



# UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

**MASTER EN INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN ÁMBITOS CLÍNICOS Y  
SOCIALES**

**ITINERARIO: PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

## **TRABAJO FIN DE MASTER**

# Evaluación del tratamiento ambulatorio para la adicción a la cocaína

*Rubén Agustín Rodríguez Cano*

Almería, Junio de 2013

**Directora:** Francisca López Ríos

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico

# ÍNDICE

## Capítulo 1

INTRODUCCIÓN	1-3
--------------	-----

## Capítulo 2

### LA DEPENDENCIA A LA COCAÍNA

A)DIAGNÓSTICO	4
B) CARACTERÍSTICAS DEL TRASTORNO POR DEPENDENCIA A LA COCAÍNA	6
<i>Patología Dual</i>	7
C) TRATAMIENTOS PARA LA COCAINOMANÍA	
<i>Psicofarmacología</i>	11
<i>Psicoterapias</i>	14
D) EL TRASTORNO POR ADICCIÓN A LA COCAÍNA Y TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD	16

## Capítulo 3

ESTUDIOS REALIZADOS	19
---------------------	----

### ESTUDIO N°1. Intervención en un caso de adicción a la cocaína mediante una adaptación de la Terapia Dialectico Conductual de Linehan en clínica privada

<i>Resumen</i>	20
<i>Introducción</i>	21
<i>Método</i>	21
<i>Resultados</i>	31
<i>Discusión</i>	35

**ESTUDIO N°2. El proceso terapéutico de cambio en la adicción a la cocaína**

<i>Resumen</i>	38
<i>Introducción</i>	39
<i>Método</i>	42
<i>Resultados</i>	46
<i>Discusión</i>	54

**Capítulo 4**

<b>CONCLUSIONES GENERALES DEL PROCESO DE PRÁCTICAS</b>	58
--	----

<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	60
-----------------------------------	----

## Capítulo 1

# INTRODUCCIÓN

El fenómeno de consumo de sustancias es una de las cuestiones más controvertidas de la sociedad actual. Desde la utilización del opio como sedante y analgésico en el 3000 a.C. por parte de los griegos (Escohotado, 1996 y 2005) hasta el consumismo más hedonista y exacerbado de las drogas de diseño en nuestros días, la temática relacionada con el consumo de sustancias ha impregnado diversos ámbitos como la política, la religión, la economía y la salud a lo largo de gran parte de la historia de la humanidad.

Cuando se hace referencia a sustancias o drogas, se engloban las que son tanto legales (alcohol, tabaco, café, etc.) como ilegales (cocaína, heroína, MDMA, cannabis, etc.). El uso perjudicial de estas, en concreto su abuso y dependencia, genera una infinidad de problemas para el individuo, en particular, y para la sociedad, en general. Como señala la Organización Mundial de la Salud, en su programa de acción mundial

para superar las brechas en salud mental (mhGAP), el uso inadecuado de sustancias es un patrón de consumo que genera daños en la salud: a nivel físico (p.ej., infecciones provocadas por el consumo de drogas), mental (p.ej., episodios depresivos) y en la esfera del funcionamiento social (p.ej., problemas educativos, legales, laborales, familiares, etc.) (WHO, 2011a).

Las sustancias legalizadas son precisamente las que más se consumen y las que mayor mortalidad provocan a nivel mundial. Concretamente, según datos de la OMS, el 30% de la población mundial adulta (de 15 a 65 años) consume 6,13 litros de alcohol puro, provocando unas 2,5 millones de muertes en el mundo debido a esta causa (WHO, 2011b). Por otra parte, el consumo del tabaco ronda el 22% de la población y genera una mortalidad de unos 6 millones de personas al año (OMS, 2012). Según sus estadísticas, en el mundo una persona muere a causa del tabaco cada 6 segundos (UNODC, 2012). En España el tabaco es la sustancia legal más consumida con un 31,8% de fumadores a diario. En cambio, el consumo habitual de alcohol (todos los días) en nuestro país es del 11 % (OEDT, 2011).

En cuanto al consumo de drogas ilícitas, datos proporcionados por Sección contra el Crimen y Drogas de Naciones Unidas manifiestan que la cocaína, heroína y otras drogas se cobran 0,2 millones de vidas al año. En concreto, un 5% de la población mundial consumió al menos una vez en 2010 alguna droga ilícita, de los cuales el 0,6% necesitan tratamiento especializado debido a algún tipo de adicción (UNODC, 2012).

La cocaína es la segunda droga ilegal más consumida a nivel mundial, solamente superada por el consumo del cannabis. El consumo de cocaína se encuentra entorno a un 0,3-0,4% de la población entre 15-65 años de edad (entre 13 y 19,5 millones de personas). Las zonas de mayor consumo se encuentran en Norte América (1,6% de la

población), Europa Central y zona Oeste (1,3% de consumidores) y Oceanía (Australia y Nueva Zelanda (1,5% de la población).

A nivel mundial se ha producido una estabilización del consumo de cocaína debido al aumento de precios, una peor calidad de la droga y un cambio de la imagen de consumo de alto nivel que presentaba esta sustancia. Todo ello, junto al mayor conocimiento de las consecuencias negativas del consumo, han generado que los consumidores busquen otro tipo de estimulantes. A pesar de dicha estabilización España sigue siendo el país a la cabeza en consumo de nuestro continente. Según datos poblacionales (15 y 65 años de edad) el 10,2% ha consumido alguna vez en su vida cocaína, el 2,7% lo ha hecho el último año y un 1,3% en el último mes. Estas cifras aumentan si edad de la población desciende entre 15 y 34 años, manifestándose con un 10,2%, un 4,4% y 2 %, respectivamente).

A nivel mundial, el tratamiento para el abuso de la cocaína presenta altos ratios en América, sobre todo en América del sur (alrededor del 50% de las intervenciones para el abuso de drogas ilícitas). En Europa central se presentan datos sobre la adicción como droga principal en España (44 %), Italia (29 %) y los Países Bajos (26 %). En cambio, Asia, Europa del Este y Oceanía son los lugares donde menos se demanda este tipo de tratamiento (en torno al 1% de los tratamientos de adicciones) (UNODC, 2012).

Las anteriores cifras reflejan un panorama bastante preocupante para la salud de la sociedad actual. Como se ha evidenciado, el consumo de cocaína y los problemas que esta genera, siguen teniendo un papel fundamental en nuestro país. A lo largo del presente Trabajo Fin de Master se estudian diferentes aspectos para el desarrollo y la evolución en los tratamientos utilizados para las adicciones, concretamente para la cocaínomanía.

## Capítulo 2

# **LA DEPENDENCIA A LA COCAÍNA**

### **A) DIAGNÓSTICO**

A pesar de la controversia suscitada por el anuncio del DSM V y sus carencias en cuanto al diagnóstico y la explicación etiológica de los diferentes trastornos que recoge, la clasificación que se sigue utilizando entre los profesionales DSM- IV-TR (APA, 2000). Esta presenta dos tipologías principales para todos los trastornos debidos al consumo de sustancias. Por un lado, se encuentran los trastornos por consumo de sustancias con dos diagnósticos: la dependencia de sustancias y el abuso de sustancias. Por otro, se evidencian los trastornos inducidos por sustancias como son: la intoxicación de sustancias y abstinencia de sustancias. También se recoge una tercera categoría como la de trastornos mentales inducidos por sustancias incluidos en otras secciones del manual (delirium inducido por sustancias, demencia y trastorno psicótico, entre otros).

La característica principal de la dependencia se compone de un conjunto de sintomatología comportamental y fisiológica que manifiesta que el paciente sigue

consumiendo la sustancia a pesar de la aparición de problemas relevantes relacionados con ella. El patrón de consumo, que se detallará más adelante, se basa en el consumo continuado provocando la tolerancia y la abstinencia basada en ciclos de ingesta compulsiva de la sustancia. En los criterios DSM no se recoge una característica esencial de este tipo de trastorno como es el deseo irreprímible de consumo de cocaína (*el craving*), aspecto que sí se contempla en la CIE-10 (OMS, 1992). En la siguiente se recogen los criterios de ambas clasificaciones.

**Tabla 1. Criterios diagnósticos para la cocaínomanía**

DEPENDENCIA COCAÍNA. DSM IV-TR	DEPENDENCIA COCAÍNA. CIE-10
Patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva deterioro o malestar clínicamente significativo expresado por tres o más de los siguientes ítems, en algún momento de un periodo continuado de doce meses.,	Tres o más de las siguientes manifestaciones aparecidas simultáneamente durante al menos un mes o en un periodo de doce meses.
1. TOLERANCIA definida por: a) Necesidad de cantidades marcadamente crecientes para conseguir intoxicación o el efecto deseado. b) El efecto de la misma cantidad de sustancia disminuye con su consumo continuado.	1. Evidencia de Tolerancia a los efectos de la sustancia como necesidad de aumentar significativamente las dosis para conseguir la intoxicación o el efecto deseado, o marcada disminución del efecto con el consumo de la misma cantidad.
2. ABSTINENCIA, definida por cualquiera de los siguientes ítems: a) Síndrome de abstinencia característico de la sustancia. b) Se toma la sustancia o similar para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.	2. Cuadro fisiológico de abstinencia cuando se consume menos sustancia o se termina el consumo, apareciendo el s. de abstinencia de la sustancia o su uso con la intención de evitar los síntomas de abstinencia.
3. La sustancia se toma con frecuencia en cantidades mayores o durante un periodo más largo de lo que se pretendía.	3. Disminución de la capacidad de controlar el consumo, para evitar el inicio, para poder terminarlo o para controlar la cantidad consumida.
4. Deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo.	4. Deseo intenso o vivencia de compulsión a consumir la sustancia
5. Emplea mucho tiempo en actividades de obtención de la sustancia, en el consumo o en la recuperación de los efectos de la sustancia.	5. Preocupación con el consumo que se manifiesta por el abandono de otras fuentes de placer o diversiones por el consumo o el empleo de gran parte del tiempo en obtener, consumir o recuperar de los efectos de la sustancia.
6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo.	6. Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, siendo el consumidor consciente de ellas.
7. Continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos, recidivantes o persistentes, causados o exacerbados por el consumo de la sustancia. Especificar: Si cumple 1 ó 2: Dependencia fisiológica. No cumple 1 ó 2: No hay Dependencia fisiológica	Puede ser especificada si se desea, como: Con consumo continuo. Con consumo episódico.

Como se observa, según los criterios diagnósticos, se manifiestan dos hitos



fundamentales para el establecimiento del trastorno por dependencia a la cocaína. Uno de ellos es la aparición del *craving* (deseo continuo de consumir la sustancia invalidando al sujeto a un mantenimiento de la abstinencia). El otro es la presentación de la tolerancia inversa o efecto paradójico (caracterizado por la pérdida de los efectos estimulantes con el uso crónico de cocaína, incluso haciendo que en ocasiones se vuelva a los efectos fisiológicos del inicio).

Los criterios diagnósticos al uso ayudan a crear un sistema común de evaluación entre los profesionales. Sin embargo, la problemática que nos encontramos aquí es que los sujetos con una adicción a la cocaína van más allá de los criterios DSM o CIE, haciéndose necesaria una descripción de las particularidades de esta adicción para poder establecer acciones terapéuticas eficaces y eficientes para esta población. Por ello, en las siguientes líneas se recogen algunas cuestiones que nos ayudarán a entender y trabajar la adicción a la cocaína bajo la idiosincrasia del paciente.

## **B) CARACTERÍSTICAS DEL TRASTORNO POR DEPENDENCIA A LA COCAÍNA**

Los sujetos con dependencia a la cocaína presentan características especiales que pueden explicar el por qué los tratamientos utilizados para las adicciones no son del todo efectivos con los pacientes que presentan cocainomanía. A lo largo de la literatura, se pueden observar diferentes estudios o descripciones que recogen la idiosincrasia de este tipo de pacientes, pudiendo adaptar el tratamiento desde una perspectiva ideográfica más que nomotética de las dependencias. La forma de consumo de la sustancia (vía pulmonar, parenteral y nasal) (Washton,1995) el curso de la abstinencia (con ciclos de abstinencia-craving-atracones-*binges*) (Gawin y Kleber,1987), las

características de personalidad asociadas, la patología dual y las consecuencias físicas asociadas al consumo prolongado de esta sustancia, son aspectos relevantes en el curso y programación del tratamiento.

### **Patología dual en cocaína**

La llamada patología dual, comorbilidad entre un síndrome clínico (Eje I) y un patrón determinado de personalidad (Eje II), se está desarrollando enormemente en las últimas dos décadas. La existencia de estudios epidemiológicos y de consecuencias clínicas hace que desde las ciencias de la salud mental nos planteemos cuestiones anteriormente no consideradas. El aporte de estos estudios va más allá de un diagnóstico o caracterización de los problemas de las personas, se fundamenta en la configuración y adaptación más precisa de los tratamientos psicológicos a los pacientes.

Antes de exponer las características de la dualidad con la adicción a la cocaína es importante subrayar también la manifestación de los diferentes síndromes clínicos que se evidencia en esta población.

La comorbilidad entre diferentes trastornos del Eje I y las adicciones ha sido ampliamente estudiada. Por lo general, estos sujetos muestran altos ratios de sintomatología ansiosa (76%) y depresiva en (79%) (Burns y Teesson,2002; Darke y Ross,1997; Lubman, Allen, Rogers, Cementon y Bonomo, 2007). En cuanto a la cocainomanía existen numerosos estudios que describen dicha coexistencia. Por ejemplo, Weiss et al. manifiestan que los dependientes a cocaína presentan un alta prevalencia en trastornos afectivos (en torno a 30% de unipolares, un 20 de bipolares y un 11% de ciclotimias) (Weiss, Mirin, Michael, Solbogub, 1989) También existe la posibilidad de desarrollar psicosis esquizofrénicas y estados bipolares (Roncero, Ramos, Collazos y Casas , 2001).

*El patrón de personalidad tipo b: hermano o primo hermano de dependencia a la cocaína.*

Uno de los aspectos que complica el tratamiento con adicciones, además de la gran desestructuración en diferentes esferas de su vida, es la comorbilidad con trastornos de personalidad y las características compartidas entre ambas etiologías.

El patrón de personalidad tipo B (o clúster B) se define por la manifestación de una personalidad dramática/errática. Se compone de los TP límite, antisocial, histriónico y narcisista. Este patrón de personalidad es el que más se ha estudiado y el que presenta una mayor comorbilidad con el consumo de sustancias. Prueba de ello, son los estudios epidemiológicos de adicciones generales realizados en España con una manifestación de TP límite (25%) y paranoide (24%), seguido por evitativo (23%), antisocial (20%) y obsesivo compulsivo (22%). (Peris y Balaguer, 2010). Fundamentalmente se puede decir que las adicciones presentan una mayor impulsividad y una tendencia constante a evitar el malestar con respecto a TP sin adicción.

Por lo que se refiere al TLP es uno de los trastorno que más aparece asociado a las adicciones. Mientras que la población general la prevalencia del trastorno se sitúa 1,1% y el 4,6% y la media se establece en un 2% (APA, 2002; Mattia y Zimmerman, 2001) en población en tratamiento de la adicción puede alcanzar el 65% de la población clínica (Trull, Sher, Minks-Brown, Durbin y Burr, 2000).

En cuanto a la adicción a la cocaína, aun no existen muchos estudios en los que se puedan valorar las prevalencias independientes con patrones del clúster B. Sin embargo, se manifiesta de nuevo que el TLP es el mas preponderante en esta adicción (34%), seguido de antisocial y narcisista (28%, ambos), evitativo y paranoide con (22%) y

obsesivo compulsivo (16%) y dependiente (10%) (Kranzler, Satel y Apter, 1994). Estos patrones también se han encontrado en muestra española utilizando el MCMI-II, siendo los rasgos básicos de personalidad más comunes los pasivo-agresivos, antisociales, narcisistas e histriónicos, los más comunes, y la escala de patología de personalidad principal la del trastorno límite (López y Becoña, 2006).

La consideración de aspectos como la impulsividad y autoagresividad como base del citado clúster ha generado que estas características se muestren centrales del sustrato de los TP y las adicciones, haciendo que se incremente el desarrollo y la evolución de ambos trastornos (Bornavalova, Lejuez, Daughters, Zachary y Lynch, 2005; Casillas y Clark, 2002). Por tanto, se hace necesario también que se describan muy bien los patrones de conductas adictivas y su desarrollo de personalidad para poder establecer intervenciones adecuadas (López et al., 2007).

