:
Último periodo de abstinencia (fecha y duración):	
• Estrategias, refuerzos:	
• Cambios en el estilo de vida:	
¿Qué le ha funcionado en otras ocasiones y qué no?	
Motivo del tratamiento:	
Motivos de Salud <input type="checkbox"/>	Motivos Sociales <input type="checkbox"/>
Motivos Familiares <input type="checkbox"/>	Motivos Laborales <input type="checkbox"/>
Motivos Económicos <input type="checkbox"/>	Motivos Judiciales <input type="checkbox"/>
Otros <input type="checkbox"/>	
Objetivo de Tratamiento:	
Objetivos acordados:	

D) SECUENCIA FUNCIONAL (complementario al Anexo X)

Desencadenantes externos:

Desencadenantes internos:

Conducta:

Consecuencias (Positivas, Negativas, a Corto Plazo, a Largo Plazo):

E) SALUD MENTAL

Sintomatología

Inactividad	<input type="checkbox"/>	Miedo Irracional	<input type="checkbox"/>
Alteración del sueño	<input type="checkbox"/>	Somatizaciones	<input type="checkbox"/>
Alteración del apetito	<input type="checkbox"/>	Ánimo deprimido	<input type="checkbox"/>
Dificultad para concentrarse	<input type="checkbox"/>	Fatiga o pérdida de energía	<input type="checkbox"/>
Sentimientos de culpa	<input type="checkbox"/>	Falta de motivación	<input type="checkbox"/>
Ideación suicida	<input type="checkbox"/>	Cambio brusco del ánimo	<input type="checkbox"/>
Presencia de obsesiones	<input type="checkbox"/>	Baja autoestima	<input type="checkbox"/>
Preocupación excesiva	<input type="checkbox"/>	Ideas Delirantes	<input type="checkbox"/>
Crisis de angustia o pánico	<input type="checkbox"/>	Alucinaciones	<input type="checkbox"/>
Irritabilidad	<input type="checkbox"/>	Agresividad verbal o física	<input type="checkbox"/>

Rasgos de Personalidad más destacados:

Estado de ánimo (1-10)

¿Cuándo se encuentras mejor y cuándo peor?

Descripción de sí mismo/a /// Autoestima:

Trastornos inducidos por el consumo:

T. del estado de ánimo

T. de ansiedad

T. Psicótico

Otros

Psicopatología Asociada:

Ideas o intentos de autolisis

Antecedentes Psiquiátricos Familiares:

Tratamiento en Salud Mental

Sí

No

DSM-IV-R	
Eje I:	
Eje II:	
Eje III:	
Eje IV:	
Eje V: EEAG:	
Remisión total temprana	<input type="checkbox"/> (sin síntomas durante uno a 12 meses)
Remisión Parcial temprana	<input type="checkbox"/> (No todos los criterios de dependencia o abuso entre 1 y 12 meses)
Remisión Total Sostenida	<input type="checkbox"/> (sin síntomas durante más de 12 meses)
Remisión Parcial sostenida	<input type="checkbox"/> (No todos los criterios de dependencia o abuso después 12 meses)

F) ANÁLISIS DE OTRAS ÁREAS
MOTIVACIÓN PARA EL CAMBIO
<input type="checkbox"/> Precontemplación
<input type="checkbox"/> Contemplación
<input type="checkbox"/> Preparación
<input type="checkbox"/> Acción
<input type="checkbox"/> Mantenimiento

AUTOEFICACIA			
	Alta	Media	Baja
(Grado de Confianza para conseguir y mantener la abstinencia en diferentes situaciones de riesgo).	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

