

**RECOMENDACIONES DE  
ACTUACIÓN PSICOLÓGICA  
EN TRASTORNOS ADICTIVOS (1)  
ALCOHOL  
COCAÍNA**

**2**

**PSICOLOGÍA**







**RECOMENDACIONES DE  
ACTUACIÓN PSICOLÓGICA  
EN TRASTORNOS ADICTIVOS (1)  
ALCOHOL  
COCAÍNA**

**2**

**PSICOLOGÍA**

**EQUIPO COORDINADOR:**

Sofía Tomás Dols  
Àngel Delicado Torres  
Vicente Tomás Gradolí  
Irene Ventura Meneu  
Francisco J. Verdú Asensi

**COMISIÓ PSICOLOGOS DIRECCIÓ  
GENERAL DROGODEPENDENCIES**

María Calatayud Frances  
Inmaculada Camacho Ferrer  
M<sup>a</sup> Angeles Cano Poveda  
Isabel Cervera Guillem  
Àngel Delicado Torres  
Consuelo Llinares Pellicer  
Elena Martín Yáñez  
Beatriz Ochando Korhonen  
Carmen Palau Muñoz  
Sofía Tomás Dols  
Vicente Tomás Gradolí  
Irene Ventura Meneu  
Francisc J. Verdú Asensi

**EQUIPO TÉCNICO:**

Esteban Carrillo  
Victor Cañellas

**Edita**

Generalitat. Conselleria de Sanitat  
© de la presente edición: Generalitat, 2011

**ISBN:** 978-84-482-5553-4

**Depósito Legal:** V-1317-2011

## Prólogo

La experiencia cosechada por las Unidades de Conductas Adictivas durante todos estos años de servicio y dedicación al diagnóstico y la terapia de pacientes que presentan trastornos adictivos, nos ha demostrado que es necesario un abordaje multidisciplinar por parte de médicos y psicólogos para obtener una buena retención del paciente al tratamiento y por tanto, aumentar de esta forma considerablemente la probabilidad de lograr su abstinencia del consumo o el control de su conducta adictiva.

Por ello, la Dirección General de Drogodependencias ha considerado necesaria la formalización escrita de una serie de recomendaciones de actuación psicológica que conforman, junto a las actuaciones médicas, la intervención terapéutica en trastornos adictivos.

Estos documentos han sido estructurados por sustancia o conducta adictiva, y se centran en la definición de los criterios de diagnóstico de la patología del paciente, el abordaje del proceso terapéutico atendiendo a las particularidades de cada paciente y la recomendación de los instrumentos de evaluación psicológica más útiles tanto para el diagnóstico como para el seguimiento de la evolución de los pacientes en el tratamiento.

A su vez, la amplia revisión de la evidencia científica que se ha realizado, pretende garantizar la solidez de las recomendaciones de actuación psicológicas abordadas en el documento.

Con la elaboración del presente documento de recomendaciones, la Dirección General de Drogodependencias ha buscado la colaboración y la implicación de los profesionales en la protocolización de los procesos de atención sanitaria, facilitando de esta forma su gestión, en busca de aumentar la satisfacción de los pacientes con la asistencia prestada y facilitando el trabajo de los profesionales en la asistencia de los pacientes.

Esperamos por tanto, que éste sea un documento de utilidad para todos los profesionales sanitarios cuando precisen abordar desde una perspectiva psicológica los problemas derivados del consumo, abuso o dependencia de sustancias o conductas adictivas.

Sofía Tomás Dols  
Directora General de Drogodependencias



# Índice

## I. Recomendaciones de actuación psicológica en los trastornos derivados por el consumo de alcohol.

1.	Introducción.....	13
2.	Criterios diagnósticos.....	17
3.	Algoritmos y recomendaciones.....	19
3.1	Algoritmo del tratamiento psicológico por abuso de alcohol.....	19
3.2	Recomendaciones al algoritmo del tratamiento por abuso de alcohol.....	20
3.3	Algoritmo del tratamiento psicológico de la dependencia al alcohol.....	21
3.4	Recomendaciones al algoritmo del tratamiento psicológico de dependencia al alcohol.....	22
4.	Criterios de evidencia científica.....	25
5.	Instrumentos de evaluación y cuestionarios de detección.....	25
6.	Intervenciones psicológicas.....	30
7.	Bibliografía.....	35

## II. Recomendaciones de actuación psicológica en los trastornos derivados por el consumo de cocaína.

1.	Introducción.....	43
1.1	Prevalencias del consumo de drogas.....	47
2.	Criterios diagnósticos.....	49
3.	Algoritmos y recomendaciones.....	52
3.1	Algoritmo del tratamiento psicológico de abuso de cocaína.....	52
3.2	Algoritmo del tratamiento psicológico de dependencia de cocaína.....	53
3.3	Recomendaciones al algoritmo del tratamiento psicológico de abuso de cocaína.....	54
3.4	Recomendaciones al algoritmo del tratamiento psicológico de dependencia de cocaína.....	55
4.	Criterios de evidencia científica y grados de recomendación en el abuso/dependencia de cocaína.....	62
4.1	Instrumentos de evaluación y cuestionarios de detección en abuso/dependencia de cocaína.....	62
4.2	Intervenciones psicológicas.....	78
5.	Bibliografía.....	87

## Anexo

1.	Tabla resumen de los niveles de calidad de la evidencia científica y grados de recomendación.....	98
----	---	----



# **I. RECOMENDACIONES DE ACTUACIÓN PSICOLÓGICA EN LOS TRASTORNOS DERIVADOS POR EL CONSUMO DE ALCOHOL**



## 1. Introducción

La mayoría de la población española consume bebidas alcohólicas esporádica o habitualmente. Según EDADES, en 2007 un 60,0% de la población de 15-64 años había bebido alguna vez en los últimos 30 días, concentrándose el consumo en el fin de semana (viernes, sábado y domingo), especialmente en el caso de los jóvenes de 15-34 años. Por su parte, los datos de ESTUDES indican que en 2008 un 72,9% de los estudiantes de 14-18 años habían consumido bebidas alcohólicas en el último año y un 58,5% en el último mes, concentrándose muchísimo el consumo en el fin de semana.

Entre los estudiantes de 14-18 años ha descendido la extensión del consumo de alcohol, pasando la prevalencia de consumo en los últimos 12 meses de 82,7% en 1994 a 74,9% en 2006 y 72,9% en 2008, y en los últimos 30 días de 75,1%, 58,0%, y 58,5%, respectivamente; sin embargo, en 2008 continuaba la tendencia ascendente de las borracheras y el consumo intensivo. Así, la prevalencia de borracheras en los últimos 30 días ha pasado de 16,1% en 1994 a 21,7% en 2000, 28,0% en 2004 y 29,5% en 2008. (Observatorio Español sobre Drogas, Informe 2009).

Según la mayoría de autores, el consumo excesivo de alcohol está directamente relacionado con la causa o exacerbación de múltiples enfermedades; es el tercer factor de riesgo para la salud, sólo por detrás del tabaco y la hipertensión arterial. Es 3 veces más importante que la diabetes y 5 veces más importante que el asma (Anderson y Baumberg, 2006), tanto para la aparición de enfermedades como para la muerte prematura. Además puede ser un factor importante en incidentes relacionados con conductas agresivas (violencia familiar, de género, etc.), accidentes laborales y de tráfico (Guardia Serecigni y col. 2007).

Conviene tener en cuenta, además, que el alcohol puede inducir trastornos mentales (depresión, ansiedad, inestabilidad emocional, trastorno del sueño, etc.), no tan sólo en las personas que presentan un trastorno por dependencia del alcohol, sino también en las que hacen un consumo excesivo de alcohol (World Health Report, 2002).

La 58ª Asamblea Mundial de la Salud de la OMS, celebrada en 2005, consideró como una alarma "la magnitud de los problemas de salud pública asociados al consumo nocivo de alcohol y las tendencias de consumo peligroso, en particular entre los jóvenes de muchos de los Estados miembros".

Según estudios cualitativos muy recientes, en España, la población de adolescentes no tiene una noción clara de lo que es un consumo moderado y desconocen los riesgos del consumo de alcohol para su salud y desarrollo personal; además se suele pensar que sólo las personas con dependencia alcohólica pueden sufrir consecuencias adversas sobre su salud, olvidando que también cualquier persona con un consumo regular u ocasional que supere los límites de lo que se podría considerar un consumo prudente puede ver su salud afectada de forma no deseada, como pueden ser las intoxicaciones alcohólicas agudas cuyas consecuencias pueden ser imprevisibles a nivel biológico, neurológico y conductual (inestabilidad emocional, coma etílico, accidentes de circulación, episodios de agresividad, etc.). (Informe sobre alcohol 2007. Comisión clínica de la delegación del gobierno para el plan nacional sobre drogas). El Observatorio Español sobre drogas en su informe del año 2007 respecto a la evolución del consumo de drogas en los últimos años, se refleja que el consumo de bebidas alcohólicas ha descendido, pero ha aumentado la frecuencia de consumos

con intoxicaciones agudas.

En el informe EDADES 2007-8, la experiencia de haber tomado alguna vez bebidas alcohólicas en la sociedad española es del 88% en la franja de edad de 15 -64 años. Además la mayoría lo consume de forma esporádica o habitual (72,9% lo ha hecho algún día en el último año; 60% algún día durante el último mes y sólo un 10,2% a diario durante el último mes). Los consumos más intensivos en la franja de 15-64 se presentaban en un 19,1% refiriendo haberse emborrachado en alguna ocasión en los doce últimos meses, y un 12,6% haber ingerido 5 o más copas o vasos en la misma ocasión durante los últimos 30 días. El consumo sigue estando más extendido entre los hombres que entre las mujeres para cualquiera de los indicadores. En cuanto a las diferencias por edad se observa que la prevalencia mensual de consumo fue ligeramente superior en los jóvenes de 15-34 años (61,7%) que en la población de más edad (59,4%). Cuando se trata de consumos intensivos como las borracheras la diferencia aumenta en la franja de 15-34 años del 31,8% frente al 10,1% en los de más edad. Y el binge drinking se da en un 18% en los de 15-34 frente a un 8,8% de la población de más edad. Los datos de ESTUDES indican que en 2006 un 74,9% de los estudiantes de 14-18 años habían consumido bebidas alcohólicas en el último año y un 58 % en el último mes, concentrándose muchísimo el consumo en el fin de semana. Entre los estudiantes de 14-18 años ha descendido la extensión del consumo de alcohol, pasando la prevalencia de consumo en los últimos 12 meses de 82,7% en 1994 a 74,9% en 2006, y en los últimos 30 días de 75,1% a 58,0%; sin embargo, en 2006 continuaba la tendencia ascendente de las borracheras.

Los datos extraídos del INDICADOR DE TRATAMIENTO EN LA COMUNIDAD VALENCIANA del año 2008, la demanda de tratamiento por alcohol como droga principal supuso el 32% del total de demandas de tratamiento por trastornos adictivos. Además, la evidencia clínica percibida por los profesionales que trabajan en el tratamiento de conductas adictivas informan de consumos de alcohol en pacientes que acuden a dichas Unidades por otra sustancia y/o trastorno adictivo (opiáceos/metadona-alcohol, ludopatía-alcohol, cocaína-alcohol, tabaco-alcohol...), que podrían también cumplir criterios de abuso/dependencia de alcohol.

La prevalencia estimada de bebedores dependientes del alcohol es difícil de determinar y generalmente está basada en la determinación de variables relacionadas con la cantidad y frecuencia de bebida y menos veces con criterios diagnósticos clínicos de dependencia. En epidemiología suele utilizarse como criterio de "dependencia probable", un consumo continuado de más de 80 gr/etanol al día durante más de 10 años para el hombre y más de 40gr/día para la mujer. Se estima que entre los pacientes de Atención Primaria hay de 2% a un 9% de pacientes con dependencia al alcohol (Reid-1999).

La evidencia empírica ha demostrado que las conductas adictivas de uso y abuso de drogas no dependen de un factor aislado, sino que están originadas y mantenidas por diversos factores de naturaleza multidimensional (Secades-Villa, R. y col 2007).

En los últimos años han aparecido innumerables evidencias sobre tratamientos, instrumentos de evaluación y apoyo diagnóstico, fármacos y distintas modalidades psicoterapéuticas dirigidas al tratamiento de las adicciones químicas. Los tratamientos psicológicos han mostrado altos niveles de eficacia, siendo en la actualidad eje de centralidad dentro de las intervenciones en las conductas adictivas en general (Begoña E, Cortes M. 2008).

La siguiente tabla analiza y destaca que las terapias psicológicas son componentes críticos y nucleares para el tratamiento efectivo de la adicción.