Todo lo anteriormente expuesto genera la necesidad de realizar una descripción del perfil clínico de la dependencia a la cocaína. Precisamente, las características diferenciadoras respecto a otras adicciones hacen que el tratamiento resulte de mayor complicación. A continuación se recogen las principales características, algunas compartidas con otros trastornos adictivos y otras específicas a este trastorno, a saber (Karila, Petit, Phan, Reynaud, 2010; Llopis, 2001; Ochoa, 2000; Saíz, González, Paredes, Martínez, y Delgado, 2001; Sans y Casas, 2004; Pedrero-Pérez, 2008):

- Solicitud de tratamiento por problemas asociados como depresión, ansiedad, problemas de pareja, etc.
- Presentan mayores niveles de búsqueda de sensaciones y psicoticismo, produciendo conductas suspicaces, con recelo, conducta compulsivas y un ánimo disfórico.

- Mayor sintomatología depresiva que en otros trastornos. Peor diagnóstico y curso en trastornos bipolares.
- Posibilidad de abandonar el consumo por sí mismos con mayor facilidad que en otras dependencias. Incluso generándose periodos de abstinencia relativamente largos (círculos de atracones de cocaína- interrupción- síndrome de abstinencia-intenso *craving*-nuevos consumos compulsivos con disforia).
- Presentación de una patología dual de mayor intensidad que en los heroínómanos relacionada con aspectos del clúster B (comentados más arriba).
- Desarrollo de la adicción en un contexto eminentemente recreativo o de consecución de éxito social, frente a otras drogas como pueden ser la heroína o el alcohol que se encuentran asociadas a la desigualdad social y a la pobreza.
- Comorbilidad con otras dependencias como pueden ser la ludopatía, conductas compulsivas, alcoholismo, etc.
- Tolerancia inversa o Efecto paradójico.
- Trastornos conductuales en relación al consumo.
- Aumento de conductas compulsivas
- Disforia, anhedonia, apatía e ideación autolítica.
- Disfunciones ejecutivas y una desinhibición compulsiva.
- Retraimiento, inhibición social e ideación paranoide.
- Lesiones de mucosa nasal en inhaladores y de mucosa orofaríngea en fumadores de base/crack.
- En común con otras adicciones: trastornos de conducta en relación al consumo, aumento de trastornos del sueño, trastornos de alimentación, cefaleas crónicas, abandono de las obligaciones laborales y sociales, desestructuración familiar (motivado por frecuentes ausencias injustificadas del hogar), déficits cognitivos

en memoria, atención y orientación, tolerancia y abstinencia (aunque de un modo diferente como se ha subrayado).

Una vez descrito el perfil del paciente con adicción a la cocaína cabe preguntarse ¿qué tratamientos son de los que disponemos para abordar la adicción a la cocaína? En el siguiente apartado se recoge una revisión de los tratamientos con mayor apoyo empírico existentes hasta la fecha.

### **C) TRATAMIENTOS PARA LA COCAINOMANÍA**

Los tratamientos para las adicciones se han desarrollado enormemente en los últimos treinta años. El establecimiento de un mejor conocimiento de los circuitos neurales subyacentes a la adicción y el desarrollo de la psicoterapia han generado importantes avances en la intervención de problemas relacionados con el consumo de sustancias. A continuación se presentan los tratamientos tanto farmacológicos como psicológicos más usuales para la adicción a la cocaína.

#### **Psicofarmacología**

La evolución de las neurociencias en los últimos años ha propiciado un avance en el conocimiento de los sustratos neurobiológicos de la adicción a sustancias, en general (Moreno-López, et al., 2012), y de la cocainomanía, en particular (Fan et al. ,2010; Jia, Z., Worhunsky, Carroll, Rounsaville, Stevens, Pearlson, y Potenza, 2011). Esto se ha evidenciado en la creación de un corpus de técnicas que se utilizan para paliar los efectos de la adicción a la cocaína (abstinencia, craving, etc.), como su sintomatología asociada (depresión, ansiedad, control de impulsos, etc.). Todo ello ha recabado en diferentes modelos de explicación neuropsicológica de acción de las drogas en el organismo.

Principalmente, los modelos basados en la estimulación del mecanismo hedónico de la recompensa han quedado obsoletos, en su parte, al no explicar por qué, a pesar del malestar que genera la sustancia, la persona con adicción sigue consumiendo. Por ello, se han desarrollado nuevos modelos y teorías como el *modelo de la sensibilización al incentivo*, (Robinson y Berridge 2001, 2003 y 2008); *el modelo de alostasis y estrés* (Koob y Le Moal, 2001, 2005, 2008); *el modelo de la transición impulsividad-hábitos compulsivos* (Everitt y Robbins, 2005; Everitt, Belin, Economidou, Pelloux, Dalley y Robbins, 2008); *el modelo del daño en la atribución de relevancia y la inhibición de respuesta* (Goldstein y Volkow, 2002) y *el modelo del marcador somático de la adicciones* (Verdejo-García, Pérez-García y Bechara, 2006; Verdejo-García y Bechara, 2009a) (para una revisión más exhaustiva véase Verdejo-García, 2009b).

A pesar de la aparición de los modelos citados anteriormente, se han estudiado a un nivel neuroanatómico cuáles son los neurotransmisores implicados en la adicción a la cocaína. El más estudiado es la acción de la dopamina (DA), en concreto la acción de la cocaína en el transportador de DA (Kobb, 2009 y Gold, Dackis y Pottash, 1985). Dicho mecanismo no explica toda la sintomatología clínica de la cocaína, por tanto, se han observado que también otros neurotransmisores están implicados en la dependencia a la cocaína. Entre ellos encontramos norepinefrina (NA), GABA, serotonina (5-HT), glutamato (GLU), acetilcolina (Ach), entre otros. Estos estudios han generado la creación de un conjunto de estrategias de tratamiento farmacológicas para el abordaje de la adicción y los problemas asociados al consumo de la cocaína (Kampan, 2010; Carroll, 2005). Los fármacos que han mostrado mayores resultados en la terapia de la adicción han sido los tratamientos clásicos como metadona o naltrexona (como mecanismo compensatorio de la adicción, al igual que en tratamientos de opiáceos y alcohol), el Topiramato (anticonvulsivante de segunda generación), el Disulfiram

(inhibidor de la Aldehido Deshidrogenasa- encima que metaboliza el alcohol), el Modafilino (estimulante agonista del GLU y antagonista del GABA), Ondansetron (antagonista de la DA), el Baclofeno (agonista del GABA-B) y otros tratamientos como la vacuna para la cocaína (generada desde modelos animales con la acción terapéutica de evitar el consumo), acupuntura (Gates, Smith y Foxcroft., 2006), entre otros. Además se utilizan los psicofármacos clásicos para el tratamiento de la sintomatología típica de los trastornos del Eje I (antidepresivos, neurolépticos o barbitúricos)

Los resultados de la psicofarmacología en los pacientes con dependencia a la cocaína aún no son concluyentes (Dutra, Stathopoulou, Basden, Leyro, Powers, y Otto, , 2008; Penthbrey, Ait-Daoud, Vaughan y Fanning, 2010). Pero existen estudios en los se muestran diferencias significativas a favor del tratamiento con fármacos (Nuijten, Blanken, Van den Brink, y Hendriks, 2011) o la combinación de estos y psicoterapia (Penthbrey et al., 2010) en comparación a la psicoterapia por sí sola. Sin embargo, como señalan varios autores debemos considerar que ningún fármaco es potencialmente útil para el tratamiento de la cocainomanía (Caballero, 2005; Martínez-Raga, 2009). Por ende, no existe sustancia que tenga una actividad y acción directa comparable a la cocaína (excepto algunas anfetaminas), siendo imprescindible la aplicación de intervenciones psicosociales por sí solas o en combinación con algunos fármacos para paciente más resistentes al tratamiento (Kleber, et al. 2007).

Los resultados de los tratamientos psicofarmacológicos se deben a diferentes motivos. Entre otros se pueden encontrar: la heterogeneidad de las muestras clínicas (adictos a base libre o crack, en comparación con adictos por vía nasal), el sesgo de reclutamiento de las mismas, la dificultad de tratar diferentes aspectos de la adicción (como puede ser el craving y el efecto de eufórico del consumo), la exclusión de pacientes más graves, la tasa de abandonos, la pérdida de información a lo largo del



estudio, la duración del tratamiento (en algunos casos escasas 12 semanas), la definición propia de algunos artículos del concepto del craving, etc. (Caballero, 2005).

### **Psicoterapias**

La psicoterapia de las adicciones se ha abordado desde diferentes perspectivas a lo largo de su breve historia (Carroll, 2005; Dutra et al., 2008; Secades-Villa, García-Rodríguez, Fernández-Hermida y Carballo, 2007a). En su comienzo, el tratamiento psicosocial de la cocaína se ha basado en los mismos principios que las intervenciones originales de opiáceos y alcohol. Las psicoterapias que se utilizan para la adicción a la cocaína son las siguientes (Carballo, 2005; Penberthy et al., 2010): consejo individual y grupal, exposición sistemática a estímulos y entrenamiento en habilidades de afrontamiento, prevención de recaídas (PR) y terapia cognitivo conductual (TCC), terapia de reforzamiento comunitario (TRC) con o sin bonos de incentivo (TI), terapia de soporte y expresión (TSE), terapia interpersonal (TI), terapia psicoanalítica, terapia grupal y terapia familiar y de pareja, entrevista motivacional (EM) y terapias de tercera generación (Terapia de Aceptación y Compromiso -ACT-, Terapia Dialéctica Conductual-TDC-, reducción de estrés basado en Mindfulness y Meditación Transcendental).

A pesar de la gran variedad de perspectivas de abordaje, solo en algunas existen ensayos clínicos controlados en los que se ha demostrado la efectividad, en concreto: el asesoramiento individual (Crits-Christoph y cols, 1999; Crits- Christoph, 2001), la TCC (Carroll, 1998, 2001, 2004), el manejo de contingencias (MC) e incentivos (Higgins et al., 1991, 1994) y la EM (Ball et al., 2007; Rohsenow et al., 2004). No existe hasta la fecha ningún estudio meta-analítico de la efectividad de las psicoterapias en la adicción a la cocaína, aunque si hay varias revisiones sistemáticas sobre algunos tratamientos

específicos como TRC (Roozen, Boulogne, van Tulder, van den Brink, De Jong y Kerkhof, 2004), el MC y TI (Schiremberg, van Amsterdam, van den Brink y Goudriaan, 2012) o terapias en general (Pentherby et al., 2010).

Dependiendo de los estudios se evidencian unas técnicas más efectivas que otras. Por lo general, los tratamientos que han probado su eficacia son la TCC por sí solas (Carroll, 2001, 2004) o junto a tratamientos farmacológicos (Pentherby et al., 2010) y la terapia de conducta basada en el condicionamiento operante, en concreto el MC (García-Rodríguez, Secades-Villa, Higgins, Fernández-Hermida, y Carballo, 2008; Higgins 1999; Pendegrast, Podus, Finney, Greenwell, y Roll, 2006). También la aproximación de la TRC junto a la TI han mostrado eficacia en la reducción del consumo (García-Rodríguez et al., 2009; Secades-Villa, García-Rodríguez, Álvarez, Fernández-Hermida y Carballo, 2007b).

Uno de los problemas en el tratamiento de las adicciones son las grandes tasas de abandono que presentan estos pacientes. La utilización de la (EM) provoca que pacientes desmotivados tengan una mayor adherencia al tratamiento en trastornos por uso de sustancias de forma general (Burke, Arkowitz, y Menchola, 2003) y en cocaína (Mckee et al., 2007; Carrol, 2006). Se ha mostrado una mayor retención del tratamiento en la utilización de TCC+EM respecto a TCC por sí sola (Mckee, et al 2007). Además, a pesar de que modelos como el TRC generan una mayor retención (en concreto, TRC+TI, Secades-Villa, 2007b), Sánchez et al. (2011) presentan que la TCC+EM (de manera transversal en el tratamiento, no de forma aislada como en estudios anteriores), muestra la misma retención que las TRC+TI.

Pero más allá de los resultados de los diferentes estudios, las terapias no tienen la misma potencia en todos los casos. Principalmente esto sucede porque la que la terapia depende de la idiosincrasia del paciente. Tiene cabida aquí lo que ya señalaban

Prochaska, DiClemente y Norcross (1992) que no todas las intervenciones son válidas para cualquier momento de la deshabituación. En esta línea argumentativa, actualmente surgen investigaciones que manifiestan que la población de pacientes con dependencia a la cocaína presenta una gran heterogeneidad, haciéndose necesarias investigaciones en las que se comparen grupos más homogéneos según variables relacionadas con el consumo (Stulz, Thase, Gallop, Crits-Christoph, 2010) o características sociales, del entorno y clínicas para ajustar mejor los tratamientos individuales y así reducir el coste aumentando su retención al tratamiento (López-Goñi, Fernández-Montalvo y Arteaga, 2012).

#### **D) EL TRASTORNO POR ADICCIÓN A LA COCAÍNA Y TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD**

La ineficacia completa de los tratamientos para las adicciones hace necesario el desarrollo de alternativas que aborden el tratamiento desde una perspectiva integral del paciente y se basen los aspectos de otras terapias que han mostrado su validez.

Se puede observar como el deterioro de estos pacientes se realiza en diferentes aspectos áreas de su vida a nivel familiar, laboral, médico y psicológico. Estos unidos a las características de afrontamiento de estrés caracterizado por una baja tolerancia a la frustración, una desregulación emocional, una elevada impulsividad, la manifestación de conductas de riesgo autolesivas y la dificultad para mantener relaciones personales en general hacen que puedan observarse patrones muy similares a trastorno de trastornos de personalidad de clúster B y en especial del TLP.

El TLP se define como patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la efectividad, y una notable impulsividad, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos (DSM-IV-R,

APA, 2002). Como señala Caballo (2004) es un trastorno que se compone de elevada reactividad de estado de ánimo, impulsividad extrema, comportamientos recurrentes de automutilación y suicidio, pensamientos y actitudes ambivalentes hacia los demás y hacia si mismo, sentimiento de vacío y aburrimiento y patrón de relaciones interpersonales caóticas e intensas (Caballo, Gracia, López-Gallones y Bautista, 2004).

Uno de los programas que mayor apoyo empírico ha recibido para el tratamiento del TLP y sintomatología asociada es la Terapia Dialectico Conductual (TDC: DBT, del inglés Dialectical Behaviour Therapy) (Linehan, 1993a;1993b; Lynch, Trost, Salsman y linehan, 2007). Este tratamiento se fundamenta la intervención de cuatro habilidades básicas como son la tolerancia a la frustración, la regulación de las emociones, la efectividad interpersonal y la toma de conciencia mediante estrategias de mindfulness. La intervención se realiza mediante terapia individualizada, terapia individual y consulta telefónica (para situaciones de apoyo a las crisis). La potencia de esta terapia se fundamenta en 5 funciones principales, entre las que se encuentran: el aumento de las capacidades del paciente, la generalización de habilidades, la mejora de la motivación y reducción de problemas conductual, el cuidado del terapeuta (trabajando la motivación y sus capacidades) y la estructuración del ambiente. Existen estudios donde la TDC se ha utilizado en diferentes problemas como el trastorno negativista desafiante (Heliordo, García-Palacios y Botella, 2013) trastornos de alimentación (Courbasson, Nishikawa y Dixon, 2012) y trastornos adictivos (Linehan Schmidt, H, Dimeff, Craft, Kanter y Comtois,1999; Linehan et al., 2002; Van del Bosch, Verheul, Schippers, van den Brink, 2002)..

De modo específico, la TDC se muestra adecuada para la intervención en adicciones en ámbito ambulatorio debido a tres factores importantes: a) elevada incidencia de los trastornos o rasgos de personalidad límites en el desarrollo de la

cocainomanía, b) la estructura del tratamiento que confiere aspectos psicoeducativos evitando los problemas interpersonales en este tipo de pacientes y c) la evidencia de la existencia de un déficit de regulación de las emociones y de un control de impulsos motivado por el abandono del consumo de la cocaína como consecuencia de un déficit en la neurotransmisión y la desregulación general del equilibrio neuroanatómico (Nestler, 2004), implicando también la adherencia al tratamiento (Verdejo-García et al., 2012).

Desde ya hace unos años, en la clínica Psicolivencia en la provincia de Almería se utiliza un programa de tratamiento integral (de un año de duración) para las adicciones con resultados concluyentes bastante esperanzadores (poner referencia congreso). Principalmente se fundamenta en los estudios empíricos del trabajo de habilidades básicas de la TDC, junto con principios de otras intervenciones como la EM (generando situaciones de escucha reflexiva, preguntas abiertas, comentar la expectativa de autoeficacia y dar un giro a la resistencia). Además, el desarrollo de habilidades se complementa con la utilización de TRC (incremento de las conductas naturales e incluyendo objetivos como el asesoramiento laboral, conductas alternativas de ocio y psicoeducación para la convivencia en pareja), aproximación que ha demostrado su fiabilidad en la intervención con pacientes alcohólicos severos (Hunt y Azrin, 1973) y para la adicción de cocaína (García-Rodríguez et al., 2008; 2009; comentados arriba).