INTERESES, AFICIONES

CONDUCTA SEXUAL

CONDUCTA ALIMENTARIA

--

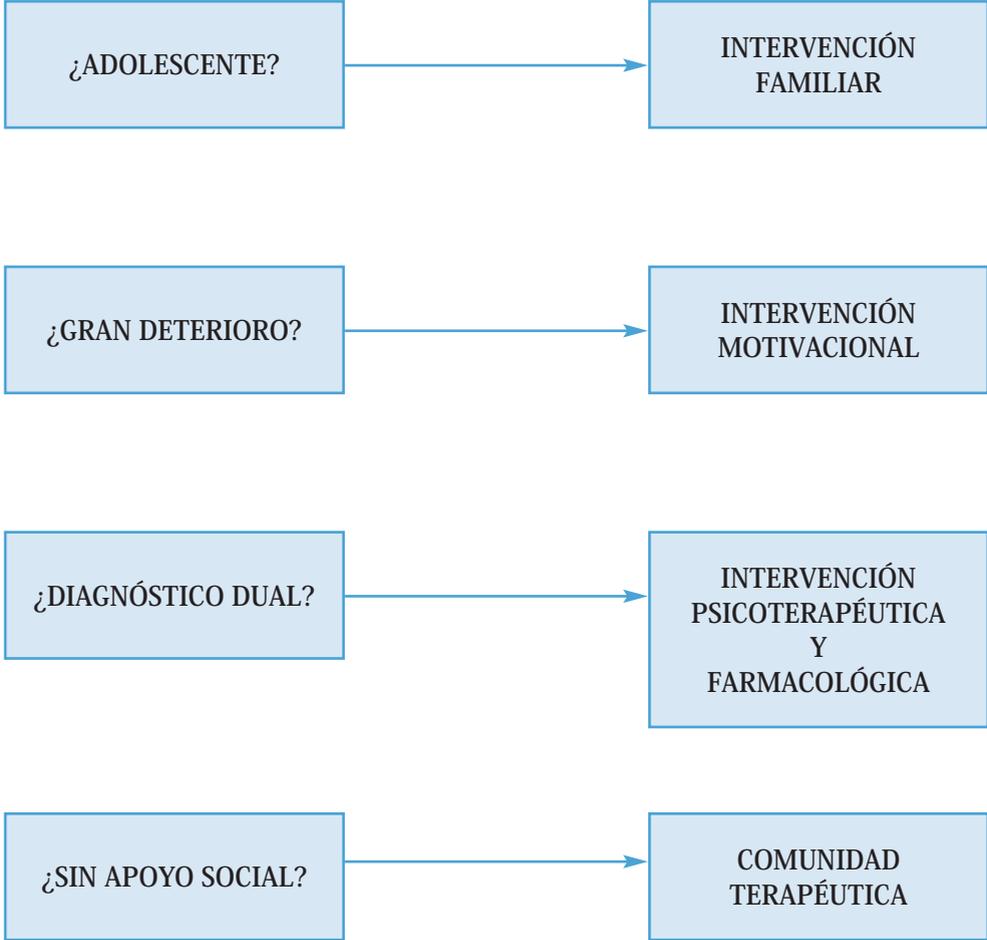
OBSERVACIONES

--

RESULTADOS DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS REALIZADAS

--

Anexo VIII: Intervención Indicada en Situaciones Específicas



Anexo IX: Descubriendo los Motivos por los que Consumes Cocaína

Paciente: _____ Edad actual: _____

Fecha: _____ N° de Historia: _____

1. Haz una lista de los lugares que tú tienes más asociados al consumo de cocaína.

2. Enumera las personas que tú tienes más asociadas al consumo de cocaína.

3. Haz una lista de las horas o días en los que te apetece más consumir cocaína.

4. Enumera las actividades que más asocias al consumo de cocaína.

5. Piensas que consumes cocaína cuando te sientes de una determinada manera. Lee la siguiente lista y señala los momentos que son relevantes para ti. En aquellos que señales, haz una lista de ejemplos de situaciones que tú hayas experimentado:
- a. Al final de (o durante) un día tenso.

 - b. Cuando te enfrentas a algo que temes o que te produce ansiedad.

 - c. Cuando no terminas algo que habías planeado.

 - d. Cuando sientes que alguien se ha aprovechado de ti.

 - e. Cuando estás aburrido.

 - f. Cuando estás interactuando socialmente.

 - g. Cuando te sientes mal contigo mismo.

 - h. Cuando te sientes deprimido.

 - i. Cuando te quieres sentir con energía.

 - j. Cuando te enfrentas con un problema difícil.

 - k. Cuando quieres ser cordial.

 - l. Cuando desearías que tu personalidad fuese diferente.

 - m. Otros (señala cuales).