Principios de tratamientos efectivos (NIDA)
1. No hay un solo tratamiento que sea apropiado para todas las personas.
2. El tratamiento debe estar fácilmente disponible en todo momento.
3. El tratamiento efectivo debe abarcar las múltiples necesidades de la persona, no solamente su uso de drogas.
4. El plan de tratamiento del paciente debe ser continuamente evaluado y, de ser el caso, modificado para asegurar que el plan se mantenga a la par con los cambios en las necesidades de la persona.
5. Para que el tratamiento sea efectivo, es esencial que el paciente lo continúe durante un período adecuado de tiempo.
6. La terapia individual y/o de grupo y otros tipos de terapias de comportamiento constituyen componentes críticos del tratamiento efectivo para la adicción.
7. Para muchos pacientes, los medicamentos forman un elemento importante del tratamiento, especialmente cuando se combinan con los diferentes tipos de terapia.
8. En el caso de individuos con problemas de adicción o abuso de drogas que al mismo tiempo tienen trastornos mentales, se debe tratar los dos problemas de una manera integrada.
9. La desintoxicación médica es solamente la primera etapa del tratamiento para la adicción y por sí misma hace poco para cambiar el uso de drogas a largo plazo.
10. El tratamiento no tiene que ser voluntario para ser efectivo.
11. El posible uso de drogas durante el tratamiento debe ser constantemente supervisado.
12. Los programas de tratamiento deben incluir exámenes para el VIH/SIDA, la hepatitis b y c, la tuberculosis y otras enfermedades infecciosas, conjuntamente con la terapia necesaria para ayudar a los pacientes a modificar o cambiar aquellos comportamientos que les ponen a ellos o a otros en riesgo de ser infectados.
13. La recuperación de la drogadicción puede ser un proceso a largo plazo y frecuentemente requiere múltiples rondas de tratamientos.

Los distintos modelos psicológicos constituyen actualmente el soporte conceptual fundamental que mejor respuesta puede dar a las necesidades básicas de los tratamientos, como son el incremento de la motivación, la atención a la diversidad psicológica y la reducción de las recaídas. Sin embargo, conviene recordar que los modelos y tratamientos psicológicos no excluyen sino que demandan las aproximaciones multidimensionales, incluyendo las intervenciones farmacológicas y sociales y diversos autores plantean la combinación de terapias farmacológicas y psicológicas como mejor estrategia (Sanz L, Arranz B, 2001; Carroll K. 2004). Los objetivos de la terapia farmacológica estarían centrados en la desintoxicación, síntomas específicos, estabilización y mantenimiento y tratamiento de las patologías concomitantes. La terapia psicológica abarca los objetivos de motivación al tratamiento, entrenamiento en habilidades, modificación de contingencias de refuerzo, mejora del funcionamiento personal y socio-familiar y apoyo al tratamiento farmacoterapéutico (Fernández, Arias, Castillo, Roncero, Rovira y Secades, 2008).

Los modelos funcionales psicológicos pueden ofrecer un punto natural de integración multidisciplinar (Gifford y Humphreys, 2007) en el que los distintos dominios terapéuticos ejerzan su acción de forma coherente, y teóricamente fundamentada. (Begoña Iglesias y cols., 2008).

El abordaje terapéutico en la deshabituación de las adicciones en general, pasa por un fenómeno complejo que no cuenta con un modelo teórico único. Las aportaciones de la psicología al estudio, comprensión y tratamiento de las conductas adictivas han sido numerosas, siendo los modelos teóricos más destacados los aportados por las teorías psicodinámicas (Weegman y col 2002), del aprendizaje (Goldeberg R. y col 1986), cognitivas (Beck AT. y col 1999) y transteóricas (West, R 2006 y Prochaska y cols 1993).

Los abordajes psicoterapéuticos existentes para el tratamiento de las drogodependencias, ya sean a nivel ambulatorio o en régimen de ingreso, individual o grupal, ha sido limitada hasta la década de 1990 en cuanto a estudios que evaluaran la efectividad de los procedimientos de intervención. La Asociación Psicológica Americana (APA) define cuáles deben ser las características que debe reunir una intervención psicológica (Cambless y Ollendick, 2001) para poder evaluar su eficacia, destacando entre otras el ajuste a la clasificación de trastornos mentales consensuadas (DSM-CIE) y la manualización del tratamiento que permita homogeneizar la intervención. Concretamente el Grupo de Trabajo para la Promoción y difusión de Procedimientos Psicológicos, creado por la División 12 de la APA, establece los criterios que definen los "tratamientos bien establecidos" y los Probablemente eficaces". En los últimos años, a través de la red Clinical Trials Network se ha investigado, sirviéndose de ensayos clínicos controlados, diversos abordajes terapéuticos para la dependencia de drogas que cumplen los anteriores criterios. Como resultado de los anteriores estudios puede afirmarse que las terapias cognitivo-conductuales representan el tratamiento de elección para el abordaje de los dependientes a drogas (Carroll y Onken, 2005; Terán, 2008; Pérez A, Fernández, J.R. y col 2005). Las intervenciones psicoterapéuticas especializadas pueden cambiar el curso tanto del consumo de riesgo como la dependencia del alcohol y además pueden conseguir la remisión de los problemas asociados al consumo. (Guardia Serecigni y cols., 2007).

## 2. Criterios diagnósticos

El Síndrome de Dependencia Alcohólica ha demostrado ser un diagnóstico independiente de la otra categoría diagnóstica relacionada con el consumo de alcohol, el Consumo Perjudicial de Alcohol (Schuckit 2000; Hasin 2003a; 2003b; 2004). El síndrome de Dependencia alcohólica presenta una elevada concordancia diagnóstica entre las clasificaciones diagnósticas CIE y DSM (Hasin 1996) y predice con gran fiabilidad la presencia de problemas relacionados con el alcohol en aquellas personas que cumplen los criterios diagnósticos frente a aquellas que no los cumplen, aunque es necesario indicar que la intensidad de los síntomas y de los problemas derivados de ellos es fluctuante (Schuckit 1998; 1999; Hasin 2003a; 2003b; 2004).

El desarrollo del Síndrome de dependencia al alcohol suele ser más lento que el de otras drogas, por ello sus consecuencias aparecen más tarde, en torno a los 40-45 años. Sin embargo, cambios en las pautas de consumo y el consumo previo o simultáneo de otras sustancias pueden favorecer un desarrollo más rápido y contribuir a una dependencia más severa del alcoholismo (Echeburúa, 2001).

La descripción de los criterios diagnóstico se aborda en la siguiente tabla:

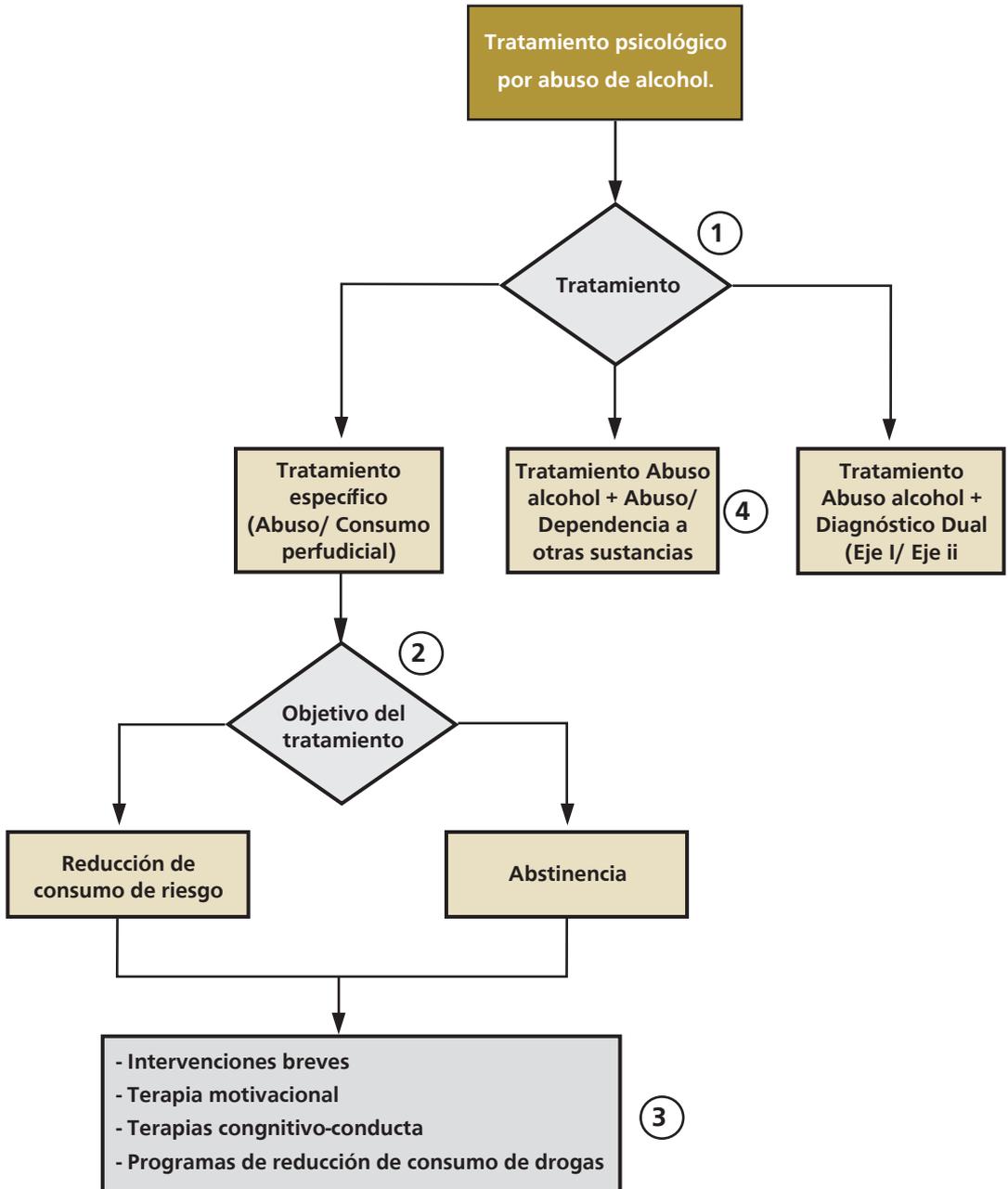
Criterios de "Consumo perjudicial" (CIE-10) y "Abuso" (DSM-IV-TR)	
Consumo perjudicial de alcohol	Abuso de Alcohol
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Afecta a la salud física o mental.</li> <li>• Consecuencias sociales adversas de varios tipos.</li> <li>• En ausencia de Síndrome de dependencia (F1x.0), trastorno psicótico (F1x.5) u otras formas específicas de trastornos relacionados con OH o sustancias psicótropas.</li> </ul>	<p>Patrón desadaptativo de consumo de alcohol que conlleva deterioro o malestar clínicamente significativo expresado por uno o más de estos ítems durante un periodo de 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consumo recurrente de alcohol que dé lugar a incumplimiento de obligaciones en el trabajo, casa o la escuela.</li> <li>• Consumo de alcohol en situaciones en las que hacerlo puede resultar peligroso.</li> <li>• Problemas legales repetidos relacionados con el alcohol.</li> <li>• Consumo continuado de alcohol a pesar de problemas interpersonales o sociales continuos o recurrentes, causados o exacerbados por los efectos del alcohol.</li> <li>• No cumple criterios de dependencia a alcohol.</li> </ul>

Criterios de "Dependencia de alcohol" (DSM-IV-TR y CIE-10)		
Criterios	DSM-IV-TR	CIE-10
Tolerancia: a. Necesidad de aumentar las cantidades. b. El efecto disminuye claramente	X (a, b)	X (a, b)
Síndrome de abstinencia: a. Síntomas de abstinencia. b. Bebe para aliviar la abstinencia	X (a, b)	X (a, b)
Pérdida de control: a. Esfuerzos para interrumpir el consumo. b. Beber más de lo esperado o antes de lo previsto. c. Deseo intenso o vivencia de compulsión por beber.	X (a, b, c)	X (b)
Negligencias en actividades Reducción de la vida social, ocupacional o recreativa (abandono de las fuentes de placer o diversiones.	X	X
Seguir bebiendo pese a las consecuencias: a. Físicas b. Psicológicas c. Familiares d. Laborables e. Legales	X (a, b)	X (a, b)
Pasar la mayor parte del tiempo bebiendo o intentando conseguir alcohol o recuperándose de la intoxicación	X	-
Número de criterios y duración para el diagnóstico	Tres o más criterios de los 7, en cualquier periodo de tiempo durante 12 meses	Tres o más criterios de los 7, en cualquier periodo de tiempo durante 12 meses
Características	Se distingue entre la dependencia con y sin dependencia física	Es posible hacer el diagnóstico de dependencia sin criterios de tolerancia y síndrome de abstinencia

Nota: la "X" indica que el criterio está presente. Las expresiones X(a, b) o X (c) indican que el mismo criterio incluye las partes "a" y "b", o que el criterio sólo incluye "c", respectivamente