El objetivo principal del presente Trabajo Fin de Master es la descripción de dos estudios paralelos realizados con un adulto diagnosticado con trastorno por dependencia a la cocaína. En el primero se ha aplicado el programa terapéutico citado durante 6 meses. En el segundo se ha realizado un estudio de los procesos de cambio terapéutico según la propuesta de Krause. Con este enfoque se pretende evaluar la efectividad de dicho programa en la reducción de la sintomatología clínica del paciente y, además, estudiar la evolución de su proceso de cambio.

## Capítulo 3

### **ESTUDIOS REALIZADOS**

El presente apartado se ha realizado con la aportación de los dos trabajos presentados en *VI Congreso Internacional y XI Nacional de Psicología Clínica, Santiago, Junio 2013*. Las comunicaciones se han titulado: “*Intervención en un caso de adicción a la cocaína mediante una adaptación de la Terapia Dialéctico Conductual de Linehan en clínica privada*” y “*El proceso terapéutico de cambio en la adicción a la cocaína*”. (Rodríguez-Cano, R.A. et al., en prensa).

## **ESTUDIO N°1**

### **INTERVENCIÓN EN UN CASO DE ADICCIÓN A LA COCAÍNA MEDIANTE UNA ADAPTACIÓN DE LA TERAPIA DIALÉCTICO CONDUCTUAL DE LINEHAN EN CLÍNICA PRIVADA**

#### **RESUMEN**

La cocaína es la segunda droga ilegal más consumida a nivel mundial. En España se ha estabilizado su consumo, pero sigue siendo uno de los países a la cabeza en el uso de esta sustancia. Todo ello genera una necesidad asistencial para la adicción a la cocaína.

Los tratamientos al uso para la cocainomanía tienen una larga tradición basada principalmente en modelos de intervención con la heroína o el alcoholismo. A pesar de que los tratamientos conductuales han mostrado ser los más efectivos, aún no está establecida una intervención que aborde la idiosincrasia de los adictos a la cocaína. En especial, el alto número de abandonos y la gran inestabilidad emocional, junto a la comorbilidad con trastornos del Eje I y trastornos de personalidad (límite, antisocial y narcisista principalmente) que presentan estos pacientes, hacen que los tratamientos establecidos hasta la fecha no respondan de una manera integral a las necesidades de estos pacientes.

La Terapia Dialectico Conductual (TDC) de Linehan ofrece la estructura y, a su vez, la flexibilidad necesaria para tratar la cocainomanía, centrándose en aspectos fundamentales del mantenimiento de la adicción (desregulación emocional y una baja tolerancia a la frustración) junto a la potenciación de los principios de la dialéctica que

facilitan la adherencia del paciente al tratamiento.

En el presente estudio se muestran los resultados del tratamiento en un cliente varón de 29 años al que se diagnostica un trastorno por dependencia a la cocaína. La terapia que se utiliza es una variante de TDC complementada con componentes de la Aproximación al Refuerzo comunitario (TRC, Terapia de Refuerzo Comunitario). El progreso del paciente se ha realizado con la evaluación de pruebas como SCL-90, MCMI-III, entre otras. Junto a control de la abstinencia mediante análisis de orina. Se evidencia una reducción en los indicadores de malestar clínico junto a una abstinencia total del consumo de cocaína.

**Palabras clave:** Cocainomanía, tratamiento de adicciones, Terapia Dialectico Conductual, Terapia o Aproximación al Refuerzo Comunitario, abstinencia.

## **INTRODUCCIÓN**

Las referencias bibliográficas se encuentran recogidas en el apartado introductorio del Trabajo Fin de Master expuesto anteriormente.

El objetivo principal del presente estudio es comprobar la eficacia de la intervención terapéutica en un caso de adicción a la cocaína. El programa de tratamiento utilizado se fundamenta en una combinación estructurada de la TDC y TRC para el abordaje de las conductas centrales problemáticas que sustentan el trastorno por dependencia.

## **MÉTODO**

*Participante*



Varón de 29 años. Es el primer tratamiento que inicia por adicción. Vive con sus padres. Es el mayor de 4 hermanos, dos hermanas y un hermano. Nivel socioeconómico es medio-alto.

#### Antecedentes familiares

Separado de una relación anterior hace 10 años. Tiene una hija de 9 años. La relación con la hija ha sido inexistente debido a su adicción. Actualmente mantiene una relación de hace 6 meses con una chica.

#### Antecedentes laborales

Trabaja como agricultor en la tierra de su padre. Se encarga de la gestión de la finca con asistencia por parte de su padre y de su madre.

#### Antecedentes de consumo

La sustancia principal de adicción es la cocaína. Comenzó a consumir la sustancia esporádicamente a los 18 años de edad, aunque desde los 15 empezó a fumar cannabis y salir por la noche de fiesta. A los 19 años comenzó su consumo continuado, semanalmente. El sujeto presenta un patrón de consumo en ambientes lúdicos y de ocio en compañía o solo. Se muestra un policonsumo de otras sustancias como alcohol y tabaco de forma habitual. También ha consumido otras sustancias como Valium, anfetaminas y cannabis (no más de 100 episodios a lo largo de su vida entre las tres sustancias). Debido a su desinhibición conductual, mientras estaba bajo la intoxicación de cocaína presentaba ludopatía (a las tragaperras).

La evaluación multiaxial ofrece el siguiente diagnóstico:

- Eje I: **F14.24 Dependencia de cocaína [304.20] con dependencia fisiológica “motivo de consulta”.**  
**F14.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por cocaína [292.89].**  
**De inicio durante la intoxicación.**
- Eje II: Sin diagnóstico Z03.2 [V71.09] Características de personalidad antisocial.

- Eje III: Ninguno.
- Eje IV: Problemas con el grupo primario de apoyo. Problemas relativos al ambiente social. Problemas laborales. Problemas económicos.
- Eje IV: EEAG= 35 (nivel Pretratamiento).

### *Instrumentos*

#### Entrevista Estructurada de DSM-IV (SCID)

Entrevista estructurada para diagnosticar los trastornos del Eje I según el DSM-IV en su versión española (First, Spitzer, Gibbson, Williams y Smith-Benjamin, 1998).

#### Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III (MCMI-III)

El MCMI-III propuesto por Millon, (1997) y su adaptación española realizada por Cardenal y Sánchez (2007) es un instrumento que permite evaluar a sujetos adultos con con dificultades emocionales e interpersonales. Se compone de 11 escalas básicas, 3 rasgos patológicos, 7 síndromes de gravedad moderada y 3 síndromes de gravedad severa, además de 4 escalas de control de respuesta. Todo ello evaluado mediante 175 ítems.

#### Cuestionario de 90 síntomas (SCL-90-R)

El SCL-90-R se propuso por Derogatis, Lipman, y Cobi, (1973; Derogatis, 1983) -adaptación española por González de Rivera et al. (2002)- como un instrumento autoaplicado para evaluar el malestar percibido por el paciente. Su finalidad principal es comprobar, tanto en muestra general como en población médica y psiquiátrica, las características principales psicopatológicas. Se utiliza también como medida para valorar los cambios sintomáticos debidos al tratamiento. Se compone de 90 ítems distribuidos en 9 escalas clínicas y 3 escalas adicionales.

### Perfil de medida de cocaína (CAP)

El CAP es una entrevista estructurada propuesta por Washton (1995) para evaluar específicamente el patrón del consumo del paciente cocainómano. Presenta 3 áreas principales de preguntas: 1. Uso de la cocaína, 2. Consumo de otras drogas y 3. Tratamiento para el consumo de alcohol y otras drogas.

### Test de severidad de la adicción a la cocaína (CAST)

El CAST es un test que se utiliza para evaluar la severidad de la adicción a la cocaína. Consta de 38 ítems autoadministrados que evalúa diferentes aspectos de la adicción a la cocaína. Nos ayuda de una forma cuantitativa a diferenciar las necesidades del paciente con tres áreas de gravedad de su adicción: a) No precisa tratamiento por la adicción (menos de 10), b) Precisa tratamiento ambulatorio (entre 10 y 30) y c) precisa tratamiento de asistencia hospitalaria (más de 30) (Washton, 1995).

### Análisis de Orina

Para la detección de cocaína se utilizaron bandas de reactivos de orina de Cromakit, de Nal VonMinden. Estos reactivos detectan el consumo de cocaína de los pacientes a través de la orina de forma rápida (5 minutos). Es un test de resultado cuantitativo, describiéndolo en positivo al test y negativo.

### Inventario de Información Clínica

Este inventario se realiza por parte de los profesionales de la clínica para observar desde un punto de vista cualitativo y cuantitativo la consecución de objetivos del tratamiento. Su administración se realiza por parte del clínico preguntando al paciente y observando patrones conductuales superados según criterios de grupo de trabajo entre

los terapeutas.

### *Diseño*

El diseño es de caso único (n=1) en que se proponen 2 momentos de evaluación, pretratamiento y postratamiento (a los 6 meses).

### Tratamiento

El programa de tratamiento presenta duración de un año aunque en el presente artículo se recojan los datos para 6 meses. Se compone del tratamiento estándar propuesto por Linehan (1993a) junto a un complemento de TRC (para potenciar otras habilidades imprescindibles en estos pacientes) de aplicación en ámbito ambulatorio. A continuación se presentan los objetivos y las fases del tratamiento (para un resumen véase tabla 1).

### Temporización y objetivos terapéuticos para la recuperación de adicciones.

El principal objetivo del tratamiento es la abstinencia a todo tipo de sustancia psicoactivas. Por ello la población que se puede beneficiar de este tratamiento es la que presenta niveles de gravedad global de moderados a leves (aprox. EEAG>40). A continuación se presentan los 12 módulos (objetivos) y la temporalización en la que se lleva a cabo.

### -TERAPIA INDIVIDUAL

*Etapa 1. Aceptación, compromiso con el cambio y establecimiento de relación terapéutica con paciente y familia*

Discurre en la primera sesiones (dependiendo del paciente). Se realiza la evaluación, concienciación del paciente y se presenta a algún componente de las terapias de grupo.

En esta etapa se trabajan 2 módulos:

- Sinceridad (componente de la TDC). Se interviene en la aceptación del problema, pérdida de control del mismo en su vida, análisis de las consecuencias del consumo. Que tiene que establecer estrategias diferentes que le ayuden. Aceptación de que no puede tomar decisiones (debe dejarse llevar).
- Comunicación (componente de la TDC). Intervención en el aumento de relación terapéutica y condiciones necesarias para el tratamiento. Se potencia una actitud comunicativa sobre sus pensamientos, sentimientos, necesidades a los largo del proceso terapéutico.

### *Etapa 2. Control de la propia conducta*

La temporización aproximada es del 1º al 9º mes de la siguiente manera:

- Del 1º al 3º Dos sesiones semanales. Se producen dos tipos de sesiones: a) sesión psicológica, en la que se solucionan de problemas asociados y se revisan habilidades explicadas en terapias grupales; b) Sesión de adaptación, se adapta al cambio de vida, prevención de recaídas, coordinación con la familia y se realizan los análisis de orina.
- Del 3er mes al 6º mes. Una sesión semanal. Se alternan quinquenalmente sesiones de psicología y sesiones de adaptación. asistencia a terapia de grupo cada 15 días.

Los módulos tratados en la presente etapa son 4:

- Ambiente (componente de la TDC). El paciente debe conocer y aceptar los principios del condicionamiento clásico que soslayan a la adicción y cómo se configura la situación de riesgo mediante una análisis funcional. Todo ello se fundamenta para justificar la evitación de situaciones asociadas a

consumo de drogas o a deseo de consumo (amistades, alcohol, dinero, lugares específicos, soledad, ...).

- Regular emociones (componente de la TDC). Se trabaja el conocimiento de la secuencia habitual por la cual determinadas emociones negativas provocan que se consuma. Se presentan diferentes formas para poder regular las emociones mediante un análisis de las circunstancias antecedentes y/o creencias asociadas. Se trabaja el mecanismo por el cual lo sujetos deben interpretar y gestionar emociones negativas, frente al patrón de evitación o represión de las mismas por medio de conductas de riesgo o de precipitación del craving.
- Tolerancia a la frustración (componente de la TDC). Se interviene en la concienciación de su vulnerabilidad y la falta de resistencia a las propias emociones displacenteras. Se trabajan habilidad que le ayuda en este sentido.
- Mente realista. (componente de la TDC). Se considera la toma de concienciación de la existencia de creencias contrarias a su proceso de cambio. Por ejemplo: la justificación del consumo de drogas, contradecirse a los cambios suscitados en su vida (autoestima, prejuicios, autoconcepto, trabajo, ocio, adaptación social, el propio tratamiento, etc.). También se trabaja para la adquisición de consciencia de sus propias necesidades para actuar en consecuencia.

### *Etapa 3. Autogestión, compromiso e independencia*

La temporización de la tercera etapa se divide en dos fases:

- 6° al 9° mes. Una sesión semanal. Se alternan quinquenalmente sesiones de psicología y sesiones de adaptación. Asistencia a terapia de grupo cada 15 días.
- 9° al 12° mes. Seguimiento quincenal en terapia individual y asistencia a terapia de grupo cada 15 días.
- 12 meses. Alta terapéutica.

La etapa 3 se compone de 4 módulos fundamentales:

- Convivencia (componente de la TRC). Psicoeducación de la importancia para su tratamiento que tiene una convivencia insatisfactoria se transforme en satisfactoria. Se definen puntos en las tareas de grupo.
- Metas y Valores (componente de la TDC). Comprensión y aceptación del establecimiento de metas y valores en su vida. En este modulo se instiga al paciente a que presente metas fundamentales que le permitan mantenerse en abstinencia.
- Ocio (componente de la TRC). Se interviene para generar actividades de ocio que le gusten y motiven. Se le ofrecen diferentes recursos relacionados con el ocio.
- Amistad (componente de la TRC). Se trabaja en la importancia de reconocer a amigos que no sean consumidores y que cumplan unos criterios propuestos (reciprocidad por el paciente, preocupación desinteresada, aceptación y comprensión por parte de ambos, etc.).
- Adaptación social (componente de la TDC). En este modulo se aprende a desenvolverse y mantener una nueva relación con otras personas no asociadas a consumo de drogas. Aprende a divertirse de otra manera y habilidades sociales perdidas o no aprendidas por la adicción.

- Trabajo. (componente de la TRC). Se plantea realizar un trabajo (también sirve para estudios). Se trabajan aspectos motivaciones referentes al trabajo y cuestiones que configuren el trabajo como protector para el consumo (no relacionarse con compañeros que consumen, que le guste lo que hace, que tenga posibilidad de ascender, que permita la realización de actividades de ocio, amistad y de participación en la convivencia diaria, por horarios, etc.).

#### *Etapa 4. Seguimiento*

En esta etapa, después del alta terapéutica del paciente se procede a un seguimiento. Primero con una sesión mensual, luego bimensual y posteriormente ir espaciándola en el tiempo según las necesidades del mismo.

Durante este periodo, el paciente asiste a la terapia de grupo ocasionalmente (si se observa que necesita apoyo psicoterapéutico en alguno de los objetivos de las 3 etapas anteriores). Se continúan haciendo controles urinarios.

#### **-TERAPIA DE GRUPO**

Las terapias de grupo se realizan cada 15 días durante 12 meses. Tienen una duración de 5 horas. Se descansa 15 minutos con aperitivos. Se dividen en dos partes:

- 1) Psicoeducación inicial de dos módulos psicoeducativos de 30 minutos de duración cada uno (del total de 12). Antes de comenzar con los módulos se repasan y se solucionan posibles dudas respecto a las actividades de la sesión anterior
- 2) Exposición de tabla de progreso y déficit en aprendizaje de habilidades en comparación con demás compañeros. Se sigue con una ronda de intervenciones (sin permitir como norma el establecimiento de



diálogos). Posteriormente interviene cada paciente, describiendo su situación en relación a acontecimiento vital de últimos 15 días. Se permite excepcionalmente el establecimiento de diálogos cuando la situación lo requiere. Y finalmente se genera una valoración y consejo por parte de todo el grupo y compañeros.

### *Procedimiento*

La evaluación se realizó a lo largo de 3 sesiones y se estableció el diagnóstico siguiendo los criterios del DSM-IV-TR. Se completó la evaluación con la información recabada en estas sesiones. A los 6 meses se estableció otra evaluación compuesta por los criterios clínicos relevantes del tratamiento el MCMI-III y el SCL-90-R (este se evaluó también a los 3 meses).

El tratamiento se realizó durante 6 meses (dentro de un programa anual) por dos terapeutas especialistas en la aplicación de la TDC y TRC. Las sesiones individuales tenían la duración de 60-70 min y las de grupo 5 horas.