6. Haz un listado de lugares donde no es probable que consumas cocaína.

7. Enumera personas con las que no crees que fueses a consumir cocaína.

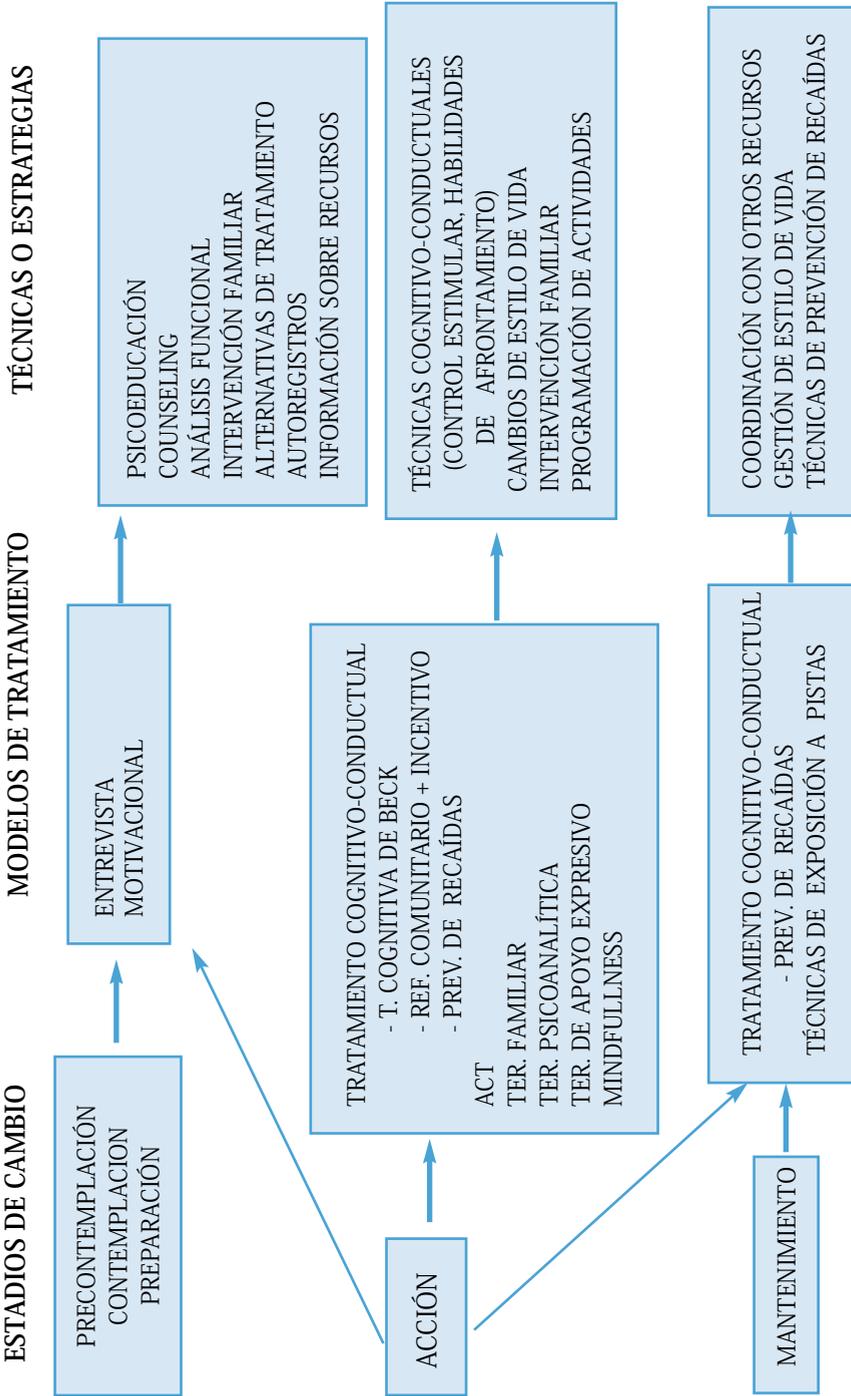
8. Haz un listado de momentos del día o días en los que es poco probable que consumas cocaína.

9. Enumera actividades que practiques que no tengas relacionadas con el consumo de cocaína.

Anexo X: Análisis Funcional

Nombre: _____ Edad actual: _____ Fecha: _____ N° de Historia: _____				
SITUACIÓN (DESENCADENANTE EXTERNO)	PENSAMIENTOS Y SENTIMIENTOS (DESENCADENANTE INTERNO)	CONDUCTA	CONSECUENCIAS POSITIVAS	CONSECUENCIAS NEGATIVAS

Anexo XI: Tratamiento, Técnicas o Estrategias en Función del Estado de Cambio



Los modelos de tratamiento y las técnicas que aquí reflejamos son las recomendables y prioritarias en cada estadio pero no son en absoluto excluyentes pudiendo ser utilizadas en cualquier otra fase del proceso



Servicio
Extremeño
de Salud

JUNTA DE EXTREMADURA
Consejería de Salud y Política Social