### 3. Algoritmos y recomendaciones

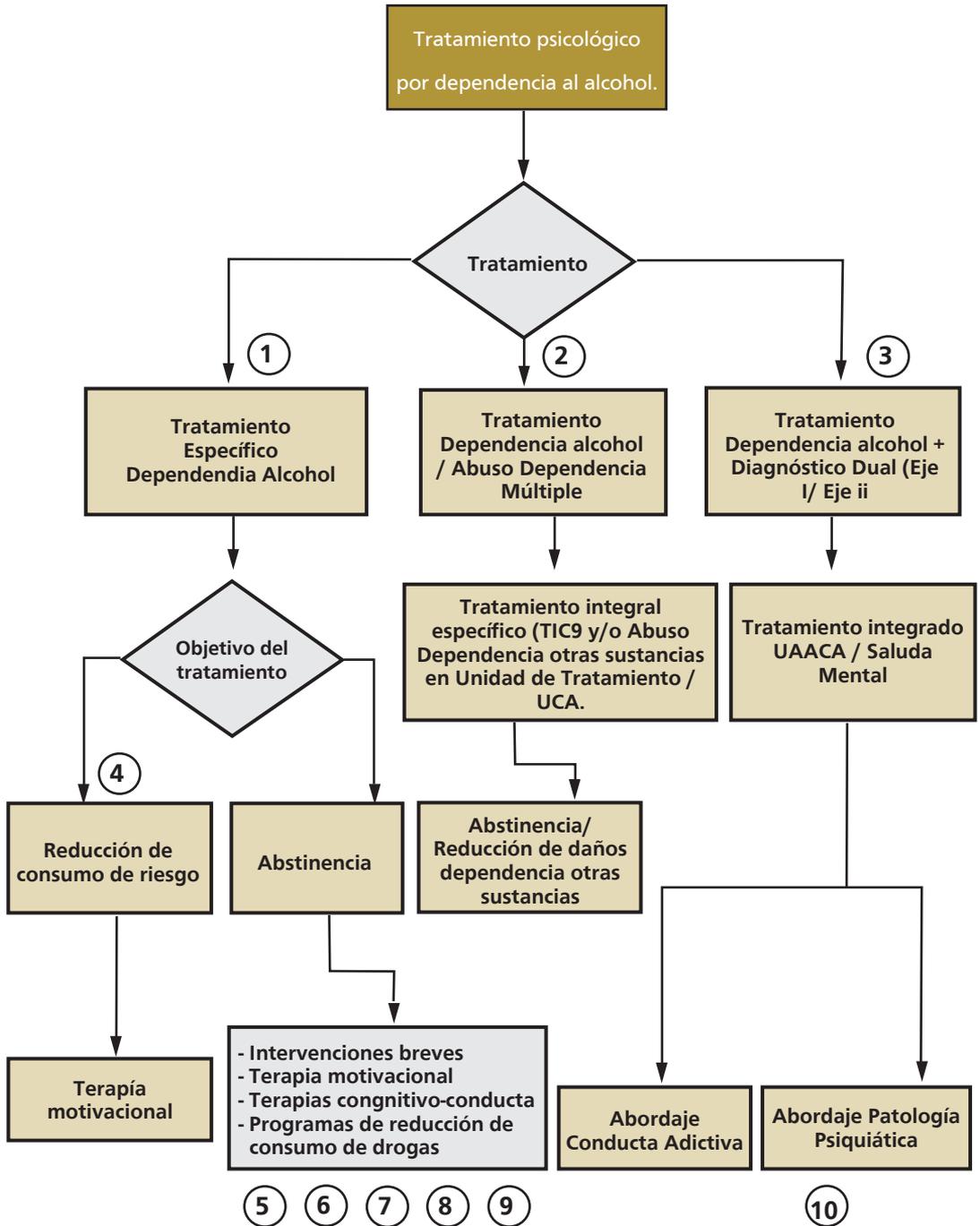
#### 3.1 Algoritmo del tratamiento psicológico por abuso del alcohol.



## 3.2 Recomendaciones al algoritmo del tratamiento por abuso de alcohol

1. El primero de los principios para el tratamiento efectivo del NIDA indica “No hay un tratamiento único que sea eficaz para todos los individuos”, por ello debemos tener presente la necesidad de una correcta evaluación y conocimiento de las características psicológicas individuales de cada caso específico.
2. Cuando se detecta un consumo de riesgo, la estrategia terapéutica se orienta a la búsqueda de un cambio hacia un patrón de consumo no perjudicial (por debajo de los 4 UBE / día para hombres y 2 UBE / día en el caso de las mujeres) o abstinencia. (Rehm y cols., 2004). Miller y Muñoz (2005) proponen los siguientes objetivos para la reducción del consumo de riesgo:
  - Un período de abstinencia inicial de 1-2 semanas. Permite verificar si presenta abstinencia del alcohol (en cuyo caso se recomendaría tratamiento especializado) y ayuda a identificar situaciones que propician un mayor consumo o mayor craving del alcohol y que, por tanto, son de mayor riesgo. Algunas personas pueden decidir que prefieren mantenerse sin beber o prolongar este período de forma indefinida.
  - Establecer un límite de consumo de alcohol por debajo de los límites del consumo de riesgo, teniendo en cuenta la cantidad y frecuencia de consumo.
  - Autorregistros del consumo de alcohol: El paciente debe anotar la fecha, hora, tipo de bebida, cantidad y lugar del consumo. Esta automonitorización le ayuda a reducir el consumo y tomar conciencia de su forma de beber.
  - Aprender a modificar las pautas de consumo de alcohol. Para mantenerse en los límites establecidos es importante controlar y, muchas veces, reducir la velocidad con la que el alcohol entra en el organismo. Un primer paso es reducir la graduación alcohólica (pasar de bebidas destiladas a fermentadas).
3. Para la reducción del abuso hacia un consumo no perjudicial se han mostrado eficaces los siguientes tratamientos: Las intervenciones breves, la entrevista y terapia motivacional y la terapia breve cognitivo conductual, de las que aportaremos evidencia empírica en el punto de intervenciones psicológicas.
4. Con respecto al consumo de riesgo, diversos estudios y metanálisis han comprobado que las Intervenciones Breves son eficaces para reducir el consumo excesivo de alcohol, el número de episodios de consumo de riesgo y la frecuencia de consumos excesivos. (Fleming y cols., 1999).
5. Para las recomendaciones del tratamiento del abuso de alcohol + abuso / dependencia de otras sustancias consultar capítulos específicos para estas sustancias.

### 3.3 Algoritmo del tratamiento psicológico de la dependencia al alcohol



### 3.4 Recomendaciones al algoritmo del tratamiento psicológico de dependencia al alcohol

Los pacientes con diagnóstico de dependencia al alcohol pueden ser atendidos en diversos contextos. La elección del medio se basará en las exigencias del plan de tratamiento, según determine el estadio clínico del paciente, y las características de los contextos disponibles.

1. La intervención psicológica es uno de los componentes fundamentales en el tratamiento de la dependencia del alcohol. En los programas terapéuticos orientados hacia la abstinencia o la reducción de daños asociados al consumo, los objetivos de dicha intervención son: mantener la adherencia terapéutica, prevenir recaídas, incrementar la competencia y calidad de vida y reducir la posible comorbilidad psiquiátrica del paciente alcohólico (Guardia y cols 2007).

De forma general se consideran tres objetivos en el abordaje de los pacientes dependientes al alcohol: conseguir un estilo de vida sin recurrir al consumo de alcohol, incrementar la calidad de vida en las diferentes áreas del sujeto, y prevenir recaídas (Bobes J, Casas M. 2003).

2. La dependencia al alcohol, en la práctica clínica, puede coincidir con otras conductas adictivas, tanto químicas como comportamentales. Desde una aproximación funcional, el consumo de drogas es explicado a partir de los mismos parámetros que cualquier otra conducta. En aquellos casos en que se presenta la comorbilidad entre dependencia de alcohol y cocaína y peor progreso terapéutico, el tratamiento grupal estándar de asesoramiento y soporte parece resultar la mejor estrategia para conseguir la abstinencia a largo plazo (McKay y cols.,2005)
3. Los estudios epidemiológicos han comprobado que existe una elevada comorbilidad entre el consumo excesivo de alcohol y los demás Trastornos Psiquiátricos sobre todo con los Trastornos Afectivos, con la Esquizofrenia y con los Trastornos de Personalidad (Helzer y cols., 1988; Kessler y cols., 1997; Farrell y cols., 1998; Grant y cols., 2004a y 2004b). En el diagnóstico de los trastornos psiquiátricos, el clínico debe sistematizar su exploración para determinar:
  - a si son síntomas normales que ocurren durante la intoxicación o abstinencia;
  - b si se trata de un trastorno psiquiátrico inducido;
  - c es un trastorno psiquiátrico dual, es decir, no inducido. (Santo Domingo y Rubio 2000).
4. Cuando los pacientes no demandan disminuir o suprimir el consumo de alcohol, sino de mejora de su calidad de vida, la estrategia más adecuada es procurar aumentar la conciencia de su problema, ofreciendo apoyo y consejo para disminuir, en la medida de lo posible el daño producido por el alcohol (Bobes J, Casas M. 2003)
5. Los mayores beneficiarios de las intervenciones motivacionales se da en los sujetos que, presentan menores niveles de motivación. La Entrevista Motivacional parece especialmente útil en sujetos que se encuentran en el estadio de precontemplación, que no han considerado la posibilidad de abandonar el consumo y que, a partir de una intervención intencional,

pueden empezar a considerar la conveniencia de hacerlo. También parece ser más efectiva en sujetos con limitaciones neuropsicológicas que les incapacitarían, al menos en las fases iniciales del proceso de cambio, para beneficiarse de intervenciones con mayor complejidad y exigencia. (Begoña y cols 2008).

6. Las terapias cognitivo-conductuales representan la integración de los principios derivados de la teoría del comportamiento, la teoría del aprendizaje social y la terapia cognitiva (Finney, Wilbourne y Moos, 2007). Suponen el enfoque más comprensivo para tratar los problemas derivados del uso de sustancias y consisten básicamente en el desarrollo de estrategias destinadas a aumentar el control personal que la persona tiene sobre sí misma
7. Un caso especial de entrenamiento en habilidades de afrontamiento, lo constituye el modelo teórico de prevención de recaídas propuesto por Marlatt (Marlatt, 1993; Marlatt y Donovan, 2005; Marlatt y Gordon, 1985). La recaída se produce cuando el sujeto se expone a una situación de riesgo y no es capaz de responder con las estrategias de afrontamiento adecuadas para garantizar el mantenimiento de su abstinencia.
8. El Abordaje de refuerzo comunitario es la más integral y compleja de las terapias conductuales para el tratamiento del alcoholismo y su objetivo es conseguir la abstinencia mediante la disminución del refuerzo positivo asociado al consumo y el aumento del refuerzo positivo asociado a la sobriedad. El paquete de tratamiento incluye terapia de pareja, actividades dirigidas a la reinserción laboral, asesoramiento en actividades sociales y recreativas libres de alcohol y utilización de un club social libre de sustancias. Frecuentemente se acompaña de estrategias de manejo de contingencias (APA Work Group on Substance Use Disorders, 2005)
9. Se ha estudiado el efecto conjunto de la terapia cognitivo-conductual con otras terapias psicológicas y con intervenciones farmacológicas. El NIDA (1999, 2004) recomienda la utilización de las terapias psicológicas en combinación con los tratamientos farmacológicos, formando parte del modelo de tratamiento en el que se realiza el abordaje global de los problemas que presenta una persona con problemas de dependencia.

Los pacientes que recibían naltrexona para sus problemas de alcohol, y además recibían terapia cognitivo conductual presentaban una mejoría que se mantenía una vez finalizado el tratamiento, en tanto que quienes habían recibido otras formas de terapia psicológica mostraban una progresiva reducción de los logros (Carroll, Rounsaville, Nich, Gordon, Wirtz y Gawin, 1994; O'Malley et al., 1996). Diversos estudios han mostrado consistentemente que, en el tratamiento del alcoholismo, la combinación de terapia cognitivo conductual con fármacos como la naltrexona (Anton et al., 2001; Antón, Moak, Waid, Latham, Malcolm y Dias, 1999; Nunes, Rothenberg, Sullivan, Carpenter y Kleber, 2006; O'Malley et al., 1996), diversos ISRSs (Angelone, Bellini, DiBella y Catalano, 1998; Kranzler et al., 1995), rintanserín (Jonson et al., 1996) u ondansetrón (Johnson et al., 2000), incrementa sistemáticamente los resultados.