**Tabla 1. Tratamiento aplicado**

FASES	OBJETIVOS TERAPÉUTICOS
<i><b>Etapa 1</b></i> <i>Aceptación, compromiso con el cambio y establecimiento de relación terapéutica con paciente y familia.</i>	Sinceridad Comunicación
<i><b>Etapa 2.</b></i> <i>Control de la propia conducta.</i>	Ambiente Regulación de las Emociones Tolerancia a la Frustración Mente Realista Convivencia Metas y valores
<i><b>Etapa 3.</b></i> <i>Autogestión, compromiso e independencia (fase no desarrollada).</i>	Ocio Amistad Trabajo Adaptación social
<i><b>Etapa 4.</b></i> <i>Seguimiento y mantenimiento de los objetivos.</i>	Re-evaluación y mantenimiento de todos los objetivos. Seguimiento con controles urinarios

## RESULTADOS

Tras la evaluación del paciente en dos momentos del tratamiento (inicio y 6 meses), se puede observar en la tabla 2 la eliminación de conductas de consumo de cocaína, alcohol y otras sustancias psicoactivas (a los 6 meses). También se suprimen las conductas compulsivas como la ludopatía. Cabe destacar que no se ha producido ninguna recaída en ningún tipo de sustancia psicoactiva (evaluado mediante controles urinarios).

A lo largo de los 6 meses de su tratamiento el sujeto ha reducido su gravedad de adicción (de 35 a 9 según CAST) y ha aumentado la puntuación la escala EEAG (35 a 60). Esto se ha motivado precisamente por el aumento de conductas alternativas al consumo como puede ser la creación de un ocio diferente al consumo y reforzante para el sujeto (medido entre otros mediante: horas de deporte, pertenencia a clubes deportivos, ocio sin consumir, etc.); un mejor apoyo de sistemas primarios sociales como la familia (evaluado por: actividades comunes con la familia, realización de festividades sociales, priorización de los familiares ante otros, etc.) y amigos no consumidores; una mejora en el trabajo (con una mayor asistencia y responsabilidad por sí mismo); y un control de las situaciones precipitantes de consumo (como pueden ser salidas a bares, reunión con antiguos amigos consumidores y la protección de situaciones de alto riesgo por parte de la familia).

**Tabla 2. Medidas de información clínica**

VARIABLES	Línea base	6 meses
Consumo de alcohol (junto a cocaína)	Si	No
Abuso de consumo de cocaína (gr/semana)	1.5-2.5 gr/semana	0
Utilización de máquina tragaperras a la semana	1-2	0
Dinero gastado a la semana en salidas (tragaperras, cocaína, alcohol)	150-300	0
Tiempo máximo sin consumir	3 meses	6 meses
Recaídas en consumo (alcohol, cocaína u otras)	-	0
Gravedad de adicción a cocaína (CAST)	35	9
EEAG	35	60

Reconocimiento del problema de adicción como tal, y de la relación del consumo sobre los diferentes problemas de su vida. (%)	60	100
Reconocimiento de la necesidad de tratamiento para el mantenimiento de la abstinencia. (%)	20	95
Asistencia semanal a lugares asociados al consumo	Si	No
Interacciones con personas consumidoras, (semestralmente)	Todas excepto familia. + de 30	4
Interacciones con personas no consumidoras (sin contar familia)	4	12
Nº de horas semanales con la familia (sin ser trabajo)	0	30
Establecimiento de Objetivos comunes familiares informados por la familia (proyectos en común, viajes, etc.)	0	5
Prioridad a los familiares frente a otros (%) (preferencia de realizar actividades con la familia)	20	80
Compartir problemas/satisfacciones con la familia (nº de interacciones a la semana realizadas por parte del paciente)	0	10
Nº de actividades junto a la familia (no laborales). Actividades como ir de compras, salir de paseo, ayudar en tareas del hogar (cocinar, hacer la cama, tareas de limpieza conjuntas)	3	8
Proyectos o metas	2 (una es consumir)	5
Pertenencia a club deportivo	0	1
Horas de deporte a la semana	0	15
Horas de ocio relacionado con el consumo a la semana (salir a tomar copas, drogarse, etc.).	20	0
Actividades diferentes a no drogarse	0	15
Días de trabajo a la semana	4	6
Días de trabajo independiente (gestión de trabajadores) a la semana	4	6
Diversión sin droga	No	Si
Realización de gestiones administrativas (ir al banco, gestión de los trabajadores, pagar facturas, etc.)	No	Si (con compañía)
Realización de festividades sociales (comer en familia en navidades, asistir a cumpleaños, entierros). informe del paciente (%)	20	70
Conocimiento de número de recursos sociales ofrecidos por la comunidad (clubes deportivos; lugares de ocio como teatros, cine; actividades de enseñanza por cursos de baile, cocina, etc.)	1	10
Nº Amigos consumidores de cocaína	20	0
Nº Amigos no consumidores de cocaína	0	2

En cuanto a la sintomatología clínica percibida por el paciente, se puede observar los resultados mostrados en el SCL-90-R (gráfico 1). Cabe decir que esta evaluación se ha intercalado con una a los 3 meses para un análisis más completo de la sintomatología (debido a la variedad sintomática de las adicciones). Los resultados se han interpretado mediante la baremación centil de la muestra clínica, siguiendo los criterios de observar el IGS (índice global de severidad) por encima del percentil 80 y varias puntuaciones por encima del percentil 90 (Derogatis, 1973). Se destaca una reducción en los 3 índices de malestar global de la prueba total de síntomas positivos (PST), malestar sintomático

positivo (PSDI) y el índice global de severidad (IGS). Una evaluación más exhaustiva de las diferentes sub-escalas se presenta una disminución en sintomatología de sensibilidad interpersonal (mide timidez, vergüenza, sentimientos de inferioridad, etc.), depresiva, ansiosa, hostil y paranoide. A los 6 meses se muestra un incremento de las variables de ansiedad fóbica y hostilidad (esta última inferior a la condición de pretratamiento).

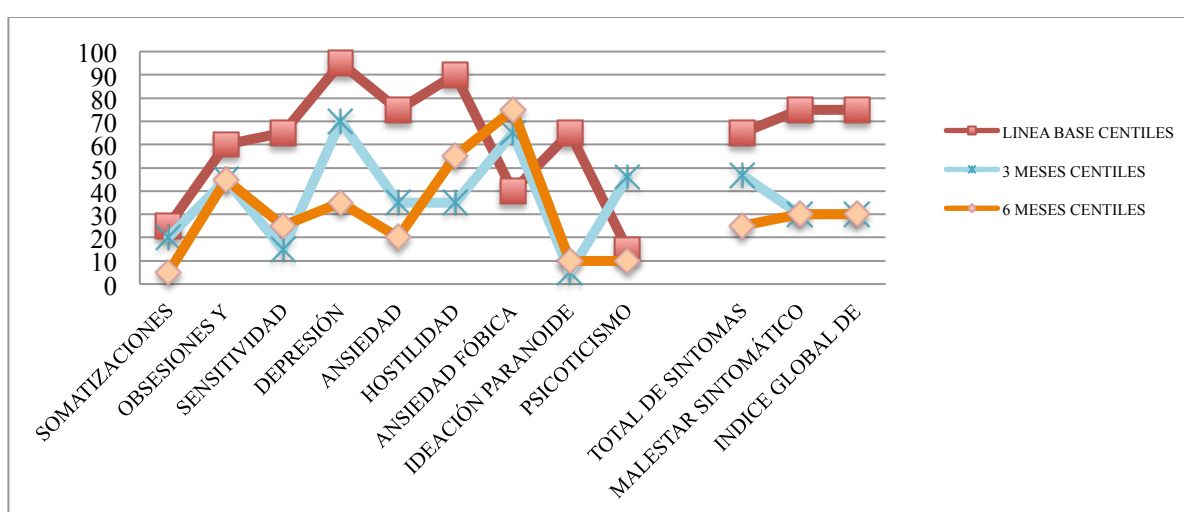


Gráfico 1. Puntuaciones centiles SCL-90-R en tres momentos del tratamiento.

En la medida de autoinforme del MCMI-III se realizó en dos momentos del tratamiento: al inicio y a los 6 meses (véase gráfico 2). El instrumento es interpretable en ambas medidas (validez=0) a pesar de los altos resultados de evaluación en la condición de pretratamiento (motivados por la sintomatología depresiva presentada por el paciente) y los resultados de sinceridad (menores a la puntuación directa 178) (Millon, 1997). A continuación se detallan los resultados clínicos relevantes (puntuaciones PREV mayores que 75):

- En *patrones clínicos de la personalidad relevantes* se observa una puntuación significativa en la escala *antisocial* (ASpre=84, y ASpost=77) y en la escala

dependiente se manifiesta un incremento clínicamente relevante a lo largo del tratamiento (DPpre=68, y DPpost=77).

- Por lo que se refiere la *síndromes clínicos* la escalas con mayor puntuación son dependencia a sustancias y dependencia a alcohol. Ambas se reducen en los 6 meses de tratamiento pero siguen siendo clínicamente relevantes (siendo la variable dependencia a sustancias la más prominente en la sintomatología del sujeto-PREV>85). Analizando la escala de *trastorno distímico*, se observa una disminución de clínicamente relevante (pre=99) a un patrón no relevante (post=61).
- Para finalizar, en cuanto a la escala de *síndromes clínicos graves*, se produce una reducción de la escala de *depresión mayor* desde el inicio del tratamiento (DMpre=79) con respecto a los 6 meses de evolución del mismo (DMpost=19).

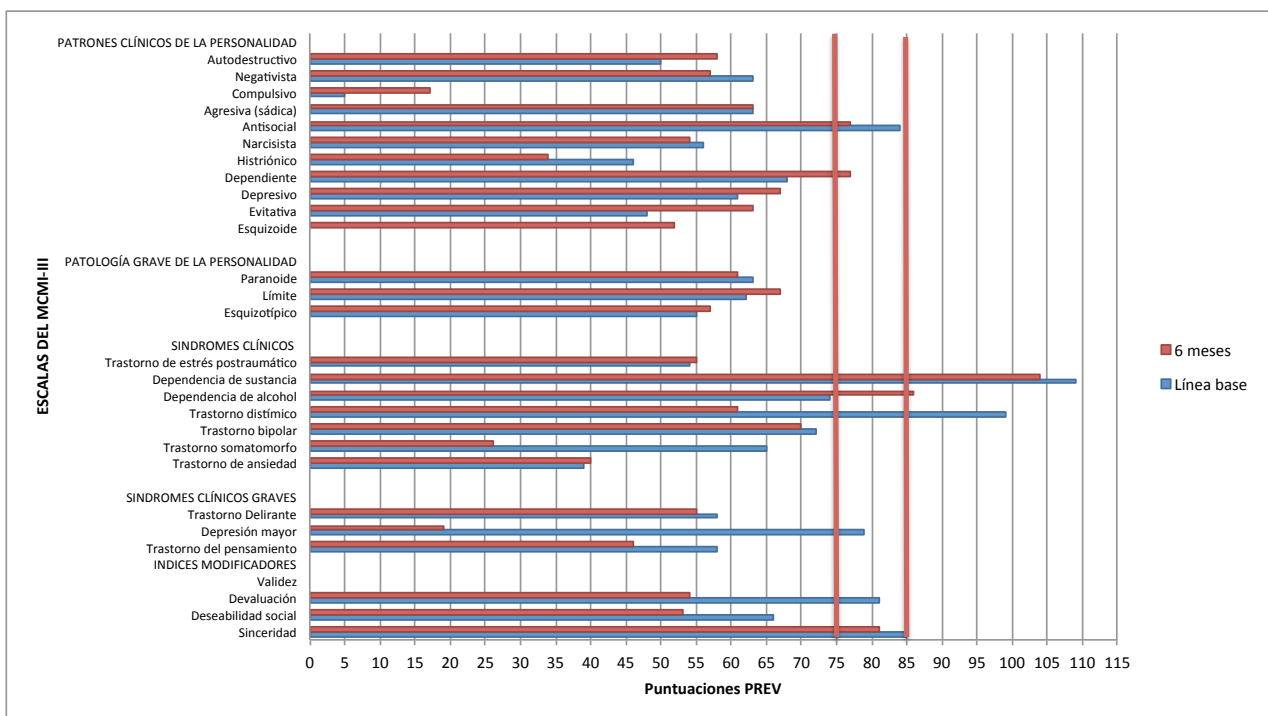


Gráfico 2. Puntuaciones pre y post-tratamiento de MCMI-III.

## DISCUSIÓN

El presente trabajo perseguía como objetivo principal probar la eficacia de un tratamiento combinado (DBT+TRC) en un adulto diagnosticado con dependencia grave a la cocaína con tendencias de personalidad antisocial.

Los resultados del tratamiento han resultado ser satisfactorios en su utilización a los 6 meses. Su diagnóstico del eje I: pasa a ser de **dependencia a la cocaína con remisión total temprana**. El paciente ha controlado su consumo de cocaína sin presentar ninguna recaída de cualquier sustancia psicoactiva. Se ha reducido la gravedad de la adicción y su estado global general. Se presenta una evolución notable en el control de aspectos como hostilidad y un aumento de la habilidad en la tolerancia a la frustración y regulación emocional, principalmente de estados emocionales negativos que sustentaba el patrón evitativo que mantenía los ciclos de consumo-craving (reducción de sintomatología ansioso- depresiva).

A pesar de que las variables de dependencia de sustancias, tanto para la cocaína como el alcohol han mostrado una reducción, aun siguen siendo clínicamente significativas. Estos resultados son los esperados debido a que el paciente sigue presentando dependencia, aunque en un menor grado, (APA, 2002). Además, en la intervención en adicciones el deterioro de diferentes ámbitos de su vida hace que el tratamiento necesite de una intervención exhaustiva para que las habilidades terapéuticas se impregnen toda la vida del paciente.

El único valor donde muestra un incremento después del tratamiento a los 6 meses es en la ansiedad fóbica. El paciente está aprendiendo a regular emociones pero presenta mucha inestabilidad emocional aún. Se puede explicar porque a pesar de tener el *craving* característico de estos pacientes, el sujeto tiene miedo a consumir, a perder todo lo que ha conseguido en 6 meses (bienestar familiar, mejor adaptación social,

descubrimiento de ocio alternativo, etc.). Precisamente el aumento de esta sintomatología puede presentar un mejor pronóstico en características de TP antisocial (Rousanville, Weissman, Wiber y Kleber, 1982). Este es un factor que se debería monitorizar en la 2ª parte del tratamiento.

Debido a la sintomatología común que comparten las adicciones y el TLP (APA, 2000) la potencia se ha evidenciado mediante la utilización del aprendizaje basado en habilidades de regulación emocional y de tolerancia a la frustración (artículos de Linehan), como alternativa a otros tratamientos que no se han mostrado eficaces (meter referencias). Estas habilidades junto a las propuestas por el TRC (amistad, ocio, trabajo y adaptación social) propician que la persona no consuma y vaya generando nuevas herramientas que le ayuden a crear lo que Linehan llama una *vida que merezca la pena vivir* (1993a).

En cuanto a la utilización de terapia de grupo, se ha evidenciado la importancia que presentan los grupos de autoayuda basada en la intervención de 12 pasos (como Alcohólicos Anónimos entre otros). La TDC incorpora el grupo desde una perspectiva más terapéutica, propiciando que el apoyo en el grupo potencie y fortalezca el trabajo de habilidades y los objetivos terapéuticos propuestos (aconsejando, recibiendo críticas, por la intervención de los terapeutas y observando a diferentes participantes en diferentes procesos de evolución en su tratamiento) (Linehan et al., 2002).

Una de las limitaciones importantes de este estudio es que el tratamiento no está finalizado y por tanto tendríamos que realizar la posterior evaluación a los 9 y 12 meses (en tratamiento) y 18 (en fase de seguimiento). Otra podría ser utilizar sistemas de evaluación para observar conductas pre y post en los diferentes objetivos del tratamiento.

Las conclusiones y los resultados expuestos son de un solo caso, por lo que para posteriores investigaciones se recomienda que se realicen ensayo clínicos controlados para poder establecer la eficacia de la combinación de los diferentes objetivos de la terapia. También sería interesante que se estudiara el proceso de cambio del paciente durante los diferentes objetivos terapéutico para poder concretar más en la consecución de los mismos.



## **ESTUDIO N°2**

### **EL PROCESO TERAPÉUTICO DE CAMBIO EN LA ADICCIÓN A LA COCAÍNA**

#### **RESUMEN**

Los estudios de resultado en Psicología no tienen la suficiente repercusión que sí tienen en otros ámbitos de las ciencias de la salud. La terminología utilizada (diferente según las escuelas psicológicas) junto al uso incorrecto como excluyentes/confirmadores de estas teorías en sí mismos, hace que los estudios de caso sean rechazados en gran medida por los propios psicólogos. Esto hace que perdamos la gran validez interna y ecológica que presenta este tipo de metodología.