10. La coexistencia de la adicción a sustancias con otros trastornos mentales o de comportamiento (Diagnóstico Dual) supone una complicación que afecta al curso y al pronóstico del trastorno adictivo y la necesidad de emplear abordajes psicoterapéuticos más complejos. El tratamiento

integrado: combina elementos o recursos terapéuticos tanto de la red de Salud Mental como de la de Drogodependencias en un programa de tratamiento unificado para pacientes con trastornos duales. Idealmente, este tipo de tratamiento se daría desde un mismo equipo que integrara a profesionales formados en los dos campos, capaces de seguir al paciente en su evolución y abordar su doble trastorno.(Becoña et al 2008)

## 4. Criterios de evidencia científica

El abuso de alcohol es un factor de riesgo para la salud y es un elemento determinante en accidentes laborales, de circulación, y en incidentes de violencia familiar y de género. (Anderson y Baumberg, 2006). **Nivel de evidencia I. Grado de recomendación A.**

Se considera consumo de riesgo aquel que supera los límites del consumo moderado (o prudente) de bebidas alcohólicas y que aumenta el riesgo de sufrir lesiones, enfermedades, trastornos mentales o de comportamiento, y accidentes. (Gunzerath y cols., 2004). **Nivel de evidencia I. Grado de recomendación A.**

Beber hasta la intoxicación etílica aguda provoca deterioro de la capacidad de razonamiento, la toma de decisiones y la capacidad de autocontrol. (Del Río y cols., 2002; Gómez y cols., 2002; Perea Ayuso y cols., 2004). **Nivel de evidencia I. Grado de recomendación A.**

El consumo regular de bebidas alcohólicas en cantidades superiores a las consideradas como prudentes o moderadas (más de 3 UBE /día para hombres y 2 UBE / día para mujeres), aumenta la probabilidad de sufrir hasta 60 enfermedades diversas (aparato digestivo, cardio-circulatorio, neurológicas, cánceres del aparato digestivo, de mama y trastornos psiquiátricos). (Corrao y cols., 1999). **Nivel de evidencia I. Grado de recomendación A.**

El consumo ocasional de riesgo, en personas que no toman habitualmente bebidas alcohólicas, (más de 5 UBE en una sola ocasión para los hombres y 4 UBE por ocasión para las mujeres) se asocia a una mayor probabilidad de sufrir las consecuencias negativas asociadas a la embriaguez (World Health Organization, 2002). **Nivel de evidencia II. Grado de recomendación A.**

## 5. Instrumentos de evaluación y cuestionarios de detección

Existe una serie de instrumentos para la valoración de los pacientes y problemas relacionados con el consumo de alcohol, que evalúan diferentes aspectos.

- **Instrumentos de cribado o screening (IC)**, diseñados para detectar posibles casos de alcoholismo:
- **Instrumentos de diagnóstico (ID)**, para determinar la presencia de síntomas y signos de abuso o dependencia según los criterios nosológicos más aceptados (DSM-IV y CIE-10):
- **Instrumentos de valoración de diferentes aspectos relacionados con la dependencia (IR)**, como la intensidad de la misma, el nivel de problemas en diferentes áreas causados por la adicción, la calidad de vida, etc.
- **Instrumentos para el diagnóstico de comorbilidad psiquiátrica (IP)**, ya sean para casos de patología dual, o los que se utilizan para la valoración de trastornos tan frecuentes como ansiedad o depresión.
- **Instrumentos para la valoración de aspectos motivacionales (IM)**, actitud ante el tratamiento y dirigidos a la planificación de las estrategias terapéuticas:

El personal sanitario debería ser adiestrado para poder utilizar las técnicas de la **Entrevista Motivacional** cuando tienen que intervenir con pacientes que se encuentran en estadios de precontemplación o contemplación. (Fleming y cols, 1999). **Nivel de evidencia I. Grado de recomendación A.**

La **Entrevista Clínica Semiestructurada** debe ser utilizada como herramienta diagnóstica de los problemas relacionados con el alcohol en todos los ámbitos clínicos. **Nivel de evidencia IV. Grado de recomendación C. (IR).**

Entre los instrumentos de evaluación más utilizados para determinar el estadio motivacional en el que se encuentra una persona que trata de modificar su conducta adictiva destacan la **URICA** (The University of Rhode Island Change Assessment Scale) y el **SOCRATES 7** (Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale). (Becoña Iglesias y Cortés Tomás, 2008). **Niveles de evidencia IV-V-VI. Grado de recomendación C. (IM).**

La cuantificación del consumo de alcohol se puede hacer por Unidades de Bebida Estándar (UBE), que equivalen a 10 gramos de etanol, pero hay que tener en cuenta el patrón de consumo (regular / ocasional), para poder realizar un cálculo semanal o mensual del consumo de alcohol. (Guardia Serecigni y cols., 2007). **Niveles de evidencia IV-V-VI. Grado de recomendación C.**

**Cuestionario AUDIT** (Alcohol Use Disorders Identification Test): y su variante AUDIT-C pueden ser utilizados en Atención Primaria para el cribado de problemas relacionados con el consumo de alcohol (Rubio y cols., 1998). **Nivel de evidencia I. Grado de recomendación A. (IC-ID-IR).**

Los pacientes que puntúen 8 o más en el AUDIT, o varones que puntúen 5 o más en el AUDIT-C o consuman más de 21 UBE a la semana, o mujeres que puntúen 4 o más en AUDIT-C o consuman más de 14 UBE a la semana, deben considerarse candidatos a una intervención breve. (Gual y cols., 2002). **Nivel de evidencia I. Grado de recomendación A. (IC-ID-IR).**

El **Test CAGE** (Chronic Alcoholism General Evaluation; Evaluación General del Alcoholismo Crónico) puede ser utilizado en atención primaria para el cribado de problemas relacionados con el consumo de alcohol siempre que se acompañe de una cuantificación del patrón de consumo, con otro cuestionario como el **ISCA** (Interrogatorio Sistematizado de Consumos Alcohólicos). (Gual y cols., 2001). **Nivel de evidencia I. Grado de recomendación A. (IC).**

El **Test de MALT** está principalmente indicado para la confirmación del diagnóstico de dependencia al alcohol y para planificar los objetivos terapéuticos en consultas especializadas. **Nivel de evidencia II. Grado de recomendación B. (ID-IR).**

El **Índice Europeo de Gravedad de la Adicción** (EuropASI). Proporciona información sobre siete áreas en facetas que han contribuido o son consecuencia de abuso de sustancias. En su uso clínico es de utilidad en la elección de las estrategias más adecuadas para tratamiento de las áreas problema y, en pases sucesivos, nos permite evaluar el resultado de las intervenciones. Evaluación de 7 áreas indicativas de problemas: médica, laboral, alcohol y drogas, legal, familiar/social y psiquiátrica. **Nivel de evidencia III. Grado de recomendación B. (IC-IR-IP).**

El cuestionario **MINI** (Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional) es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10. Puede ser utilizada por clínicos tras una breve sesión de entrenamiento. **Nivel de evidencia VIII. Grado de recomendación E. (IC-IP).**

El **MCMI-II** evaluación de la personalidad de Millon, cuestionario autoinformado de 175 ítems con respuesta dicotómica verdadero-falso, permite la evaluación de 22 trastornos de personalidad y síndromes clínicos diferentes. **Nivel de evidencia VIII. Grado de recomendación E.**

La **Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje II del DSM-IV** (Structured Clinical Interview for DSM-IV, SCID II), entrevista diagnóstica que permite la evaluación de los 10 trastornos de la personalidad, así como el trastorno depresivo de la personalidad y el trastorno pasivo-agresivo de la personalidad. (IP).

**Pruebas Neuropsicológicas:** con demasiada frecuencia los estudios arrojan datos contradictorios respecto a las habilidades cognitivas preservadas y alteradas por el consumo de alcohol. Pero si hay consenso respecto al efecto perjudicial del consumo crónico de alcohol en el funcionamiento cognitivo (Landa, Fernández-Montalvo y Tirapu 2004). Según las funciones cognitivas alteradas se debe evaluar: atención, memoria, funciones ejecutivas, habilidades visoespaciales y perceptivomotoras. La elección de las baterías y/o pruebas específicas a utilizar variara en función de las necesidades del caso, y se deben de utilizar las que más consenso en la investigación presenten.

La **Escala Multidimensional de Craving de Alcohol** (EMCA), instrumento fiable y válido para la evaluación del craving. (Guardia y cols 2007).

La **Escala de Deterioro en la Inhibición de Respuesta para el Alcoholismo (IRISA)**, instrumento válido para evaluar el deterioro en la capacidad de inhibición de la conducta de beber alcohol y la eficacia de las intervenciones terapéuticas que facilitan el autocontrol y contribuyen a la remisión de la enfermedad alcohólica. (Guardia y cols 2007).

Otras escalas-cuestionarios recomendadas cuando se detecten posibles problemas asociados:-  
escala de impulsividad de Barratt (Barratt Impulsiveness Scale, BIS-11)-Escala de conducta/riesgo suicida.

Los cuestionarios anteriores están diseñados para adultos y su utilización en adolescentes, mujeres gestantes y ancianos está muy discutida. Para estos grupos se han diseñado otras pruebas específicas, que todavía no se han validado en nuestro país.

A pesar que los cuestionarios son herramientas útiles en la detección del consumo de riesgo y alcoholismo, nunca deben sustituir a la historia clínica para establecer el diagnóstico.

Instrumentos de Evaluación y Cuestionarios de Detección en Abuso y Dependencia al Alcohol				
Fases del tratamiento psicológico	Instrumentos evaluación psicológica	Nivel de evidencia	Grado de recomendación	Tipo de cuestionario
FASE I Inicio del Tratamiento Evaluación	URICA	IV-V-VI	C	IM
	SOCRATES 7	IV-V-VI	C	IM
	AUDIT	I-II	A-B	IC - ID - IR
	CAGE	II-III	B	IC
	CAGE-ISCA	I	A	IC – ID
	MALT	II-III	B	ID – IR
	EuropASI	II-III	B	IC – IR - IP
	Entrevista Clínica	IV-V-VI	C	IR
	Semiestructurada	VIII	E	IC – IP
	MINI			IP
	SCL-90			IP
FASE II Deshabitación Mantenimiento	SCID II	IV-V-VI	C	IR
FASE III Mantenimiento Normalización y Adaptación psico- socio-familiar	Entrevista Clínica Cuestionarios específicos	IV-V-VI	C	IR
FASE IV Post Alta Terapéutica	Cuestionario de Ajuste Psicosocial WHOQOL	VIII	E	IR

## 6. Intervenciones psicológicas

La intervención psicológica en los programas terapéuticos orientados hacia la abstinencia o la reducción de daños asociados al consumo tiene como objetivo mantener la adherencia terapéutica, prevenir posibles recaídas, aumentar la competencia y calidad de vida del paciente, así como prevenir o reducir la posible comorbilidad psiquiátrica del paciente alcohólico.

Diversos estudios y metanálisis han comprobado que las Intervenciones Breves, con respecto al consumo de riesgo, son eficaces para reducir el consumo excesivo de alcohol, el número de episodios de consumo de riesgo y la frecuencia de consumos excesivos (Fleming y cols, 1999), en el ámbito de la atención primaria. **Nivel de evidencia I. Grado de recomendación A.**

Los principios del Modelo Transteórico son aplicables a una amplia variedad de conductas relacionadas con la salud. (Becoña Iglesias y Cortés Tomás, 2008). **Nivel de evidencia I. Grado de recomendación A.**

El éxito en la progresión entre estadios se relaciona con la correcta utilización de los procesos de cambio en cada momento: procesos cognitivos en los primeros estadios y procesos conductuales a partir del estadio de acción. (Pérez, Di Clemente y Carbonari, 1986). **Nivel de evidencia VI. Grado de recomen C.**

La **Entrevista Motivacional** está más indicada cuanto menor sea la motivación para el cambio en la línea base (Rohsenow et al., 2004). **Nivel de evidencia I. Grado de recomendación A.**

La **entrevista motivacional** parece más indicada para el consumidor con mayor deterioro cognitivo (Bell, 2008). **Nivel de evidencia III. Grado de recomendación B.**

La **terapia de intervención motivacional** es eficaz para el tratamiento de la dependencia leve de alcohol y muestra una relación coste-eficacia superior a otras técnicas. (Becoña Iglesias y Cortés Tomás, 2008). **Nivel de evidencia I. Grados de recomendación A.**

Una de las principales utilidades de la **Entrevista Motivacional** es incrementar la participación, adherencia y retención de los pacientes durante la fase inicial del tratamiento (Secades, Fernández y Arnáez, 2004). **Nivel de evidencia III. Grado de recomendación B.**

No se observan diferencias en los procesos de cambio entre las personas que avanzan y las que no lo hacen desde el estadio de contemplación al de preparación. (Becoña Iglesias y Cortés Tomás, 2008). **Nivel de evidencia II. Grados de recomendación B.**