Se ha estudiado ampliamente que la intervención psicológica realizada por cualquier psicoterapeuta motiva un cambio en alguna medida en los sujetos. Desde hace dos décadas, el grupo de Krause y colaboradores (entre otros) están intentando ofrecer un sistema común de evaluación útil para todas las escuelas psicoterapéuticas. Este se fundamenta en la evaluación de momentos y estados que surgen en todos los pacientes en la resolución de cualquier problema psicológico. Recoge lo que el paciente experimenta en el proceso terapéutico más que una determinación psicométrica de su comportamiento.

En el presente estudio se muestran los resultados de la evaluación del proceso de cambio terapéutico en un cliente de 29 años con adicción a la cocaína. Este se ha llevado a cabo por un grupo de terapeutas especializados (3) en la aplicación de la Terapia Dialectico Conductual (TDC) y en el tratamiento de adicciones. Todos han sido entrenados en la evaluación de indicadores de cambio. La metodología utilizada es cualitativa y confirmatoria que consta de los siguientes pasos: grabación de sesiones

mediante audio, observación de las grabaciones por parte de los terapeutas, acuerdo intersubjetivo de los tres terapeutas y análisis de transcripción de los momentos para determinar el contenido del cambio.

**Palabras clave:** Tratamiento de la adicción, cocainomanía, proceso terapéutico de cambio, Terapia Dialectico Conductual.

## INTRODUCCIÓN

El desarrollo de la psicoterapia ha evolucionado enormemente desde hace medio siglo desde que se empezase a cuestionar la efectividad del psicoanálisis (Eysenck, 1952) y sus debates posteriores (Strupp 1963; Strupp 1964 y Eysenck, 1964). Esto ha generado que la psicoterapia avance mejorando la rigurosidad de su investigación (Wampol, 2013). Pero también, ha propiciado que lo largo de la historia de la psicología las diferentes escuelas teóricas se hayan centrado en la resolución de debates epistemológicos más que de la ayuda al sujeto en cuestión, perdiendo en ocasiones el objetivo de la ayuda terapéutica.

La psicología en la actualidad continúa en desarrollo, prueba de ello es la aparición de las terapias de tercera generación o *3ª Ola* (Hayes, 2004). De forma general, se ha mostrado que la psicoterapia tiene un efecto positivo en una gran cantidad de problemas en salud mental (Lambert y Barley, 2013), siendo más efectiva incluso que muchos tratamientos médicos “basados en la evidencia” (Wampold, 2007). Por su parte, en la comparación entre terapias, se ha mostrado que las psicoterapias no difieren en su eficacia y en la eficiencia (Luborsky, Singer y Luborsky, 1975), además de que las personas que reciben terapia psicológica cambian en algún aspecto (Smith, Glass, y Miller, 1980).

Ante esta situación, se plantean nuevos enigmas a resolver como el qué influye en la evolución de las personas cuando están en psicoterapia y qué partes de dicha terapia son las que influyen en esa evolución. A partir de esta tesis se evidenció que la ayuda psicológica parecía tener un efecto parecido en todas terapias, lo que Meyer (1990) llamó la *paradoja de la equivalencia*, creando así los efectos comunes de las psicoterapias. Los principales son, a saber: a) alianza terapéutica, b) estructuración de la situación terapéutica, c) la explicación de la sintomatología y un procedimiento para explicarlo, d) un ritual de interacción que requiere la participación del terapeuta y el paciente y e) el potencial de autoayuda del paciente (Frank y Frank, 1991; Krause, 2005; Tallman y Bohart, 1999-entre otros).

Todo ello ha evidenciado que la metodología que se utiliza para evaluar los tratamientos cuanto menos es incompleta ya que, no recoge los procesos de evolución y ayuda del paciente, centrándose solamente en la búsqueda de axiomas entre la relación de trastornos y técnicas psicoterapéuticas (donde la persona tiene poco que ver) (Pérez-Álvarez, Fernández, Fernández y Amigo, 2003). Por lo tanto se hace necesaria una nueva forma de evaluar y diagnosticar, que relacione con mayor congruencia la idiosincrasia de los sujetos con la psicoterapia en la que se encuentran inmersos.

Debido a lo anterior, los diferentes estudios para este fin se fundamentan en tres aspectos relevantes de evaluación a tener en cuenta: a) los factores de cambio inespecíficos (los que son comunes a todas las intervenciones), b) el estudio del proceso de cambio terapéutico (qué sucede en la intervención y qué factores son los que cambian en el sujeto) y c) el estudio relacional de tipo de tratamiento con tipo de problema (Krause y Dagnino, 2006). Se manifiesta además que la necesidad de la utilización de una metodología cuantitativa que flexibilice los procesos internos del

paciente.

Las adicciones son unos de los problemas de gran importancia en nuestra sociedad. La adicción a la cocaína presenta unas características especiales que genera una difícil intervención con este tipo de pacientes (consecuencias neuroanatómicas, patología dual, entre otras). Esto ha propiciado que no se haya encontrado ningún tratamiento de primera elección para esta adicción (San Molina y Arranz, 2001; Solé Puig, 2001; van den Brink y Van Ree, 2003). En la línea con lo anteriormente desarrollado, se hace necesaria una investigación que se focalice en los procesos de cambio, para observar qué sucesos suceden en el paciente y así poder definir mejor la intervención con este tipo de pacientes.

El modelo transteórico de Prochaska y Diclemente (1984; 1982; Prochaska, Diclemente y Noncross, 1992) se presenta como un modelo dinámico del cambio en las conductas adictivas (Tejero y Trullols, 1994). Presenta 5 estadios de cambio (el cuándo cambiar), 9 procesos (el cómo cambiar) y 5 niveles (el qué se cambia). Este planteamiento surge de la ineficacia de los tratamientos para la adicción, sentando las bases del proceso de cambio que se produce en la adicciones. Sin embargo, presenta limitaciones que no propician la intervención con algunos pacientes, a saber: es meramente descriptivo (se centra en los aspectos fundamentales del cambio pero no define con exactitud lo que cambia) y no explica porque algunos adictos no cambian o cambian muy poco. Por ello necesita de una mayor investigación en este campo.

Una propuesta interesante para evaluar el cambio producido por la psicoterapia es el propuesto por Krause y su equipo. Mediante la combinación de una metodología cuantitativa y cualitativa han realizado diversos estudios de cómo cambia el paciente (Altimir et al., 2010; Krause, 2005; Krause y Dagnino, 2006; Krause et al., 2007; Valdés, Tomicic, Pérez y Krause, 2010). Se basan fundamentalmente en los cambios

subjetivos evidenciados por el sujeto a nivel verbal con el apoyo de la conducta no verbal. Han encontrado que el proceso se presenta como una evolución en etapas en la que el participante va generando nuevos modos de interpretación y representación, incorporándolo a la teoría de trabajo del terapeuta y que, posteriormente, se transfieren a una cognición superior subjetiva, que explica el nuevo entorno configurado después de la superación del problema (Krause, 2005; Krause y Dagnino, 2006).

Una de las limitaciones de los estudios realizados en el proceso de cambio es su tendencia marcada al eclecticismo (que rechaza la utilización por parte de algunos terapeutas). Otra es que la simple comparación entre las diversas terapias, dejando de lado los objetivos específicos que el paciente tiene que seguir y evolucionar para superar el problema por el que acude a consulta. Estos datos, han manifestado que el proceso evoluciona en diferentes terapias y modalidades, pero no se ha probado con casuísticas más complejas como las adicciones o los trastornos de personalidad, en los que una descripción sin objetivos de la terapia no ayuda a clínicos a saber qué elementos cambian y en qué momento temporal lo hacen.

Por tanto, el objetivo del presente artículo es estudiar el proceso de cambio en la adicción a la cocaína, basado en la consecución de los objetivos terapéuticos de una terapia para las adicciones (compuesta de componentes de la Terapia dialéctico conductual -TDC; Linehan, 1993- y una aproximación del refuerzo comunitario -TRC; Hunt y Azrin, 1973-).

## **METODOLOGÍA**

### *Diseño metodológico general*

En el presente estudio se realizó una metodología cualitativa, confirmatoria, fundamentada en el análisis de sesiones recogidas mediante grabación de voz.

Posteriormente se realizó la transcripción de las grabaciones en audio. Se incrementó el rigor metodológico mediante acuerdo intersubjetivo de terapeutas (3 terapeutas) con formación en la evaluación en los estadios de cambio.

#### *Muestra*

La evaluación se realizó con un sujeto varón de 29 años con diagnóstico según DSM: **F14.24 Dependencia de cocaína [304.20] con dependencia fisiológica** (para la descripción del diagnóstico multiaxial véase el estudio anterior).

El paciente vive con sus padres. Es el mayor de 4 hermanos, dos hermanas y un hermano. El nivel socioeconómico que presenta es medio-alto. Es divorciado, con pareja al inicio del tratamiento. Tiene una hija de 9 años que vive con su madre (antigua pareja del sujeto).

En este momento se encuentra dentro de un programa de tratamiento que combina durante un año la Terapia Dialectico Conductual de Linehan y la Aproximación al Refuerzo Comunitario (para resumen véase tabla 1). La duración del tratamiento es anual (dependiendo de las necesidades del paciente) pero los resultados que se presentan son los 7 meses de la intervención. El tratamiento se compone de sesiones individuales y grupales (para una descripción más exhaustiva del tratamiento véase el estudio anterior).

---

#### **Tabla 1. Tratamiento aplicado**

---

FASES	OBJETIVOS TERAPÉUTICOS
<b><i>Etapa 1</i></b> <i>Aceptación, compromiso con el cambio y establecimiento de relación terapéutica con paciente y familia.</i>	Sinceridad Comunicación
<b><i>Etapa 2.</i></b> <i>Control de la propia conducta.</i>	Ambiente Regulación de las Emociones Tolerancia a la Frustración Mente Realista Convivencia Metas y valores
<b><i>Etapa 3.</i></b> <i>Autogestión, compromiso e independencia (fase no desarrollada).</i>	Ocio Amistad Trabajo Adaptación social
<b><i>Etapa 4.</i></b> <i>Seguimiento y mantenimiento de los objetivos.</i>	Re-evaluación y mantenimiento de todos los objetivos. Seguimiento con controles urinarios

### *Procedimiento*

Desde octubre de 2012 a abril de 2013 se realiza la evaluación de los momentos de cambio promovidos por parte del sujeto. La recolección y registro de los datos se realiza mediante dos procedimientos diferentes: a) mediante observación directa por parte del terapeuta en la propia sesión (anotando en una ficha específica el momento de cambio) y b) a través de grabación de audio y posterior transcripción de las terapias completas.

Se realizó un registro de un total de 67 sesiones de las cuales (10 son de grupo y 57 son individuales).

### *Instrumento de análisis*

Se utilizó para el presente estudio la propuesta de Krause y Dagnino (2006). Los autores proponen una lista de indicadores basados en antecedentes empíricos relativos al cambio subjetivo del paciente. Se presentan 19 indicadores en orden jerárquico (cambios en periodos más iniciales a más avanzados), estos son:

1. Aceptación de la existencia de un problema.
2. Aceptación de los propios límites y reconocimiento de la necesidad de ayuda.
3. Aceptación del terapeuta como un profesional competente.
4. Expresión de esperanza (“remoralización” o expectativa de ser ayudado o de superar los problemas).
5. Descongelamiento (o cuestionamiento) de formas de entendimiento, comportamientos y emociones habituales (“fisura”). Puede implicar reconocimiento de problemas antes no vistos, autocrítica y/o redefinición de expectativas y metas terapéuticas.
6. Expresión de la necesidad de cambio.
7. Reconocimiento de la propia participación en los “problemas”.
8. Descubrimiento de nuevos aspectos de sí mismo.
9. Manifestación de un comportamiento o de una emoción nuevos.
10. Aparición de sentimientos de competencia.
11. Establecimiento de nuevas conexiones entre:
  - Aspectos propios (creencias, conductas, emociones, etc.).
  - Aspectos propios y del entorno (personas o sucesos).
  - Aspectos propios y elementos biográficos.
12. Reconceptualización de los propios problemas y/o síntomas.
13. Transformación de valoraciones y emociones en relación a sí mismo u otros.
14. Formación de constructos subjetivos respecto de sí mismo a través de la interconexión de aspectos personales y del entorno, incluyendo problemas y síntomas.
15. Enraizamiento de los constructos subjetivos en la propia biografía.
16. Autonomía en cuanto al manejo propio del contexto de significado psicológico.
17. Reconocimiento de la ayuda recibida.
18. Disminución de la asimetría entre paciente y terapeuta.

Se generó una hoja de respuesta para que el terapeuta pudiera registrar de manera cómoda en la sesión con la lista de los 19 indicadores junto a un espacio para registrar la conducta verbalizada.

### *Análisis de Datos*

El acuerdo entre expertos se realizaba en una sesión de 3 horas a la semana que se desarrollaba de la siguiente manera: 1) Lectura de la sesión previamente transcrita (por



uno de los terapeutas), 2) Exposición en común los cambios registrados por los terapeutas en sus sesiones (cada uno a nivel individual y todos de la terapia grupal), 3) Se realizaba el acuerdo intersubjetivo de los indicadores genéricos y 4) Finalmente se registraban el número de sesión, la tipología (individual/grupo), el terapeuta, el objetivo terapéutico principal tratado, el momento de cambio producido y el número de la lista de indicador de cambio.

Los criterios de selección de los momentos de cambio fueron parecidos a los utilizados por Krause y Dagnino (2006). Concretamente se utilizaron la *correspondencia teórica* (se refiere a los contenidos del cambio deben corresponder a los indicadores), la *verificabilidad* (el cambio debe observarse en sesión), la *consistencia* (el cambio es expresado verbalmente y con la conducta no verbal- en el estudio además de comprobarlo en sesión se correlacionó con los objetivos del tratamiento citado). Sin embargo, no se utilizó el criterio de *novedad* (el fenómeno debe de manifestarse por primera vez) por dos motivos: a) las grandes fluctuaciones que se manifiestan en las adicciones y b) la diversidad de objetivos a evaluar. Cabe mencionar que los cambios se seleccionaron haciendo distinción entre los producidos intra-sesión o extra sesión.

## **RESULTADOS**

Los resultados se presentan mediante dos formatos diferentes. En primer lugar, se recogen ejemplos de las verbalizaciones que corresponden a los diferentes indicadores de los estados de cambio. En segundo lugar se representan los momentos de cambio según los objetivos terapéuticos del tratamiento descrito (a nivel individual y grupal).

Con la finalidad de potenciar los resultados de los episodios de cambio, y después de realizar un análisis exploratorio de los datos, se procedió a la unificación de las

variables intra y extra sesión. Este cambio no afecta a los resultados, ya que el objetivo principal se fundamenta en la evaluación mediante habilidades terapéuticas del tratamiento, más que de dónde procede el cambio.

#### *Ejemplos de momento de cambio e indicadores*

Los ejemplos de momento de cambio según los objetivos terapéuticos se han analizado realizando una correspondencia teórica entre la dimensión del objetivo (el grado de consecución del objetivo) y la jerarquía de los indicadores de cambio.

La terapia utilizada se fundamenta en la línea de las terapias de tercera generación, trabajando en el contexto del paciente, en este caso mediante su conducta verbal. Es importante tener en cuenta esto ya que, la manifestación de los episodios de cambio se relaciona con la evolución del propio paciente (más que del objetivo que se pretende trabajar con él), por lo que puede manifestarse más de un episodio de cambio en una sesión respecto a los 12 objetivos fundamentales del tratamiento. En otras palabras, por ejemplo, el sujeto puede estar manifestando una evolución en *sinceridad* y la *aceptación* de su problemática, pero además puede manifestar un avance en la *regulación de las emociones* (en adelante, RE), independientemente de que en esa sesión se esté trabajando el objetivo terapéutico principal de sinceridad.

En la siguiente tabla, se recoge el cambio manifestado de los objetivos terapéuticos, la conducta verbal de evolución del paciente y el indicador de cambio jerárquico de algunos episodios de cambio. Mediante estos ejemplos se pueden observar los diferentes cambios subjetivos del sujeto en los objetivos del tratamiento (exceptuando la 3ª fase del mismo).