La **entrevista motivacional** aporta mejores resultados (reducción del consumo abusivo) en consumidores jóvenes que el no-tratamiento. (Feldtein y Forcehimes, 2007) (Spirito et al., 2004). **Nivel de evidencia III. Grado de recomendación B.**

La entrevista motivacional es más eficaz que el no-tratamiento (Nahom, 2005). **Nivel de evidencia I. Grado de recomendación A.**

Las **Terapias Cognitivo-conductuales** (TCC) representan la integración de los principios derivados de la teoría del comportamiento, la teoría del aprendizaje social y la terapia cognitiva (Finney, Wilbourne y Moos, 2007). En general, las técnicas cognitivo conductuales son útiles para ayudar a los pacientes a detectar situaciones de riesgo, adquirir estrategias y desenvolverse con ellas, aumentando de forma significativa las tasas de abstinencia y reduciendo el consumo. (Becoña Iglesias y Cortés Tomás, 2008). **Nivel de evidencia I. Grado de recomendación A.**

Las **terapias cognitivo-conductuales** son generalmente más efectivas que otras modalidades psicoterapéuticas y farmacológicas por separado y su eficacia aumenta en tratamientos multicomponentes. (Becoña Iglesias y Cortés Tomás, 2008). **Nivel de evidencia I. Grado de recomendación A.**

La **terapia cognitivo-conductual** ha mostrado su efectividad tanto cuando se administra en formato individual como en un contexto grupal (Stead y Lancaster, 2005). **Nivel de evidencia I. Grado de evidencia A.**

El **Entrenamiento en Habilidades de Afrontamiento y Estrategias de Afrontamiento** consigue reducir el consumo de los pacientes, tanto en dosis como en días de ingesta. (Monti, Rohsenow, Michalec, Martin y Abrams, 1997). **Nivel de evidencia I. Grado de recomendación A.**

La **Prevención de Recaídas** es eficaz en la reducción del consumo de alcohol y en la mejora del ajuste psicosocial. De forma general, es efectiva en el tratamiento de las conductas adictivas (Carrol, 1996). **Nivel de evidencia I. Grado de evidencia A.**

La **terapia cognitiva de Beck** se ha mostrado superior al no-tratamiento en las conductas adictivas, aunque no superior a otras modalidades terapéuticas (Miller, Andrews, Wilbourne y Bennet, 1998). **Nivel de evidencia II. Grado de recomendación B.**

Las **técnicas de autocontrol** obtienen resultados iguales o superiores a otros abordajes y parecen utilizarse más con el objetivo de conseguir un consumo moderado de alcohol. **Nivel de evidencia III. Grado de recomendación B.**

El entrenamiento en manejo del estrés, el entrenamiento en habilidades sociales, el entrenamiento en habilidades de comunicación, el entrenamiento en asertividad y el entrenamiento en manejo de estados emocionales son técnicas utilizadas con resultados prometedores en el abordaje del consumo de riesgo y el abuso de alcohol. (Becoña Iglesias y Cortés Tomás, 2008). **Nivel de evidencia VIII. Grado de recomendación E.**

La mayoría de ensayos clínicos consultados muestran la efectividad (comparado con otros enfoques) de la terapia de orientación cognitivo-conductual basada en un manual, ya sea sola (Burtscheidt et al, 2001; Burtscheidt el al 2002) o en combinación con farmacoterapia, (Monti y cols, 2001; Balldin et al, 2003; Liappas et al, 2003) para el tratamiento de la dependencia a alcohol. **Nivel de evidencia II. Grado de recomendación A.**

Las técnicas cognitivo-conductuales de estilos o habilidades de afrontamiento se muestran superiores a otras técnicas terapéuticas sólo si forman parte de un programa integrado de tratamiento, y sólo cuando se utilizan con sujetos que presentan una dependencia leve, con poco

deterioro personal y social (Longabauh y Morgenstern 1999). **Nivel de evidencia II. Grado de recomendación A.**

Los sujetos con pocas habilidades en resolución de conflictos y/o mayor deterioro social relacionado con el alcohol responden mejor a abordajes de soporte social (terapia de grupo, AAAA, etc.). Project MATCH Study (1997). **Nivel de evidencia I. Grado de recomendación A.**

La combinación de la terapia cognitivo-conductual con otras modalidades terapéuticas (psicológicas o farmacológicas) es más eficaz que la aplicación de cada uno de los componentes por separado. (Becoña Iglesias y Cortés Tomás, 2008). **Nivel de evidencia I. Grado de recomendación A.**

Las técnicas de prevención de recaídas se muestran efectivas, particularmente para los problemas de alcohol (Irvin et al, 1999; Antón et al 2005): consiguen una disminución significativa tanto en la frecuencia como en la intensidad de las recaídas. **Nivel de evidencia I. Grado de recomendación A.**

**El Entrenamiento en Habilidades Sociales o Habilidades de Comunicación.** La mayor parte de estudios y revisiones aportan resultados positivos (Oei y cols., 1980; Eriksen y cols., 1986, Rohsenow y cols 1991; Project MATCH, 1997<sup>a</sup>; Miller y cols., 2002; Bottlender y cols., 2006) La técnica de entrenamiento en habilidades sociales es eficaz en un amplio espectro de pacientes. **Nivel de evidencia I. Grado de recomendación A.**

El **Abordaje de refuerzo comunitario** está avalado por la Asociación Americana de Psicología como uno de los abordajes prometedores por sus resultados (Chambless et al., 1998). A pesar de ser uno de los enfoques que cuenta con una evidencia científica de eficacia más consistente y de resultar avalada por casi todas las revisiones sobre estudios en tratamiento de la dependencia a alcohol (Miller y cols 2002; Roozen y cols., 2004; Bottlender y cols., 2006), el abordaje de refuerzo comunitario es aún relativamente desconocido para muchos clínicos. Consigue mejores resultados tanto en la reducción de los días de consumo de alcohol como de los problemas asociados, con un tiempo de intervención breve. **Nivel de evidencia I. Grado de recomendación A.**

La **Terapia conductual de pareja** es eficaz en el abordaje de los trastornos por consumo de alcohol. Hay un fuerte consenso en la recomendación de esta modalidad en el tratamiento del alcoholismo: la Asociación Americana de Psicología (Chambless et al., 1998), la Asociación Americana de Psiquiatría (APA Work Group on substance Use Disorders, 2005), metaanálisis y revisiones (Millar y cols., 2002; Bottlender y cols., 2006). **Nivel de evidencia I. Grado de evidencia A**

La Asociación Americana de Psiquiatría (APA Work Group on Substance disorders, 2005) recomienda las terapias de grupo con un nivel de seguridad clínica moderado. Algunos estudios sugieren que los sujetos con mayor psicopatología funcionan mejor con la terapia grupal cognitivo-conductual y que aquellos que presentan mayor deterioro obtienen mejores resultados con la terapia de grupo interactiva (Kadden y cols., 1989; Cooney y cols., 1991). **Nivel de evidencia III. Grado de recomendación B.**

La **Terapia de facilitación basada en el abordaje de los 12 pasos**, aunque algunos resultados resultan favorables, la última revisión sistemática Cochrane (Ferri y cols., 2006), concluye que no hay estudios de calidad metodológica que demuestren la eficacia de estas terapias. **Nivel de evidencia VI. Grado de recomendación C.**

**La Terapia de Conducta Social y Red de Trabajo.** Esta nueva técnica parece mostrarse tan efectiva como la terapia motivacional. (UKAT Research Group, 2005a y 2005b). **Nivel de evidencia III. Grado de recomendación B.**

En personas dependientes del alcohol la combinación de fármacos interdectores con procedimientos psicoterapéuticos completa el abordaje y favorece los cambios conductuales necesarios incrementando la motivación y la adhesión al tratamiento y reduce el número de días en los que el paciente ingiere alcohol (Guardia 1996; Carroll 2004; Williams 2005). La combinación de terapia farmacológica (interdectores del alcohol) y terapia psicológica (fundamentalmente cognitivo-conductual) mejora los resultados del tratamiento para la dependencia de alcohol y cocaína. **Nivel de evidencia III. Grado de recomendación B.**

Las terapias cognitivo conductuales más recientes se mueven alrededor del concepto de mindfulness. Este enfoque abarca una serie de modalidades terapéuticas que han sido denominadas la Tercera Generación de Terapias Cognitivo –Conductuales (Hoppes, 2006). Destaca entre ellas la Terapia Cognitivo-Dialéctica o Dialéctico-Conductual desarrollada por Linehan (1993) para el Trastorno Límite de Personalidad. La Terapia Dialéctica es efectiva en pacientes con trastornos adictivos y trastorno límite de la personalidad comórbido. **Nivel de evidencia II. Grado de recomendación B.**

La fase IV del tratamiento la conforma un seguimiento longitudinal, que sería presencial en la UCA a los 6 meses, con una intervención breve in situ. A los 12 meses, el contacto puede ser no-presencial, y se podría realizar por contacto telefónico. **Nivel de evidencia VIII.**

Resumen de los grados de recomendación y niveles de evidencia de los tratamientos psicológicos de la Dependencia a Alcohol

Fases Tratamiento	Técnicas de Intervención Psicológica	Grado de Recomendación
FASE I Inicio del Tratamiento Evaluación	Intervenciones Breves	A
	Entrevista Motivacional	B
FASE II Deshabitación Mantenimiento	Entrevista Motivacional	B
	Técnicas Cognitivo conductuales	A
	Entrenamiento HHSS	A
	Prevención Recaídas	A
	Terapia cognitiva Beck	B
	Técnicas de autocontrol	B
	T. manejo del estrés	E
	Terapia de Grupo	B
	Abordaje de Refuerzo comunitario	A
	Terapia combinada	A
FASE III Mantenimiento Normalización y Adaptación psico-socio-familiar	Entrevista Motivacional	B
	Técnicas Cognitivo conductuales	A
	Entrenamiento HHSS	A
	Prevención Recaídas	A
	Terapia cognitiva Beck	B
	Técnicas de autocontrol	B
	T. manejo del estrés	E
	Terapia conductual de pareja	A
	Terapia de conducta Social y Red de Trabajo	B
FASE IV Seguimiento post-alta terapéutica	Seguimiento longitudinal (6 – 12 meses)	E

## 7. Bibliografía

Anderson P, Baumberg B: Alcohol in Europe. A public health perspective. A report for the European Commission. Institute of alcohol studies, UK.2006. Disponible en: [http://ec.europa.eu/health/doc/alcoholineu\\_content\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/doc/alcoholineu_content_en.pdf)

Anton RF, O'Malley SS, Ciraulo DA, Cisler RA, Couper D, Donovan DM, Gastfriend DR, Hosking JD, Johnson BA, LoCastro JS, Longabaugh R, Mason BJ, Mattson ME, Miller WR, Pettinati HM, Randall CL, Swift R, Weiss RD, Williams LD, Zweben A. COMBINE Study Research Group. Combined pharmacotherapies and behavioral interventions for alcohol dependence – the COMBINE study: a randomized controlled trial. *JAMA* 2006; 295: 2003-2017.

Anton RF, Moak DH, Latham P, Waid LR, Myrick H, Voronin K, Thevos A, Wang W, Woolson R. Naltrexone combined with either cognitive behavioral or motivational enhancement therapy for alcohol dependence. *J. Clin Psychopharmacol.* 2005; 25 (4): 349-57

APA, American Psychiatric Association. DSM-IV-TR (2002). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Ed. Madrid, Masson España.

Balldin J, Berglund M, Borg S, Mansson M, Bendtsen P, Franck J, Gustafsson L, Halldin J, Nilsson LH, Stolt G, Willander A. A 6-month controlled naltrexone study: combined effect with cognitive behavioural therapy in outpatient treatment of alcohol dependence. *Alcohol Clin Exp Res.* 2003; 27(7):1142-9.

Burtscheidt W, Schwarz R, Wolwer W, Gaebel W. Outpatient behavioural treatment in alcoholism: alcohol consumption and sociodemographic factors. *Fortschr Neurol Psychiatr.* 2001b; 69(11):526-31.

Becoña E, Cortés M, Pedrero EJ, Fernández JR, Casete L, Bermejo MP, Secades R, Tomás V (2008). Guía Clínica de Intervención Psicológica en Adicciones. Barcelona, Socidrogalcohol España.

Bell JB (2008) Volitional control, self-regulation, and motivational interviewing in veterans with alcohol problems. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 68 (7-B), 4810.

Bobes J, Casas M, Gutiérrez M. (2003) Manual de Evaluación y Tratamiento de Drogodependencias. Ed. Ars Médica. España

Bottlender M, Kohler J, Soyka M. The effectiveness of psychosocial treatment approaches for alcohol dependence- a review. *Fortschr neurol Psychiatr.* 2006; 74 (1): 19-31

Burtscheidt W, Wolwer W, Schwarz R, Strauss W, Gaebel W. Out-patient behaviour therapy in alcoholism: treatment outcome after 2 years. *Acta Psychiatr Scand.* 2002; 106(3):227-32.

Burtscheidt W, Wolwer W, Schwarz R, Strauss W, Loll A, Luthcke H, Redner C, Gaebel W. Outpatient behaviour therapy in alcoholism: relapse rates after 6 months. *Acta Psychiatr Scand.* 2001; 103(1):24-9.

Carroll K. (2004). Tratamientos combinados para la dependencia de sustancias. En M. Sammons y N. Schmidt (eds.), *Tratamientos combinados de los trastornos mentales: una guía de intervenciones psicológicas y farmacológicas*. Bilbao: DDB.

Cooney NL, Kadden RM, Litt MD, Setter H: Matching alcoholics coping skills or interactional therapies: two-year follow-up results. *J Consult Clin Psychol* 1991;59: 598-601

COMBINE Study Research Group. Testing combined pharmacotherapies and behavioral interventions for alcohol dependence (the COMBINE study): a pilot feasibility study. *Alcohol Clin Exp Res*. 2003;27(7):1123-31.

Cooney NL, Kadden RM, Litt MD, Setter H: Matching alcoholics coping skills or interactional therapies: two-year follow-up results. *J Consult Clin Psychol* 1991;59:598-601

Chambless DL, Baker MJ, Baucom DH, et al: Update on empirically validated therapies,II. *The Clinical Psychologist* 1998; 51:3-16

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (PNSD) (2001). *Encuesta domiciliaria sobre drogas*.

De Wildt WA, Schippers GM, Van Den Brink W, Potgieter AS, Deckers F, Bets D. Does psychosocial treatment enhance the efficacy of acamprosate in patients with alcohol problems? *Alcohol Alcohol*. 2002;37(4):375-82.

Echeburúa E. *Abuso de alcohol*. Madrid: Síntesis 2001.

Eriksen L, Bjornstad S, Gotestam KG. Social skills training in group for alcoholics: one-year treatment outcome for groups and individuals. *Addict Behav*. 1986;11(3):309-29

Farrell M, Howes S, Taylor C et al. Substance misuse and psychiatric comorbidity: an overview of the OPCS National Psychiatric Morbidity Survey. *Addictive Behaviours* 1998; 23: 909-918.

Ferri M, Amato L, Davoli M. Alcoholics Anonymous and other 12-step programmes for alcohol dependence. *Cochrane Databases Syst Rev*. 2006;3:CD005032

Guardia, J. (1996). Avances en el tratamiento farmacológico del alcoholismo. En J. Aizpiri, y J. F. Marcos (Eds.), *Actualización del tratamiento del alcoholismo*. (pp. 65-96). Barcelona: Masson.

Guardia, J., Jiménez, M. A., Pascual, F., Flórez, G. y Contel, M. (2007). *Guía clínica*

Guardia Serecigni J, Jiménez-Arriero MA, Pascual Pastor P, Fórez Menéndez G, Contell Guillamont M (2007). *Guía clínica para el tratamiento del alcoholismo*. Barcelona, Socidrogalcohol España.

Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Dufour MC, Compton W, Pickering RP, Kaplan K. Prevalence and co-occurrence of substance use disorders an independent mood and anxiety disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 2004 a; 61: 807-816.

Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Ruan WJ, Pickering RP. Co-occurrence of 12-month alcohol and drug use disorders and personality disorders in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 2004 b;61: 361-368.

Hasin DS. Classification of alcohol use disorders. *Alcohol Res Health*. 2003a;27:5-17.

Hasin DS, Grant BF. The co-occurrence of DSM-IV alcohol abuse in DSM-IV alcohol dependence: results of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions on heterogeneity that differ by population subgroup. *Arc Gen Psychiatry* 2004; 61: 891-896.

Hasin DS, Schuckit M.A, Martin CS, Grant BF, Bucholz KK, Helzer JE. The validity of DSM-IV alcohol dependence: what do we know and what do we need to know? *Alcohol Clin Exp Res* 2003b; 27: 244-252.

Heaton RK. *Wisconsin Card Sorting Test Manual*. Psychological Assessment Resources, 1981

Hoppes K (2006). The application of mindfulness-based cognitive interventions in the treatment of co-occurring addictive and mood disorders. *CNS Spectrum*, 11, 829-841

Irvin JE, Bowers CA, Dunn ME, Wang MC. Efficacy of relapse prevention: a meta-analytic review. *J. Consult Clin Psychol*. 1999; 67 (4): 563-70

Kadden R, Carroll K, Donovan D, Cooney N, Monti P, Abrams D, Litt M, Hester R. *Cognitive-Behavioral coping skills therapy manual*. Project MATCH Monograph Series. Vol 3. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Rockville, Maryland 1995.

Landa,N; Fernández-Montalvo, J. y Tirapu.J (2004). Alteraciones neuropsicológicas en el alcoholismo: una revisión sobre la afectación de la memoria y funciones ejecutivas. *Adicciones* 16.

León-Carrión J. BNS. *Batería Neuropsicológica Sevilla*. Manual. Madrid: TEA, 1999.

Linehan M (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Nueva York: Guilford Press.

Linehan M, Dimeff L, Reynolds S, Comtois K, Welch S, Heagerty P et al. (2002). Dialectical behaviour therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 67, 13-26.

Linehan M, Schmidt H, Dimeff L, Craft C, Kanter S y Comois K (1999). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *American Journal on Addictions*, 8, 279-292.

Liappas J, Paparrigopoulos T, Tzavellas E, Christodoulou G. Alcohol detoxification and social anxiety symptoms: a preliminary study of the impact of mirtazapine administration. *J Affect Disord*. 2003;76(1-3):279-84.

Longabauh R, Morgenstern J. Cognitive-Behavioral Coping Skills Therapy for Alcohol Dependence. Current Status and Future Directions. *Alcohol Research & Health* 1999;23 (2):78-85

McKay JR, Lynch KG, Schepard DS, Pettinati HM. The effectiveness of telephone-based continuing care for alcohol and cocaine dependence:24-month outcomes. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(2):199-207

Miller WR, Wilcourne PL: Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders. *Addiction* 2002; 97:265-77

Monti PM, Abrams DB, Kadden RM, Cooney NL. *Treating Alcohol Dependence: A Coping Skills Training Guide*. New York: Guilford Press, 1989.

Nathan, P.E. (1997). Substance use disorders in the DSM-IV. En G.A. Marlatt y G.R. vandenbos (Eds.), *Addictive behaviors. Readings on etiology, prevention, and treatment*. Washinton, DC:American Psuchological Association

Observatorio Español sobre Drogas: Informe 2004 (2005). Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, España. <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/oed-2004.pdf> [Acceso junio 2008]

Oei TPS, Jackson PR. Long-term effects of group and individual social skills training with alcoholics. *Addictive Behaviors* 1980; 5:129-136

Organización Mundial de la Salud: CIE-10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Organización Mundial de la Salud. CIE-10. Editorial MEDITOR. Madrid 1992.

Perz CA, DiClemente CC, Carbonari JP (1996). Doing the right thing at the right time? The interaction of stages and processes of change in successful smoking cessation. *Health Psychology*, 15, 462-468.

Project MATCH Research Group: Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. *J. Stud Alcohol* 1997a; 58:7-29

Reid MC, Fiellin DA, O´Connor PG. Hazardous and harmful alcohol consumption in primary care. *Arch Intern med* 1999; 159:1681-1689

Rohsenow DJ, Monti PM., Binkoff JA, Liepman MR, Nirenberg TD, Abrams DB. Patient-treatment matching for alcoholic men in comunication skills versus cognitive-behavioral mood manegement training. *Addic Behav*. 1991;16 (1-2): 63-9

Rozen HG, Boulogne JJ, van Tulder MW, van den Brink W, De Jong CA, Kerkhof AJ. A systematic review of the effectiveness of the comunity reinforcement approach in alcohol, cocaine and opioid addictin. *Drug Alcohol Depend*. 2004; 74(1): 1-13

Rubio G, Santo-Domingo J, editores. *Guía Práctica de Intervención en el Alcoholismo*. Madrid.

Edit. Gabriel Rubio, Agencia Antidroga, Comunidad de Madrid. 2000.

Secades R. Fernández JR. Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína. *Psicotema* (2001). Vol 13-3 : 365-380.

UKATT Research Team. Cost effectiveness of treatment for alcohol problems: findings of the randomised UK alcohol treatment trial (UKATT). *BMJ*. 2005b; 331(7516): 544-548

UKATT Research Team. Effectiveness of treatment for alcohol problems: findings of the randomised UK alcohol treatment trial (UKATT). *BMJ*. 2005a; 331(7516):541-544

Weschler D. Manual de la Escala de Inteligencia de Weschler para adultos (WAIS). Madrid: TEA, 1976

Williams, S. H. (2005). Medications for treating alcohol dependence. *American Family Physician*, 72, 1775-1780.

World Health Report 2002. Reducing risks, promoting healthy life. Geneva 2002.



## **II. RECOMENDACIONES DE ACTUACIÓN PSICOLÓGICA EN LOS TRASTORNOS DERIVADOS POR EL CONSUMO DE COCAÍNA**



## 1. Introducción

La información más reciente sigue indicando un aumento general del consumo de cocaína en Europa. Las encuestas de población realizadas en toda una serie de países han registrado una marcada intensificación del consumo entre los jóvenes desde mediados de los años noventa. Estos resultados se ven respaldados por estudios específicos que han observado muy elevados niveles de consumo de cocaína en algunos entornos recreativos (locales nocturnos y entornos de música y baile). Paralelamente, los indicadores de disponibilidad de la cocaína en Europa, incluyendo el número de incautaciones de esta sustancia y la cantidad interceptada, han aumentado de forma espectacular. (OEDT-2008)

Los estimulantes desempeñan un papel importante en Europa no solo por lo que respecta a las pautas de consumo identificadas entre los grupos de consumidores crónicos de drogas problemáticos y marginalizados, sino también entre los grupos de jóvenes mejor integrados socialmente, que consumen drogas predominantemente en su tiempo de ocio. No obstante, en Europa pueden registrarse diferentes pautas del consumo de estimulantes: en numerosos países del Sur y el oeste de Europa, la cocaína es actualmente el estimulante consumido con mayor frecuencia y el consumo de esta droga sigue en aumento. (OEDT-2008)

En realidad, siempre que hablamos de “la cocaína” nos referiremos al clorhidrato de cocaína. En nuestro país el aumento de la prevalencia de uso de cocaína se ha producido en todos los patrones de consumo: experimental, consumos recreativos ligados al ocio y a la diversión y uso más regular de la misma. El incremento es especialmente llamativo en los jóvenes, y afecta a todos los grupos de edad de ambos sexos.

Los informes del PNSD (Plan Nacional sobre Drogas) en los últimos años subrayan importantes cambios en los patrones de consumo entre los que destacan el incremento de determinadas drogas, principalmente cannabis y psicoestimulantes (cocaína y anfetaminas). (Terán Prieto, A. et al, 2008)

Además, en los últimos años ha aumentado tanto su consumo como los problemas socio - sanitarios asociados al mismo.

Otro dato preocupante es el elevado nivel de asociación de cocaína a policonsumo de otras sustancias: fundamentalmente alcohol, tabaco y cannabis, pero también anfetaminas, éxtasis, benzodiazepinas y alucinógenos. Así, según la última encuesta EDADES, en la población general de 15 a 64 años que había consumido cocaína en los últimos doce meses, un 98,6% había consumido también alcohol, un 85,1% tabaco, un 81,6% cannabis, un 29,6% anfetaminas, un 27,5% éxtasis y un 20,8% alucinógenos.

Paralelo al aumento de consumo, se ha detectado un incremento paulatino del número de usuarios de cocaína que solicitan tratamiento en la red asistencial, del número de episodios de urgencias hospitalarias directamente relacionadas con su consumo y del número de muertes por reacción aguda al consumo de cocaína. (Bobes, J. et al2001). Asimismo, una proporción importante de los consumidores de opiáceos en tratamiento menciona la cocaína como droga secundaria, hecho que puede contribuir a empeorar sus problemas y dificultar el tratamiento. En muchos países, la cocaína también aparece en los análisis toxicológicos de un alto porcentaje de las muertes relacionadas

con las drogas, normalmente en combinación con opiáceos y otras sustancias (OEDT-2008). Como ejemplo general, podemos ver la evolución numérica de demandas, que han experimentado un importante incremento desde el año 1991. En 1991 había en España 943 personas en tratamiento por cocaína, en 2005 ascendió a 22.820 (OEDT-2007).