Tabla 2. Ejemplos de momentos de cambio e indicadores según objetivos terapéuticos

OBJETIVO	CONDUCTA VERBAL	INDICADOR DE CAMBIO
<b>Sinceridad</b>	- Tengo un problema con la coca, sino yo no estaría aquí.	1
	- Por cualquier cosa salto, soy muy cabezón no aguanto que me digan nada.	2
<b>Comunicación</b>	- Ahora estoy comunicando más, por ejemplo, el otro día me dio un reflejo y se lo conté a mi madre. Yo antes no comentaba nada.	5
	- La comunicación hace varias cosas, una de ellas es expresar la esperanza (le dije a uno que viene conmigo al gimnasio que tenía este problema y que estaba viniendo a los psicólogos para que me ayudase a superarlo).	4
<b>Ambiente</b>	- No se porque pienso así con ganas de drogarme constantemente.	2
	- El sábado iba conduciendo y me dio un reflejo. Me controlé porque iba Rebeca (su pareja) y le dije que tenía un montón de ganas de meterme, esto me tranquilizó, pero si llego a ir solo me meto seguro.	2
<b>Regulación de las Emociones</b>	- Discuto, no quiero discutir, me siento mal y me acuerdo de la coca.	2
	- Después de hacer cosas este fin de semana me encuentro bastante mejor, con ganas de hacer más cosas.	10
<b>Tolerancia a la Frustración</b>	- La noche buena lo pasé fatal, la gente en mi casa no bebió alcohol, pero yo me recordaba de otras noches que a las 10 estaba puesto ya. Y después iba a mi pub y me ponía asta el culo. Pienso que no lo voy a conseguir por mi mismo.	2
	- Se que lo he hecho mal anteriormente, pero ella no me perdona, cada vez estoy más irritable y desganado.	7
<b>Mente Realista</b>	- Cuando se falla en un punto se falla en todos. He tenido un reflejo al sentirme bien.	11
	- Tengo que plantearme bien el fin de semana, porque sino todo los puntos se rompen y eso no está bien.	12
<b>Convivencia</b>	- Me he ido a mi casa con rebeca, nos va bien, hacemos cosas juntos que yo antes no hacía.	4
	- Como me dijiste he estado en la nieve con mi hija y mis hermanos.	3
<b>Metas y valores</b>	- Me he tirado 10 años sin hacer nada solo drogándome, sin metas ninguna, bueno solo drogándome.	7
	- Yo antes no era malo todo ha sido por la droga, todo iba bajo la droga.	11
<b>Amistad</b>	- Todos eran amigos tóxicos, bueno en realidad no son amigos.	11
<b>Adaptación Social</b>	- Los últimos 3 años tenía amigos con los que solo me drogaba.	7

*Distribución de los indicadores de cambio en función de las etapas del modelo terapéutico*

En el presente apartado se representan los indicadores de cambio según la terapia individual y la terapia de grupo. Por lo que se refiere a la individual, se muestran los indicadores dentro de los objetivos del tratamiento, representado según las etapas del tratamiento. Este criterio se ha establecido debido a la temporalidad/jerarquía del

tratamiento. En cuanto a los momentos en la terapia de grupo, se recogen los momentos manifestados en las 10 sesiones.

### Resultados de terapias individuales

Los episodios de cambio totales en la terapia individual (véase gráfico 1). Se observa la descripción de los diferentes momentos de cambio según objetivos terapéuticos propuestos para la adicción a la cocaína. En un primer análisis se evidencia la gran variabilidad de indicadores de cambio de los objetivos terapéuticos a lo largo. Se denota una manifestación del avance en los objetivos de la 1ª etapa (sinceridad y comunicación) y de la 2ª etapa (ambiente, regulación de las emociones, tolerancia a la frustración, mente realista, metas y valores, convivencia) etapas del tratamiento. En cambio, en la 3ª etapa (amistad, ocio, adaptación social y trabajo) se muestra muy poca manifestación de evolución debido a que estos objetivos están en la última fase del tratamiento (y el sujeto no se encuentra en ella aún).

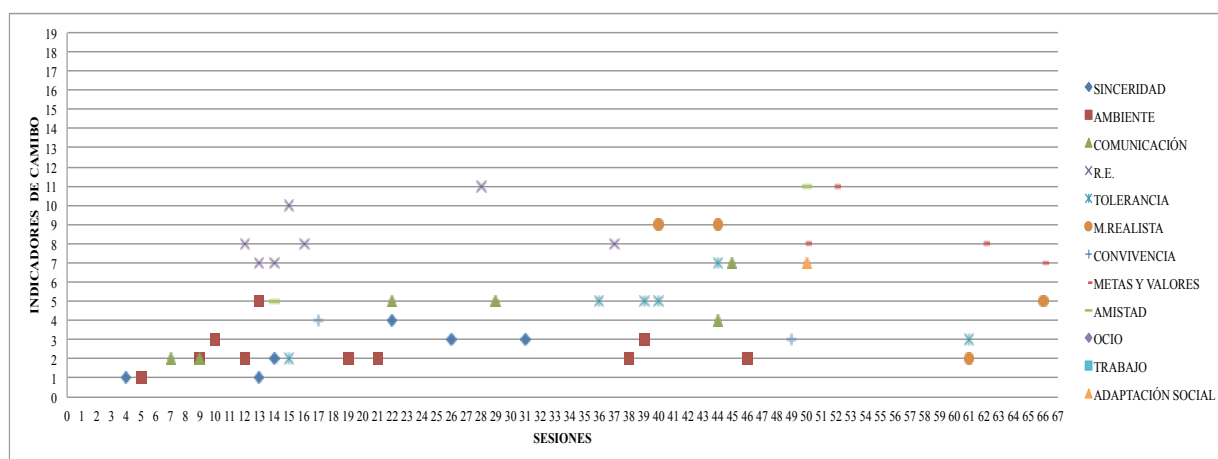


Gráfico 1. Indicadores de cambio totales según objetivos terapéuticos en terapia individual.

Una de las mayores dificultades en la intervención con pacientes adictos es la inestabilidad emocional y el déficit en diversas áreas de su vida. Si observamos el gráfico 1 se justifica la no utilización del criterio de novedad, ya que el paciente va realizando ciclos temporales de evolución determinados por su adicción, en este caso a la cocaína. Por ejemplo, se puede observar una gran desarrollo en el objetivo de *RE* en las sesiones de 10 a 28 (*“Mi pareja está mal y no se da cuenta. Ella está como yo estaba antes cuando estaba enganchado a la coca”*) y un posterior decrecimiento en la sesión 37 (*“Aún me acuerdo de ella, pero ya no tanto”*). Precisamente en ese periodo, el sujeto rompió con su relación que junto a su adicción hizo que se desestabilizara aún más la consecución del objetivo. Si se hubiese estancado en el registro de *RE* en el punto más alto -sesión 28-, no sería del todo correcto, ya que la fluctuación presentada hace que ese objetivo no se encuentre maduro/superado y por tanto que no sea observable para el clínico.

A continuación se muestra un análisis más pormenorizado de las etapas del tratamiento. Solamente se representan los episodios en la etapa 1 (gráfico 2) y en la etapa 2 (gráfico 3). La etapa 3 no se representa debido a que no se han sucedido episodios de cambio en esos objetivos porque aun no se ha intervenido en ellos.

En el gráfico 2 se recogen los indicadores de cambio de las sesiones individuales. Se puede observar una evolución helicoidal de las manifestaciones del paciente en los dos objetivos, con una tendencia a evolucionar en sesiones más avanzadas. El primer objetivo sinceridad se comienza a evidenciar en la sesión 4 y termina de evidenciarse en la sesión 30. La comunicación en cambio comienza en la sesión 7 y termina en la 46. Se observa como la comunicación comienza a desarrollarse en el paciente más tarde que la sinceridad, pero termina alcanzando una mayor duración en la manifestación y un mayor nivel jerárquico en los indicadores.

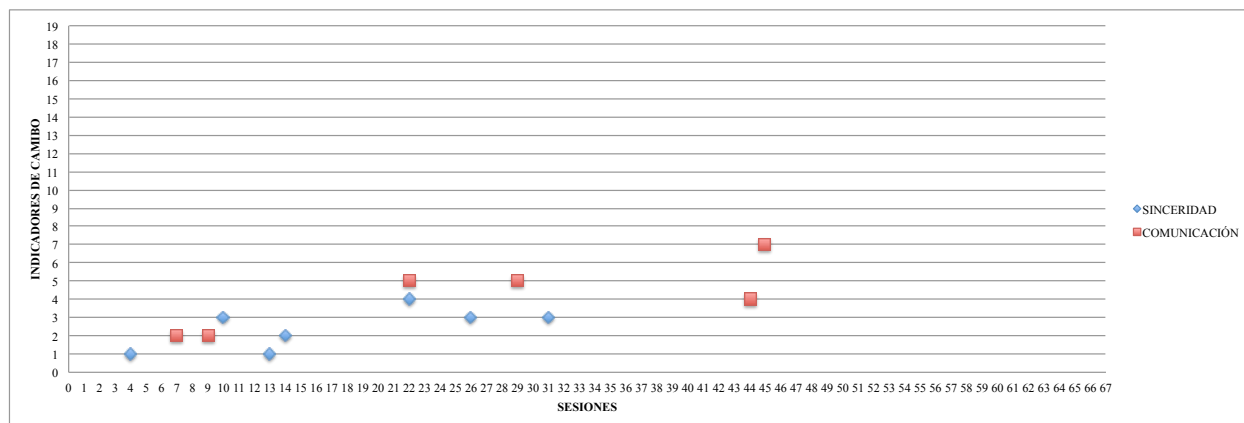


Gráfico 2. Indicadores de cambio en la Etapa 1: Aceptación y compromiso en terapia individual.

Los indicadores de la etapa 2 del tratamiento individual se recogen en gráfico 3. En el proceso del control de la propia conducta se manifiestan tres periodos de cambio fundamentales.

- El primer periodo de cambio se observa de la sesión 4 a la sesión 22. El sujeto utiliza en el primer momento para controlar la conducta de consumo e impulsividad el la manifestación y el avance en *ambiente y regulación de emociones* (este último con un mayor nivel en la jerarquía de indicadores de cambio).
- El segundo es un periodo de estancamiento terapéutico (se considera así porque no se manifiesta ningún avance en ningún objetivo). A nivel de entorno, como se ha comentado más arriba, el precipitante de este estancamiento fue un problema de pareja que finalizó en ruptura (aproximadamente de la sesión 22 a 36). Se manifiesta aquí un episodio de *RE*, mediante la cual el paciente amortigua su sufriendo tanto por no estar con su pareja y por no regularlo consumiendo. Este es un momento de riesgo en la terapia, ya que le sujeto comienza a frecuentar lugares (como un pub a tomar café) y a coincidir a

familiares que consumen cocaína, siendo estos dos predisponentes de su consumo.

- El tercer periodo recoge cómo el paciente “comienza de nuevo” a evolucionar en ambiente (desde indicadores tempranos) sin evolucionar más allá del episodio 3. A pesar de la dificultad de este sujeto con la evolución en *ambiente*, se denota el desarrollo de dos objetivos que ayudan a que se enrole en el tratamiento como son *mente realista* (ayudando a la comprensión del tratamiento y a la necesidad de continuar con los demás objetivos) y *tolerancia a la frustración* (aprendiendo a vivir con el sufrimiento de no estar con ella y no consumir). En la manifestación de este último periodo se manifiesta un decrecimiento de los dos objetivos a favor del objetivo *metas y valores*. Aunque en un nivel todavía no muy maduro en la escala de indicadores el paciente mejora en la reevaluación de la concepción de su vida respecto al no estar con la pareja, ni con la droga.

Para finalizar, cabe decir que el objetivo que produce una menor manifestación por parte del sujeto es la convivencia. En realidad la convivencia ha mejorado en el paciente respecto a su familia, pero el hecho de volver a su casa después de vivir con su pareja no ha generado que manifieste verbalmente aspectos significativos en su desarrollo a lo largo de la terapia. De igual modo, *convivencia*, no ha sido un objetivo deficitario central en el paciente.

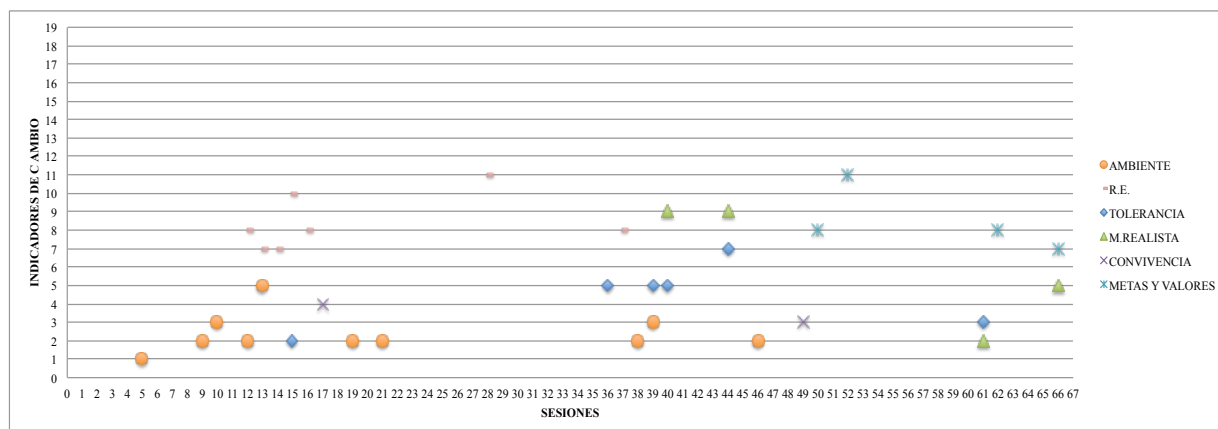


Gráfico 3. Indicadores de cambio en la Etapa 2: Control de la propia conducta en terapia individual.

Finalmente, a continuación se presentan los indicadores de cambio en la terapia grupal (realizada cada 2 semanas). El paciente entró en el grupo después de la sesión individual 9. De las 10 sesiones que el paciente ha asistido al grupo se ha manifestado un cambio en 7 de ellas. Observando más exhaustivamente los datos, se muestra un incremento relevante en *tolerancia a la frustración* (con el mismo desarrollo en las sesiones individuales). Por otro lado, es importante la evolución del objetivo *mente realista* que presenta una evolución superior a la de las terapias individuales (llegando a alcanzar un indicador de cambio de 12. Esto se puede deber a que en el grupo, al ser un grupo abierto, las interacciones se comparten con participantes de mayor antigüedad en el grupo y una mejor evolución en la superación de la adicción, lo que suscita un mayor cambio en el paciente que a nivel individual.



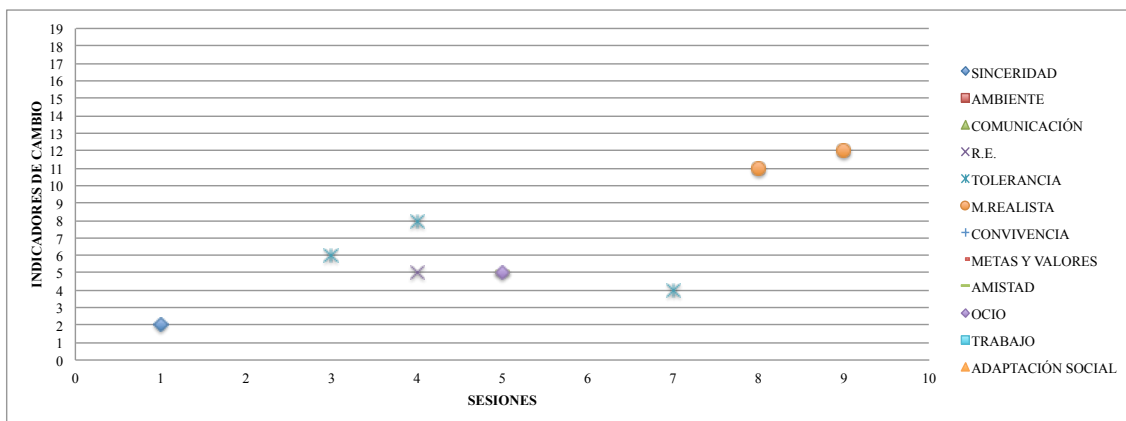


Gráfico 4. Indicadores de cambio según objetivos terapéuticos en la terapia grupal.

## DISCUSIÓN

En la presente investigación cualitativa se ha recogido el proceso de cambio con sus indicadores para un caso de adicción a la cocaína. La distribución de los resultados se muestra a través de los objetivos terapéuticos del tratamiento propuesto (TDC+TRC). Estos aspectos han sido ampliamente estudiados mostrando su eficacia en el tratamiento de las adicciones (Lineham et al., 1999; 2002; Van Van den Bosch, Verheul, Schippers, Van den Brink, 2002; Secades-Villa, García-Rodríguez, Álvarez, Río, Fernández-Hermida y Carballo, 2007; García-Rodríguez, Secades-Villa, García-Fernández, Sánchez-Hervás y Zacarés-Romaguera, 2009).