A la luz de los datos obtenidos se evidencia que el consumo de cocaína constituye un grave problema socio-sanitario, que justifica la necesidad de encontrar y/o desarrollar tratamientos válidos, eficaces y adaptados, tanto desde el punto de vista médico como psicosocial. La literatura científica y los estudios realizados han demostrado que las conductas adictivas de uso y abuso de drogas no dependen de un factor aislado, sino que están originadas y mantenidas por diversos factores de naturaleza multidimensional. De acuerdo con este modelo, los componentes esenciales para explicar la iniciación, mantenimiento o abandono de la conducta adictiva son la vulnerabilidad individual, el contexto y las consecuencias (Secades-Villa, R. y col 2007).

En los últimos años han aparecido innumerables evidencias sobre tratamientos, instrumentos de evaluación y apoyo diagnóstico, fármacos y distintas modalidades psicoterapéuticas dirigidas al tratamiento de las adicciones químicas. Los tratamientos psicológicos han mostrado altos niveles de eficacia, siendo en la actualidad eje de centralidad dentro de las intervenciones en las conductas adictivas en general (Becoña E, Cortes M. 2008). En este sentido el NIDA en los denominando principios sobre el tratamiento efectivo de las drogodependencias", analiza y destaca que las terapias psicológicas son componentes críticos y nucleares para el tratamiento efectivo de la adicción.

Los distintos modelos psicológicos constituyen actualmente el soporte conceptual fundamental que mejor respuesta puede dar a las necesidades básicas de los tratamientos, como son el incremento de la motivación, la atención a la diversidad psicológica y la reducción de las recaídas. Los modelos funcionales psicológicos pueden ofrecer un punto natural de integración multidisciplinar (Gifford y Humphreys, 2007) en el que los distintos dominios terapéuticos ejerzan su acción de forma coherente, y teóricamente fundamentada (Becoña Iglesias y cols., 2008). Sin embargo, conviene recordar que los modelos y tratamientos psicológicos no excluyen sino que demandan las aproximaciones multidimensionales, incluyendo las intervenciones farmacológicas y sociales y diversos autores plantean la combinación de terapias farmacológicas y psicológicas como mejor estrategia (Sanz L, Arranz B, 2001; Carroll K. 2004). Los objetivos de la terapia farmacológica estarían centrados en la desintoxicación, síntomas específicos, estabilización y mantenimiento y tratamiento de las patologías concomitantes. La terapia psicológica abarca los objetivos de motivación al tratamiento, entrenamiento en habilidades, modificación de contingencias de refuerzo, mejora del funcionamiento personal y socio-familiar y apoyo al tratamiento farmacoterapéutico (Fernández, Arias, Castillo, Roncero, Rovira y Secades, 2008).

El abordaje terapéutico en la deshabituación de las adicciones en general, pasa por un fenómeno complejo que no cuenta con un modelo teórico único. Las aportaciones de la psicología al estudio, comprensión y tratamiento de las conductas adictivas han sido numerosas, siendo los modelos teóricos más destacados los aportados por las teorías psicodinámicas (Weegman y col 2002), del aprendizaje (Goldeberg R. y col 1986), cognitivas (Beck AT. y col 1999) y transteóricas (West, R 2006 y Prochaska y cols 1993).

Los abordajes psicoterapéuticos existentes para el tratamiento de las drogodependencias, ya sean a nivel ambulatorio o en régimen de ingreso, individual o grupal, ha sido limitada hasta la década de 1990 en cuanto a estudios que evaluaran la efectividad de los procedimientos de intervención. La Asociación psicológica Americana (APA) define cuáles deben ser las características que debe reunir una intervención psicológica (Cambless y Ollendick, 2001) para poder evaluar su eficacia, destacando entre otras el ajuste a la clasificación de trastornos mentales consensuadas (DSM-CIE) y la manualización del tratamiento que permita homogeneizar la intervención. Concretamente el Grupo de Trabajo para la Promoción y difusión de Procedimientos Psicológicos, creado por la División 12 de la APA, establece los criterios que definen los “tratamientos bien establecidos” y los Probablemente eficaces”. En los últimos años, a través de la red Clinical Trials Network se ha investigado, sirviéndose de ensayos clínicos controlados, diversos abordajes terapéuticos para la dependencia de drogas que cumplen los anteriores criterios. (Carroll y Onken, 2005; Terán, 2008; Pérez A, Fernández, J.R. y col 2005).

## Principios de tratamientos efectivos (NIDA)

1. No hay un solo tratamiento que sea apropiado para todas las personas.
2. El tratamiento debe estar fácilmente disponible en todo momento.
3. El tratamiento efectivo debe abarcar las múltiples necesidades de la persona, no solamente su uso de drogas.
4. El plan de tratamiento del paciente debe ser continuamente evaluado y, de ser el caso, modificado para asegurar que el plan se mantenga a la par con los cambios en las necesidades de la persona.
5. Para que el tratamiento sea efectivo, es esencial que el paciente lo continúe durante un período adecuado de tiempo.
6. La terapia individual y/o de grupo y otros tipos de terapias de comportamiento constituyen componentes críticos del tratamiento efectivo para la adicción.
7. Para muchos pacientes, los medicamentos forman un elemento importante del tratamiento, especialmente cuando se combinan con los diferentes tipos de terapia.
8. En el caso de individuos con problemas de adicción o abuso de drogas que al mismo tiempo tienen trastornos mentales, se debe tratar los dos problemas de una manera integrada.
9. La desintoxicación médica es solamente la primera etapa del tratamiento para la adicción y por sí misma hace poco para cambiar el uso de drogas a largo plazo.
10. El tratamiento no tiene que ser voluntario para ser efectivo.
11. El posible uso de drogas durante el tratamiento debe ser constantemente supervisado.
12. Los programas de tratamiento deben incluir exámenes para el VIH/SIDA, la hepatitis b y c, la tuberculosis y otras enfermedades infecciosas, conjuntamente con la terapia necesaria para ayudar a los pacientes a modificar o cambiar aquellos comportamientos que les ponen a ellos o a otros en riesgo de ser infectados.
13. La recuperación de la drogadicción puede ser un proceso a largo plazo y frecuentemente requiere múltiples rondas de tratamientos.

## 1.1 Prevalencias del consumo de drogas

### 1.1.1 Prevalencias generales

- La situación del consumo de drogas, reflejada en la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES-2007-08) y en la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES-2006-07), no es muy distinta a la existente en Europa. Las sustancias psicoactivas de consumo más extendido entre la población española son el alcohol, el tabaco, el cannabis y la cocaína. (Ministerio de Sanidad y Consumo Secretaría General de Sanidad Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas .PROGRAMA DE ACTUACIÓN FRENTE A LA COCAÍNA 2007-2010.)
- Los datos de la última Encuesta EDADES (2007-08), confirman la tendencia al alza en el consumo de cocaína en polvo, que se inició en 1995 y se hizo más acusada a partir de 1999. Entre los españoles de 15 a 64 años de edad, la prevalencia anual de consumo de cocaína en polvo ha aumentado. El 8% de la población en esta franja de edad ha tomado cocaína alguna vez, el 0,3% lo ha hecho en el último año y un 1,6% en el último mes. En el consumo a lo largo de la vida también se ha producido un aumento. En el 2007-08 se ha producido un aumento del consumo de cocaína base pasando del 0,1% en 2003 a 0,5 en 2008.
- Según recientes encuestas de población nacionales, entre el 0.5% y el 6% de la población adulta admite haber consumido cocaína al menos una vez en la vida. El Reino Unido (6.8%) y España (4.9%) ocupan los dos primeros puestos de esta clasificación. En cuanto al consumo reciente, cerca del 1% de la población europea admite haberla consumido en los últimos 12 meses previos a la encuesta. Para España y Reino Unido estas tasa de prevalencia superan el 2% y son las más altas de la Unión Europea (Ministerio de Sanidad y Consumo Secretaría General de Sanidad Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. PROGRAMA DE ACTUACIÓN FRENTE A LA COCAÍNA 2007-2010).

### 1.1.2 Datos prevalencia escolares

- La situación entre los estudiantes de enseñanzas secundarias de 14 a 18 años es similar a la población adulta, observándose también una tendencia creciente, de forma general hasta 2005. La serie de la Encuesta (ESTUDES-2007-08) señala que en el periodo 1994-2004, la prevalencia del consumo de cocaína en polvo se multiplicó, entre los escolares, por un factor entre 3,5 y 4, dependiendo del indicador de consumo que se mida (alguna vez/últimos 12 meses....), aumento que no se aprecia en ninguna otra sustancia. (Terán Prieto, A. et al ,2008)
- Los índices generales de prevalencia del consumo de cocaína en los escolares son muy inferiores a los del consumo de cannabis. En los países que han comunicado datos de encuestas escolares nacionales recientes (España, Portugal, Eslovaquia, Suecia, Reino Unido), la prevalencia de consumo de cocaína se muestra estable o presenta un ligero descenso, aunque por regla general los cambios en los niveles de prevalencia son demasiado pequeños como para ser estadísticamente significativos. En España, las encuestas recientes muestran una reducción significativa del consumo en los escolares de 17 a 18 años. (OEDT-2008)

- Por lo que se refiere a la prevalencia para el consumo de cocaína en algún momento de la vida entre escolares de 15 a 16 años, en la mayoría de los países es del 2% o inferior, llegando al 6% únicamente en España y el Reino Unido(Terán Prieto, A. et al ,2008)

### **1.1.3 Datos prevalencia Jóvenes**

- El consumo de cocaína se halla principalmente concentrado en los adultos jóvenes (15-34 años). La ratio de la prevalencia entre mujeres y hombres para el consumo durante el último año oscilaba entre 1:1 y 1:13 para los adultos jóvenes en los diferentes países. Las medias ponderadas para la Unión Europea en su totalidad sugieren que, entre los consumidores de cocaína de 15 a 34 años de edad, la ratio entre hombres y mujeres era de casi 4 a 1 (3,8 hombres por cada mujer). (OEDT-2008)
- De los 4 millones de europeos que han consumido la droga en el último año, es probable que siete de cada ocho sean adultos jóvenes. (OEDT-2008)
- Entre la juventud española los niveles de consumo pueden ser mayores a la media de la población europea. El consumo a lo largo de la vida desde los 15 a los 34 años de edad se sitúa entre el 1% y el 11.6%, y de nuevo España (7.7%) y Reino Unido (11.6%) se sitúan en los primeros puestos. Alrededor de 7,5 millones de jóvenes adultos europeos han consumido la sustancia al menos una vez en la vida, y cinco países indican tasas de prevalencia del 5% o superiores (Alemania, Italia, Dinamarca, España y Reino Unido). (Terán Prieto, A. et al ,2008) El consumo reciente varía entre el 0.2% y el 4.6% encontrándose España junto a Reino Unido por encima del 4%.(Guía clínica: Tratamiento de trastornos por el consumo de sustancias estimulantes. II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones. 2008

## 2. Criterios diagnósticos

En el DSM-IV-TR (APA, 2001-2002) se plantean dos tipos de diagnósticos para los trastornos relacionados con sustancias: los referentes al patrón de consumo de sustancias (dependencia y abuso) y los que describen síndromes conductuales provocados por el efecto directo de la sustancia en el Sistema Nervioso Central.

El diagnóstico de Abuso se describe mediante cuatro ítems, pero sólo es necesario que éste presente uno para que se establezca el diagnóstico. En el caso de la Dependencia el diagnóstico se realiza a través de siete criterios que pueden dividirse en tres grupos: criterios de dependencia física (1y2), criterios de consumo compulsivo (3, 4,7) y criterios de efectos adversos del consumo de la sustancia (5,6). La dependencia física se indica por la presencia de tolerancia o abstinencia.

En la CIE-10(OMS, 1992) se introduce el concepto de “consumo perjudicial”, que puede entenderse como una forma inicial de dependencia. La manifestación del síndrome de dependencia es el deseo de ingerir drogas.

Los criterios de ambos sistemas diagnósticos para Dependencia son muy similares, aunque la CIE-10 contiene los siete del DSM-IV, los aglutina en cinco y añade un sexto que hace referencia al comportamiento del anhelo, deseo o Craving por el consumo. A pesar de las diferencias los trabajos en los que se han comparado ambos sistemas han encontrado un alto nivel de concordancia para la categoría de la Dependencia (Nathan, 1997).

El abuso y/o uso perjudicial de la cocaína se define como un consumo de cantidades habitualmente menores que en la dependencia y sin su regularidad, pero que conlleva consecuencias negativas: físicas, laborales, sociales, etc. El craving o necesidad irresistible de consumo, se da tanto en la dependencia como en el abuso.

Se muestran los criterios generales del CIE-10 para el diagnóstico del consumo perjudicial de cocaína, y los criterios generales del DSM – IV-TR para el abuso de sustancias (cocaína). DSM IV (APA, 1994, pág. 182).