Mediante la evaluación del proceso de cambio, lo que se ha pretendido es observar cómo los factores comunes o inespecíficos se desarrollan a través de los 12 objetivos terapéuticos propuestos. En contraposición a investigaciones previas (Krause et al. 2006 y 2007), se muestra una evolución de los momentos de cambio en los objetivos de manera helicoidal (manifestándose grandes fluctuaciones en la jerarquía de los indicadores). Este hecho se debe en parte a 2 motivos principales: la ausencia del criterio de *novedad* y/o a la fluctuación e inestabilidad, en diferentes ámbitos de su vida, que presentan los pacientes con una adicción, en la línea de lo que propone el modelo

transteórico de cambio de Prochaska y Diclemente (1984; 1982; Prochaska, Diclemente y Noncross, 1992). En nuestra opinión, las evidencias tienden más al segundo motivo, ya que un periodo de estancamiento en el tratamiento (como el que ha evidenciado el participante) no solo se puede mostrar como una recaída sino como la no manifestación de los episodios de cambio o una reducción considerable de los mismos. En otras palabras, una reducción en la escala de los indicadores de cambio, muestra una reducción en la consecución de objetivos terapéuticos que pueden generar condiciones idóneas para una posible recaída por parte del paciente.

La evaluación de los resultados en la etapa 1 del tratamiento ha mostrado la importancia en la evolución que tiene la aceptación del problema de adicción y el comienzo de manifestarlo (evaluado mediante *comunicación y sinceridad*). Esto se relaciona con diferentes estudios de evolución del cambio terapéutico en adicciones donde el sujeto se encuentra en estados de contemplación y pasando a la preparación para la acción. La duda que se suscita es que si los objetivos primarios del tratamiento puedan llegar a superarse sin alcanzar niveles superiores en la escala. Estos resultados se deberán de evaluar cuando el sujeto finalice el tratamiento. Se podría decir en primera instancia que los objetivos primarios no van a llegar a niveles de cambio superiores porque la aceptación del problema ayuda a empezar a intervenir pero, una vez que se alcanza el descongelamiento de la no aceptación, incidir tanto por parte del paciente como del terapeuta en este objetivo tiene poca relevancia terapéutica.

Por lo que se refiere a la evolución en la etapa del control de la conducta (etapa 2). Se manifiesta que existen objetivos transversales y necesarios para toda la etapa y posiblemente para todo el tratamiento (*ambiente, RE, tolerancia a la frustración y convivencia*). Estos objetivos parecen tener una importancia relevante en la manifestación en dicho control conductual, lo que hace necesario que el clínico preste

especial atención a ellos. Sin embargo, otros objetivos parecen de una relevancia posterior y de acompañamiento y mantenimiento de los antes citados (como pueden ser *mente realista y metas y valores*). Todo ello habría que evaluarlo al terminar el tratamiento.

Los procesos de cambio son jerárquicos pero en la evaluación mediante objetivos terapéuticos están estrechamente ligados a la temporalización de los objetivos mismos. Se evidencia en que el paciente no ha manifestado ningún cambio en la etapa 3 del tratamiento (autogestión, compromiso e independencia). Otro aspecto importante referente a la jerarquía es que los objetivos que comienzan más avanzados en el proceso terapéutico general (*como mente realista y metas y valores*) se presentan en estadios superiores que objetivos más primarios (como *ambiente, tolerancia a la frustración y RE*). Esto está en consonancia con los resultados en los que los momentos de cambio muestran más nivel jerárquico hacia el final de la terapia (Krause et al., 2006; 2009) donde se internaliza los patrones de interpretación psicológicos, la disminución de asimetría (Krause, 2005).

Por su parte, la terapia de grupo ha mostrado que los indicadores de cambio son superiores y muestran un orden mayor que en las terapias individuales. La explicación a este hecho se podría dar debido a que el sujeto, al encontrarse con otros pacientes con problemáticas parecidas a la suya y con mayor experiencia terapéutica, puede interiorizar psicológicamente de una manera más fluida la adquisición de los objetivos. Estos resultados se obtuvieron de igual medida en por Krause (2006) donde los pacientes más antiguos generan más indicadores de cambio extrasesión.

El presente estudio es una aproximación mediante un resultado de caso a la evaluación de los momentos de cambio en las adicciones. Esta es precisamente es una de las limitaciones más importantes del trabajo (que aun no está completo y no se

compara con otros sujetos). Otra limitación es la metodología utilizada, se recomienda que para ofrecer una mayor potencia en los resultados se acompañen de mediciones cuantitativas de la consecución de los objetivos (como se presenta en el primer estudio).

Este tipo de estudios muestra la evaluación del proceso de cambio y sus resultados terapéuticos desde una perspectiva que aporta bastante información para el terapeuta. Se recomienda que para futuras investigaciones se siga realizando más ensayos clínicos en la adicciones y sus subtipos, además de en otras casuísticas de la psicopatología.

## Capítulo 4

# **CONCLUSIONES GENERALES DEL PROCESO DE PRÁCTICAS**

A lo largo del trabajo expuesto anteriormente se han evidenciado las carencias que las clasificaciones diagnósticas y los tratamientos presentan para la intervención en la cocaínomanía. Se ha propuesto un programa de tratamiento (TDC+TRC) que ha mostrado ser efectivo para la reducción de la sintomatología asociada a este trastorno. Además se ha recogido el proceso de cambio que sucede en la evolución de un paciente a lo largo del tratamiento. La riqueza clínica que aporta esta perspectiva en la investigación de las adicciones puede también transferirse a otros problemas psicológicos. La evolución de la propia psicología clínica va en la línea de evidenciar la consecución de objetivos y cómo el paciente muestra esta misma evolución, en investigaciones posteriores se pretende incrementar esta forma de conocimiento cuantitativo y cualitativo que adecue el tratamiento a la idiosincrasia del paciente.

En otro orden de cosas, este trabajo se ha realizado durante un proceso de prácticas profesionales en los que al igual que el paciente he realizado un proceso de cambio en mi formación como psicoterapeuta. Además de la asistencia a terapias

individuales y grupales con diferentes pacientes con adicciones he realizado intervenciones psicológicas a nivel individual (tabla 1). Estos fenómenos han discurrido bajo la tutorización de los profesionales de psicología Olivencia (Juan José Olivencia Lorenzo y Gregorio Gómez del pulgar).

**Tabla 1. Resumen del trabajo terapéutico realizado en el periodo de prácticas del master.**

Sujeto	Datos	Motivo de consulta	Antecedente del problema	Aspectos trabajados	Número de sesiones	Aspectos de mejora
1	Varón 26 años. Padres separados con una hermana menor de 19 años. Profesión agricultor.	Derivación por parte de terapeutas. Baja adaptación social, déficits en habilidades sociales y inexistencia de amistad.	Adicción al sexo, con especial incidencia en asistencia a clubes, llamadas a líneas eróticas y chat sexuales. Déficits relacionales.	-Habilidades sociales en contextos significativos. ( <i>role playing</i> , moldeamiento y modelado de las situaciones en las que él había tenido problema).	40	Relaciones interpersonales, habilidades sociales y mayor interacción con familia y amigos.
2	Varón 14 años. Vive con sus padres. Tiene un hermano menor de 9. Estudia 3 de ESO.	Derivación por parte de compañeros. Trabajo de aspectos psicoeducativos.	Adicción al cannabis. Conducta de consumo impulsiva. Déficit a nivel escolar, familiar y legal (episodios de hurto menor).	Técnicas de estudio adaptadas a la adicción al cannabis.	12	Asistencia a clase, incremento de resultados académicos, mejor tolerancia a la frustración.
3	11 años. Menor de dos hermanos. Estudia 1º de ESO.	Acoso y fracaso escolar.	Acoso escolar, desadaptación a nivel escolar y familiar laboral.	Psicoeducación del acoso escolar y resolución de problemas en este ámbito. Autoestima y habilidades sociales.	9	Incremento de la autoestima, reducción de ideas autolíticas.
4	Varón 10 años. Una hermana de 5. Padre y madre trabajadores.	Acoso escolar y problemas del sueño.	Acoso escolar. Desmotivación generalizada y pasividad parental.	Estructuración de horarios. Incremento de actividades lúdicas. Intervención en enuresis. Higiene del sueño. Psicoeducación familiar respecto a su hijo.	12	Realización de actividades. Incremento de asistencia al colegio y mejora de autoestima. Reducción de micciones nocturnas.
5	Niña de 6 años. Hermano menor.	Evaluación de capacidad intelectual.	Problemas de comportamiento en el aula.	Evaluación de CI, personalidad, creatividad y aspectos familiares.	5	Emisión de informe.
6	Varón de 39 años. Realiza FP. Vive con sus padres.	Derivación por parte de compañeros. Trabajo de aspectos de técnicas de estudio y orientación laboral.	Politoxicómano en rehabilitación. Consumo desde los 14 años.	Intervención en organización de horarios y apoyo mediante técnicas de estudio. Generación de currículums y solicitud de puesto de trabajo.	7	Terminación del FP con éxito (mejorando resultados). Búsqueda activa de empleo por parte del paciente.
7	Niño 6 años. Hermano de 14. Etnia gitana.	Sintomatología depresiva y problemas escolares.	Abuso sexual por un familiar.	Evaluación del abuso. Resolución de problemas relacionados con el abuso, expresión de sus sentimientos.	6	Mejora a nivel académico. Comunicación de los sucesos de abuso e incremento de actividad anterior (reducción de depresión).
8	Varón 14 años. Vive con sus abuelos y madre. Padres separados.	Fracaso escolar y desmotivación.	Desadaptación en el ambiente familiar.	Técnicas de estudio, estructuración de horarios, explicación de actividades alternativas de ocio, psicoeducación con abuelos.	10	Mejor en el seguimiento de horarios.
9	Varón 29 años. Separado, vive con sus padres.	Derivación por parte de compañeros. Orientación laboral.	Adicción a la cocaína.	Evaluación de intereses adecuándolo a su adicción y trabajo.	2	Matriculación en módulo formativo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Altimir, C., Krause, M., De la Parra, G., Dagnino, P., Tomicic, A., Valdés, N., Pérez, C., Echevari, O. y Vilches, O. (2010). Clients, therapists, and observers agreement on the amount, temporal location, and content of psychotherapeutic change and its relation to outcome. *Psychotherapy Research*, 20(4), 472-487.
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA, 2002). *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4 a ed., Texto Rev.)*. Barcelona: Masson.
- Ball, A., Martino, S., Nich, C., Frankforter, T., Van Horn, D., Crits-Christoph, P., Woody, G., Obert, J.L., Farentinos, C., y Carroll, K. (2007). Site matters: Multisite randomized trial of motivational enhancement therapy in community drug abuse clinics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 556-567.
- Burke, B.L., Arkowitz, H., y Menchola, M. (2003). The efficacy of motivational interviewing: A meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 843-861.
- Burns, L. y Teesson, M. (2002). Alcohol use disorders comorbid with anxiety, depression and drug use disorders: Findings from the Australian national survey of mental health and well being. *Drug and alcohol dependence*, 68, 299-307.
- Bornovalova MA., Lejuez CW., Daughters SB., Zachary Rosenthal M. y Lynch TR.(2005). Impulsivity as a common process across borderline personality and substance use disorders. *Clin Psychol Rev.*, 25,790-812.
- Caballero, L. (2005). *Adicción a cocaína: neurobiología, clínica, diagnóstico y tratamiento*. Madrid: Ministerio de sanidad y consumo centro de publicaciones.
- Caballo, V.E., Gracia, A., López-Gallones, C. y Bautista, R. (2004). *Manual de trastornos de la personalidad: descripción, evaluación y tratamiento*. Madrid: Síntesis.
- Casillas A. y Clark LA. (2002). Dependency, impulsivity and self-harm: traits

- hypothesized to underlie the association between cluster B personality and substance use disorders. *J Pers Disord.*, 16,424-36.
- Carroll, K.M. (1998). *A cognitive-behavioral approach: treating cocaine addiction*. Rockville, MD.: National Institute on Drug Abuse.
- Carroll, K.M. (2001). *Un enfoque cognitivo-conductual. El tratamiento de la adicción a la cocaína*. FAD (Fundación de Ayuda contra la Drogadicción). Barcelona: CITRAN.
- Carroll, K.M., Fenton, L.R., Ball, S.A., Nich, C., Frankforter, T.L., Shi, J., y Rounsaville, B.J. (2004). Efficacy of disulfiram and cognitive- behavioral therapy in cocaine-dependent outpatients: A randomized placebo controlled trial. *Archives of General Psychiatry*, 64, 264-272.
- Carroll KM. (2005). Recent advances in the psychotherapy of addictive disorders. *Curr Psychiatry Rep.* 7(5),329-36.
- Carroll, K.M., Ball, S.A., Nich, C., Martino, S., Frankforter, T.L., Faren- tinos, C., Kunkel, L.E., Mikulich-Gilbertson, S.K., Morgenstern, J., Obert, J.L., Polcin, D., Snead, N., y Woody, G.E. (2006). Motivational interviewing to improve treatment engagement and outcome in individuals seeking treatment for substance abuse: A multisite effectiveness study. *Drug and Alcohol Dependence*, 81, 301-312.
- Courbasson, C., Nishikawa, Y, y Dixon, L. (2012). Outcome of Dialectical Behaviour Therapy for Concurrent Eating and Substance Use Disorders. *Clinical in. Psychol. Psychother.*, 19, 434-449.
- Crist-Christoph, P., Siqueland, L., Blaine, J., Frank, A., Luborsky, L., Onken, L. S., Muenz, L. R, Thase, M. E., Weiss, R. D., Gastfirnd, D. R., Woody, G. E., Barber, J. P., Butler, S. F., Daley, D., Salloum, I., Bishop, S., Najavits, L. M., Lis, J., Mercer, D., Griffin, M. L., Moras, K. y Beck, A. T. (1999). Psychosocial treatments for cocaine dependence. National Institute on Drug Abuse Colloborative Cocaine Treatment Study. *Archives of General Psychiatry*, 56, 493-501.
- Crits-Christoph, P., Siqueland L., McCalmont, E., Weiss, R.D., Gastfriend, D.R., Frank, A., Moras, K., Barber, J.P., Blaine, J., Thase, M.E. (2001). Impact of Psychosocial Treatments on Associated Problems of Cocaine Dependent Patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 825-830.
- Darke, S. y Ross, J. (1997). Polidrug dependence and psychiatric comorbidity among heroin injectors. *Drug and alcohol dependnece*, 48,135-141.
- Derogatis, L.R., Lippmann, RA. y Covi, L. (1973). SCL-90: An outpatient psychiatric



- rating scale-preliminary report. *Psychopharmacological Bulletin*, 9, 13-28.
- Derogatis, L.R. (1983). *SCL-90-R: Administration, scoring and procedures - Manual II* (2ª ed.). Baltimore: Clinical Psychometric Research.
- Dutra, L., Stathopoulou, G., Basden, S., Leyro, T. Powers, M. y Otto, M. (2008). A Meta-Analytic Review of Psychosocial Interventions for Substance Use Disorders. *M J Psychiatry* 2008; 165:179–187.
- Escohotado, A. (1996). *Historia elemental de las drogas*. Madrid: Anagrama.
- Escohotado, A. (2005). *Historia general de las drogas*. Madrid: Espasa-Calpe.
- Everitt, B.J. y Robbins, T.W. (2005). Neural systems of reinforcement for drug addiction: from actions to habits to compulsión. *Nature Neuroscience*, 9, 1481-1489.
- Everitt, B.J., Belin D., Economidou, D., Pelloux. Y., Dalley, J.W. y Robbins, T.W.(2008). Neural mechanisms underlying the vulnerability to develop compulsive drug-seeking habits and addiction. *Philosophical Transactions of the Royal Society B Biological Sciences*, 363, 3125-3135.
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319–324.
- Eysenck, H. J. (1964). The outcome problem in psychotherapy: A reply. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 1, 97–100.
- Fan et al. (2010). Systemic treatment with protein synthesis inhibitors attenuates the expression of cocaine memory. *Behavioural Brain Research*, 208, 522-527.
- First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M., Williams, J.B.W. y Smith-Benjamin, L. (1998). *Guía del usuario de la entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje I del DSM-IV- SCID-I*. Barcelona: Masson.
- Frank, J.D. y Frank, J.B. (1991). *Persuasion & Headling. A comparative study of psychotherapy*. Baltimore: The John Hopkins University Press.
- García-Rodríguez, O., Secades-Villa, R., Higgins, S., Fernández-Hermida, J.R., y Carballo, J.L. (2008). Financing a voucher program for cocaine abusers through community donations in Spain. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 41, 623-628.
- García-Rodríguez, O., Secades-Villa, R., Higgins, S.T., Fernández-Hermida, J.R., Carballo, J.L., Errasti Pérez, J.M., y Al-Halabi Díaz, S. (2009). Effects of voucher-based intervention on abstinence and retention in an outpatient

- treatment for cocaine addiction: A randomized controlled trial. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 17, 131-138.
- Gates S, Smith LA y Foxcroft D. (2006). Auricular acupuncture for cocaine dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1).
- Gawin, F.H.y Kleber, H.D. (1986). Abstinence symptomatology and psychiatric diagnosis in cocaine abusers: clinical observations. *Arch. Gen. Psychiatry*. 43(2), 107-113.
- Gold, M.S., Dackis, C.A., y Pottash, A.L.C. (1985). Dopamine deficiency in cocaine abuse. *Society for Neuroscience Abstract 11*.
- Goldstein, R.Z. y Volkow, N.D. (2002). Drug addiction and its underlying neurobiological basis: Neuroimaging evidence for the involvement of the frontal cortex. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1642-1652.
- Gonzalez de Rivera, J.L., De las cuevas, C., Abuin M. y Pulido, F. (2002). *SCL-90-R. Cuestionarios de 90 síntomas*. Madrid: TEA ediciones.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Heliordo, J., García-Palacios, A. y Botella, C. (2013). Dialectical behavioural therapy for oppositional defiant disorder in adolescents: A case series. *Psicothema*, 25 (2), 158-163.
- Higgins ST, Delaney DD, Budney AJ, Bickel WK, Hughes JR, Foerg F, et al. (1991). A behavioral approach to achieving initial cocaine abstinence. *Am J Psychiatry* 148(9), 1218-24.
- Higgins ST, Budney AJ, Bickel WK, Foerg FE, Donham R. y Badger GJ (1994 ). Incentives improve outcome in outpatient behavioral treatment of cocaine dependence. *Arch Gen Psychiatry*, 51(7), 568-76.
- Higgins, S.T., y Silverman, K. (1999). *Motivating behavior change among illicit-drug abusers: Research on contingency management interventions*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Hunt, G.M. y Azrin, N.HY. (1973). A community-reinforcement approach to alcoholism. *Behaviour Research and Therapy*, 11, 91-104.
- Jia, Z., Worhunsky, P.D., Carroll, K.M., Rounsaville, B., Stevens, M.C., Pearlson, G.D. y Potenza, M.C. (2011). An initial study of neural responses to monetary incentives as related to treatment outcome in cocaine dependence. *Biol Psychiatry*, 70(6), 553-560.

- Karila, L., Petit, A., Pahan, O. y Reynaud, M. (2010), Cocaine induce psychotic disorders; a review. *Rev med Liege*, 65,(11), 623-627.
- Kampman KM. (2010) What's new in the treatment of cocaine addiction? *Curr Psychiatry Rep.*, 12(5), 441-7.
- Kleber, H.D. y Gawin, F.H. (1987). Pharmacological treatments of cocaine abuse. *Yale J Biol Med*, 61(2),123-136.
- Kleber, H.D et al. (2007). Treatment of patients with substance use disorders, second edition. American Psychiatric Association. *Am J Psychiatry.*,164(4), 5-123.
- Koob, G.F. y Le Moal, M. (2001). Drug addiction, dysregulation of reward, and allostasis. *Neuropsychopharmacology*, 24, 97-129.
- Koob, G.F. y Le Moal, M. (2005). Plasticity of reward neurocircuitry and the “dark side” of drug addiction. *Nature Neuroscience*, 8, 1442-1444.
- Koob, G.F. y Le Moal, M. (2008). Neurobiological mechanisms for opponent motivational processes in addiction. *Philosophical Transactions of the Royal Society B (Biological Sciences)*, 363, 3113-3123.
- Koob GF. (2009). Neurobiological substrates for the dark side of compulsivity in addiction. *Neuropharmacology*, 56 (1),18-31.
- Krause, M. (2005). *Psicoterapia y cambio: Una mirada desde la subjetividad*. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Krause, M. y Dagnino, P. (2006). Evolución del cambio en el proceso terapéutico. *Revista Gaceta Universitaria*, 2 (3), 287-298.
- Krause, M., de la Parra, G., Arístegui, R., Dagnino, P., Tomicic, A., Valdés, N., et al. (2007). The evolution of therapeutic change studied through generic change indicators. *Psychotherapy Research*, 17, 673-689.
- Lambert, M., & Barley, D. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 357-361.
- Linehan, M.M. (1993a). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M.M. (1993b). *Skills training manual for treating Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press. Traducción al castellano por Paidós (2003).
- Linehan, M.M., Schmidt,H., Dimeff, L.A., Craft, J.C., Kanter, J. y Comtois, K.A.

- (1999). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *American Journal on Addiction*, 8(4), 279-292.
- Linehan M.M., Dimeff, L.A., Reynolds, S.K., Comtois, K.A., Welch, S.S., et al. (2002). Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug Alcohol Depend.*, 67,13–26.
- Llopis, J.J. (2001). Dependencia, intoxicación aguda y síndrome de abstinencia por cocaína. *Adicciones*, 13 (2),147-165.
- López, A., Becoña, E. (2006). Patrones y trastornos de personalidad en personas con dependencia de la cocaína en tratamiento. *Psicothema*, 18,3,578-583.
- López, A., Becoña, E., Lloves, M., Moneo, A., Vieitez, I., Cancelo, J., Estévez, C., Sobradelo, J., García, J., Senra, A., Casete, L., Lage, M. y Díaz, E. (2007). Evolución del tratamiento y consumo en personas con dependencia de la cocaína, a los doce meses, en función de la psicopatología asociada y el funcionamiento cotidiano. *Adicciones*, 19, 251-266.
- López-Goñi, J.J., Fernández-Montalvo, J. y Arteaga, A. (2012). Addiction treatment dropout: Exploring patients' characteristics. *American Journal on Addictions*, 21 (1), 78-85.
- Luborsky, L., Singer, B. y Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that "everyone has won and all must have prizes"? *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1008.
- Lubman, D. I., Allen, N.B., Rogers, N., Cementon,E.y Bonomo, Y., (2007). The impact of co-occurring mood and anxiety disorders among substance-abusing youth. *Journal of affective disorders*, 103, 105-112.
- Lynch, T.R., Trost, W.T., Salsman, N. y Linehan, M.M. (2007). Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder. *Annu. Rev. Psychol*, 3, 181-205.
- McKee, S.A., Carroll, K.M., Sinha, R., Robinson, J.E., Nich, C., Cavallo, D. y O'Malley, S. (2007). Enhancing brief cognitive-behavioral therapy with motivational enhancement techniques in cocaine users. *Drug and Alcohol Dependence*, 91, 97-101.
- Meyer, A.E. (1990). Eine Taxonomie der bisherigen Psychotherapieforschung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 14, 287-291.
- Millon, Th. (1997). *Inventario clínico multiaxial de Millon-III*. Traducción al castellano por Cardenal y Sánchez (2007). Madrid: TEA Ediciones.

- Moreno-López, L., Stamatakis, E.A., Fernández-Serrano, M.J., Gómez-Río, M., Rodríguez-Fernández, A., et al. (2012). Neural Correlates of the Severity of Cocaine, Heroin, Alcohol, MDMA and Cannabis Use in Polysubstance Abusers: A Resting-PET Brain Metabolism Study. *PLoS ONE* 7(6).
- Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). (2011). *Situación y tendencias de los problemas de drogas en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Ochoa, E. (200). Cocaína y comorbilidad psiquiátrica. *Actas Esp Psiquiatr*, 28, 40-52.
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 1992). *CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico*. Ginebra: OMS publicaciones.
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012). Epidemia del tabaquismo y el control mundial del Tabaco. Extraído el 12 de Julio de 2012, de [http://www.who.int/features/factfiles/tobacco\\_epidemic/es/index.html](http://www.who.int/features/factfiles/tobacco_epidemic/es/index.html)
- Peris, L. y Balaguer, A. (2010). *Patología dual. Protocolos de intervención y trastornos de personalidad*. Barcelona: EdikaMEd.
- Pedrero Pérez, E.J.(2008). El tratamiento de la dependencia de la cocaína «guiado por la personalidad. *Trastornos Adictivos*, 10(4), 226-41.
- Pérez-Álvarez, M., Fernández, J., Fernández, C., y Amigo (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos*. Madrid: Pirámide.
- Penberthy, J., Ait-Daoud, N., Vaughan, M. y Fanning, T. (2010) Review of Treatment for Cocaine Dependence. *Current Drug Abuse Reviews*, 3, 49-62.
- Prendergast, M., Podus, D., Finney, J., Greenwell, L., y Roll, J. (2006). Contingency management for treatment of substance use disorders: A meta-analysis. *Addiction*, 101, 1546-1560.
- Prochaska, J. DiClemente, C. Norcross, J (1992): In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.
- Prochaska, J. y DiClemente, C. (1982): Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: theory, research and practice*, 19, 276- 278.
- Prochaska, J. y DiClemente, C. (1984): Stages and processes of self-change of smoking: toward and integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395.

- Martínez-Raga, J. (2009). Introducción al tratamiento farmacológico de la adicción a la cocaína. En Laespada y Meana (Coords.): *Cocaína, manejo de la adicción y los problemas derivados* (67-83). Bilbao: Universidad de Deusto.
- Mattia, J.I., Zimmerman, M. (2001). *Handbook of personality disorders*. Nueva York: Guilford.
- Nestler, E.J. (2004). Historical review: molecular and cellular mechanisms of opiate and cocaine addiction. *Trends Pharmacol Sci*, 25, 210-8.
- Nuijten, M., Blanken, P., Van den Brink, W. y Hendriks, V. (2011). Cocaine Addiction Treatments to improve Control and reduce Harm (CATCH): New Pharmacological Treatment Options for Crack-Cocaine Dependence in the Netherlands. *BMC Psychiatry*, 11, 135-144.
- Robinson, T.E. y Berridge, K.C. (2001). Incentive-sensitization and adiccition. *Addiction*, 96, 103-114.
- Robinson, T.E. y Berridge, K.C. (2003). Addiction. *Annual Review of Psychology*, 54, 25-53.
- Robinson, T.E. y Berridge, K.C. (2008). The incentive sensitization theory of addiction: some current issues. *Philosophical Transactions of the Royal Society B (Biological Sciences)*, 363, 3137-3146.
- Rohsenow, D.J., Monti, P.M., Martin, R.A., Colby, S.M., Myers, M.G., Gulliver, S.B., Brown, R.A., Mueller, T.I., Gordon, A., y Abrams, D.B. (2004). Motivational enhancement and coping skills training for cocaine abusers: Effects on substance use outcomes. *Addiction*, 99, 862-874.
- Roncero C., Ramos J.A., Collazos F., Casas M. (2001). Complicaciones psicóticas del consumo de cocaína. *Adicciones*, 13 (2), 179-89.
- Rousanville, B.J., Weissman, M.W., Wiber, C.H.H. y Kleber, H.D. (1982). Pathways o opiate addiction: An evaluation of differing antecedents. *British Journal of Psychiatric*, 141, 437-446.
- Roozen, H., Boulogne, J., van Tulder, M., van den Brink, W., De Jong, C. y Kerkhof, J.M. (2004). A systematic review of the effectiveness of the community reinforcement approach in alcohol, cocaine and opioid addiction. *Drug and Alcohol Dependence* 74, 1–13.
- Sáiz, P.A., González, M.P., Paredes, B., Martínez, S. y Delgado, J.M. (2001). Personalidad y uso-abuso de cocaína. *Monografía de la Cocaína. Revista Adicciones*, 13(2).

- San Molina, L. y Arranz, B. (2001). Aproximación terapéutica de la dependencia a la cocaína. *Adicciones*, 13 (2), 195-208.
- Sánchez, L., Díaz-Morán, S., Grau-López, L., Moreno, F., et al. (2011). Tratamiento ambulatorio grupal para dependientes de cocaína combinando terapia cognitivo conductual y entrevista motivacional. *Psicothema*, 23 (1), 107-113.
- Sans, L. y Casas, M. (2004). *Monografía de psiquiatría :Patología dual*. Madrid: Aula Médica.
- Schirenberg, A., van Amsterdam, J., van den Brink, W. y Campana, A.E. (2012). Efficacy of contingency management for cocaine dependence treatment: a review of the evidence. *Curr Drug Abuse Rev.*, 5(4), 320-31.
- Secades-Villa, R., García-Rodríguez, O., Fernández-Hermida, J.R. y Carballo, J.L. (2007a). Fundamentos psicológicos del tratamiento de las drogodependencias. *Papeles del Psicólogo*, 28(1), 29-40.
- Secades-Villa, R., García-Rodríguez, O., Álvarez, H., Río, A., Fernández-Hermida, J. L. y Carballo, J. L. (2007b). El programa de reforzamiento comunitario más terapia de incentivo para el tratamiento de la adicción a la cocaína. *Adicciones*, 19, 51-57.
- Schirenberg, A., van Amsterdam, J., van den Brink, W. y Goudriaan, A.E. (2012). Efficacy of contingency management for cocaine dependence treatment: a review of the evidence. *Curr Drug Abuse Rev.* 5(4), 320-31.
- Smith, M. L., Glass, G. V. y Miller, T.I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Solé-Puig, J. (2001). Tratamiento del consumo de cocaína. Integrando psicoterapia y farmacoterapia. *Adicciones*, 13 (2), 209-225.
- Strupp, H.H. (1963). The outcome problem in psychotherapy revisited. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 1, 1-13.
- Strupp, H.H. (1964). The outcome problem in psychotherapy: A rejoinder. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 1, 97-100.
- Stulz, N., Thase, M., Gallop, R., Crits-Christoph, P. (2010). Psychosocial treatments for cocaine dependence: The role of depressive symptoms. *Drug and Alcohol Dependence* 114, 41-48.
- Tallman, K. & Bohart, A. C. (1999). The client as a common factor: Clients as self-healers. En Hubble, Duncan y Miller (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (pp. 91-131). Washington, D.C: American Psychological Association.

- Tejero A. y Trujols J.. (1994).: *El Modelo transteórico de Prochaska y Diclemente: Un modelo dinámico del cambio en el ámbito de las conductas adictivas*. En Graña y García (Eds.), *Conductas Adictivas. Teoría, Evaluación y Tratamiento*. Madrid: Debate.
- Trull, T.J., Sher, K.J., Minks-Brown, C., Durbin, J. y Burr, R. (2000). Borderline personality disorder and substance use disorders: a review and integration. *Clin Psychol Rev.*, 20(2), 235-53.
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). (2012). *World Drug Report*. Vienna: United Nations Publication.
- Valdés, N., Tomicic, A. y Krause, M. (2009). Sistema de Codificación de la Actividad Terapéutica (SCAT-1.0): Dimensiones y categorías de las acciones comunicacionales de pacientes y psicoterapeutas. *Revista argentina de clínica psicológica*, 19(2), 117-130.
- Van den Bosch, L.M.C., Verheul, R., Schippers, G.M. y van den Brink, W. (2002). Dialectical Behavior Therapy of borderline patients with and without substance use problems: Implementation and long-term effects. *Addictive Behaviors*, 27(6), 911-923.
- Van den Brink, W. y Van Ree, J.M. (2003). Pharmacological treatments for heroin and cocaine addiction. *Eur Neuropsychopharmacol.*, 13(6), 476-487.
- Verdejo-García, A. , Pérez-García, M. y Bechara, A. (2006). Emotion, decision-making and substance dependence: A somatic-marker model of addiction. *Current Neuropharmacology*, 4, 17-31.
- Verdejo-García, A. y Bechara, A. (2009a). A somatic mark theory of addiction. *Neuropharmacology*, 56, 48-62.
- Verdejo-García, A. (2009b). Una visión neuropsicológica de la adicción a la cocaína. En Laespada y Meana (Coords.): *Cocaína, manejo de la adicción y los problemas derivados* (137-157). Bilbao: Universidad de Deusto.
- Verdejo-García, A., Betanzos-Espinosa, P., Lozano, O. Et al. (2012). Self-regulation and treatment retention in cocaine dependent individuals: A longitudinal study. *Drug and Alcohol Dependence*, 122, 142–148.
- Wampold, B. E. (2007). Psychotherapy: The humanistic (and effective) treatment. *American Psychologist*, 62, 857–873.
- Washton, A. M. (1995). *La adicción a la cocaína: Tratamiento, recuperación y prevención de recaídas*. Barcelona: Paidós.



Weiss, R.D., Mirin, S.M., Michael, J.L. y Solbogub, A.C. (1986). Psychopathology in chronic cocaine abusers. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 12, 17-29.

World Health Organization (WHO, 2011a). *mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings*. Panamá: WHO library.

World Health Organization (WHO, 2011b). *Global Status Report on Alcohol and Health*. Suiza: WHO library.