## Criterios de "Consumo perjudicial" (CIE-10) y "Abuso" (DSM-IV-TR)

Consumo perjudicial de cocaína	Abuso de cocaína
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Afecta a la salud física o mental.</li> <li>• Consecuencias sociales adversas de varios tipos.</li> <li>• En ausencia de Síndrome de dependencia, trastorno psicótico u otras formas específicas de trastornos relacionados con cocaína o sustancias psicótropas.</li> </ul>	<p>Patrón desadaptativo de consumo de cocaína que conlleva deterioro o malestar clínicamente significativo expresado por uno o más de estos ítems durante un periodo de 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consumo recurrente de cocaína que dé lugar a incumplimiento de obligaciones en el trabajo, casa o la escuela.</li> <li>• Consumo de cocaína en situaciones en las que hacerlo puede resultar peligroso.</li> <li>• Problemas legales repetidos relacionados con la cocaína.</li> <li>• Consumo continuado de cocaína a pesar de problemas interpersonales o sociales continuos o recurrentes, causados o exacerbados por los efectos de la cocaína.</li> <li>• No cumple criterios de dependencia a la cocaína.</li> </ul>

El consumo abusivo y dependiente de cocaína se asocia a diferentes aspectos. Entre éstos destacan: la vía de administración, pues el consumo de base libre (fumada) y de clorhidrato intravenoso son los más adictivos; el tiempo y la cantidad, pues a mayor tiempo de consumo y cantidad de cocaína más probabilidades existen de que el sujeto se haga dependiente; la tendencia a la compulsión y movimientos estereotipados, pues las personas con estas conductas que consumen cocaína desarrollan adicciones más graves y más rápidas; la presencia del "crash", ya que la aparición de un cuadro con intensa disforia después de consumir puede predisponer al consumo para aliviarlo; y la presencia de síntomas generales de abuso o dependencia.

Normalmente, el perfil clínico característico de un dependiente a la cocaína es el de una persona que presenta tolerancia, autoadministración compulsiva y, en ocasiones, síntomas de abstinencia cuando interrumpe el consumo. Tras años de consumo suele aparecer la dependencia pero a veces se establece al poco tiempo de haber comenzado a consumirla. Es habitual que el dependiente de cocaína sufra complicaciones médicas y/o psiquiátricas como ansiedad, depresión, psicosis cocaínica, agresividad, pérdida de peso y síntomas de abstinencia.

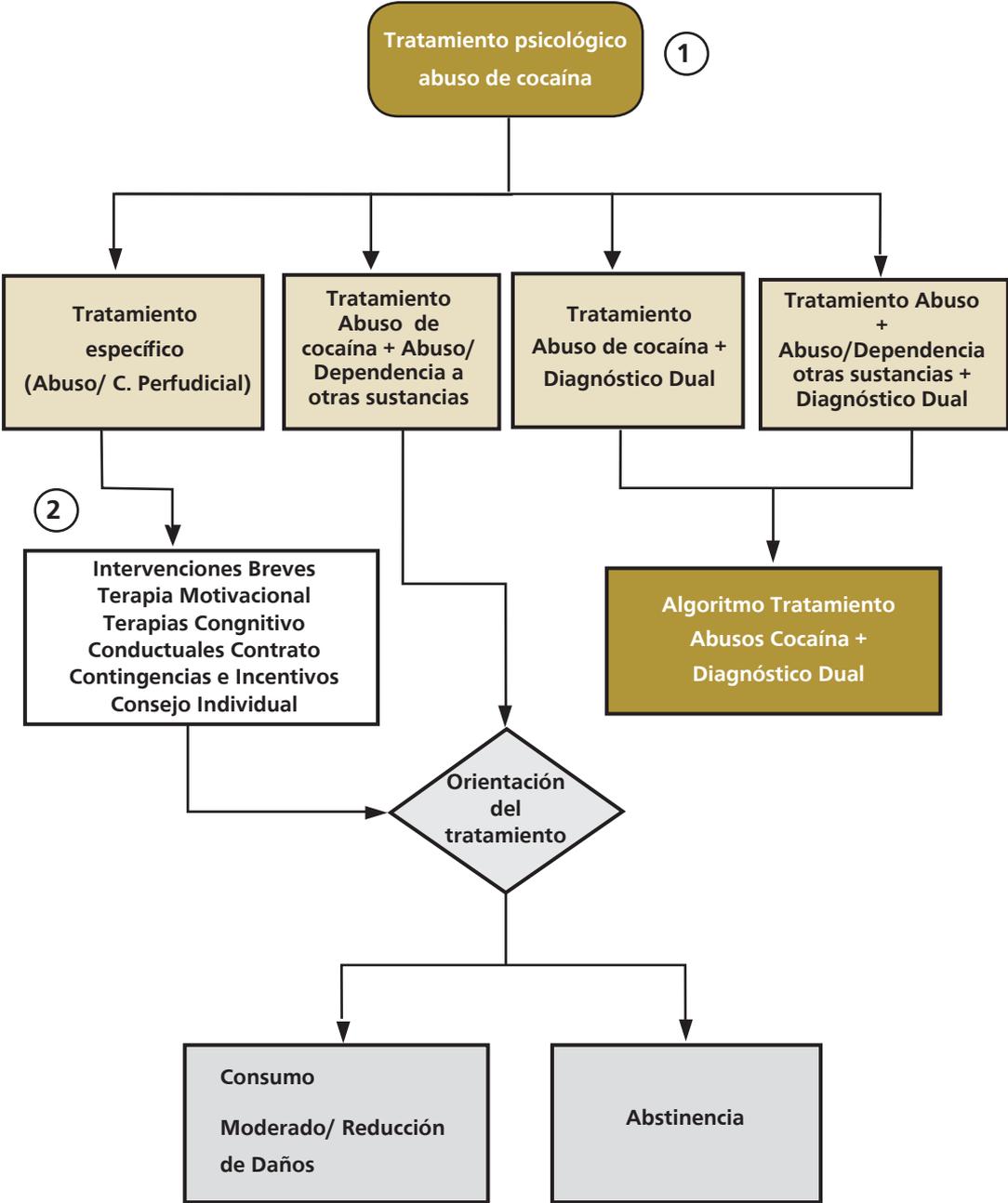
A continuación se muestran los criterios generales del CIE-10 para el diagnóstico de síndrome de dependencia (cocaína F14.2) y los criterios del DSM - IV-TR para el diagnóstico de dependencia de cocaína.

Criterios de "Dependencia de cocaína" (DSM-IV-TR y CIE-10)		
Criterios	DSM-IV-TR	CIE-10
Tolerancia: a. Necesidad de aumentar las cantidades. b. El efecto disminuye claramente	<b>X (a, b)</b>	<b>X (a, b)</b>
Síndrome de abstinencia: a. Síndrome de abstinencia característico de la sustancia. b. Se toma la sustancia o similar para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia	X (a, b)	<b>X (a, b)</b>
Pérdida de control: Deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo	X	<b>X</b>
Deseo Deseo intenso o vivencia de compulsión a consumir la sustancia.		<b>X</b>
Negligencia en actividades Reducción de la vida social, ocupacional o recreativa (Abandono de las fuentes de placer o diversiones)	X	<b>X</b>
Consumo a pesar de las consecuencias 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	X	<b>X</b>
Preocupación por el consumo Emplea mucho tiempo en actividades de obtención de la sustancia, en el consumo o en la recuperación de los efectos de la sustancia.	X	<b>X</b>
Número de criterios y duración para el diagnóstico	<b>Tres o más de los siguientes ítems, en algún momento de un periodo continuado de doce meses</b>	<b>Tres o más de las siguientes manifestaciones aparecidas simultáneamente durante al menos un mes o en un periodo de doce meses.</b>
Características para significación clínica	<b>Los síntomas deben provocar un malestar clínico significativo o deterioro de las actividades de la persona</b>	<b>Requiere los síntomas descritos.</b>

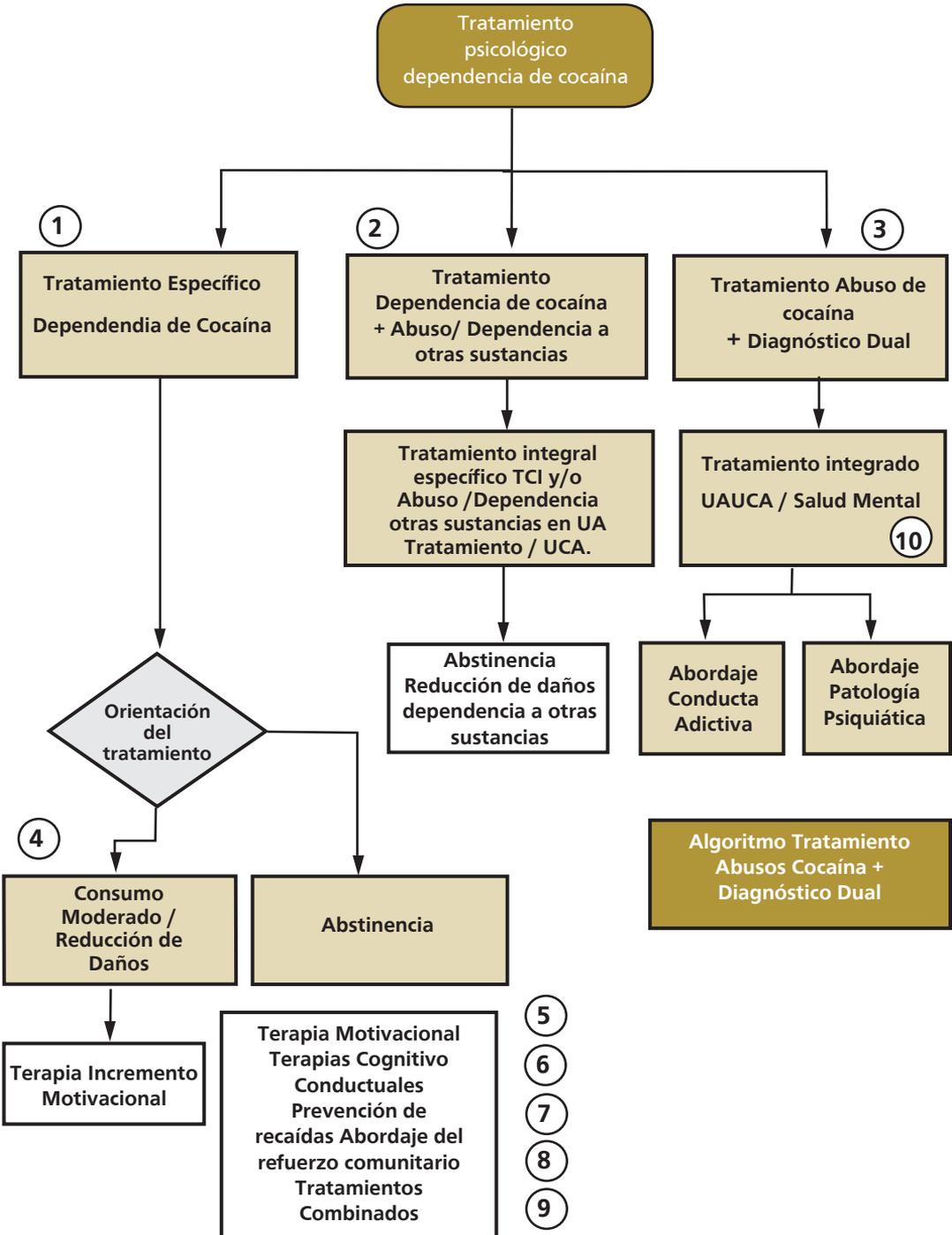
Nota: la "X" indica que el criterio está presente. Las expresiones X(a, b) o X (c) indican que el mismo criterio incluye las partes "a" y "b", o que el criterio sólo incluye "c", respectivamente

### 3. Algoritmos y recomendaciones

#### 3.1 Algoritmo del tratamiento psicológico de abuso de cocaína



### 3.2 Algoritmo del tratamiento psicológico de dependencia de cocaína



### 3.3 Recomendaciones al algoritmo del tratamiento psicológico de abuso de cocaína

1. El primero de los principios para el tratamiento efectivo del NIDA indica que “No hay un tratamiento único que sea eficaz para todas las personas adictas”, por ello debemos tener presente la necesidad de una correcta evaluación y conocimiento de las características psicológicas individuales de cada caso específico, para realizar una indicación terapéutica diferencial y una adecuada planificación del tratamiento psicológico a implementar.
  - a) El tratamiento psicológico del abuso de cocaína debe incluir, tanto si va dirigido a la abstinencia total, como si se orienta a un consumo de menor riesgo: Actividades Psicoeducativas sobre la Salud y la Adicción, e Intervenciones Psicológicas de carácter breve.
  - b) La intervención psicológica de carácter grupal, está contraindicada en pacientes que no consiguen la abstinencia a cocaína.
2. Entre las principales intervenciones para el abordaje psicológico del abuso de cocaína, se han mostrado eficaces:
  - **Consejo individual o Asesoramiento**, se recomienda siempre en terapia individual, su eficacia está probada a nivel ambulatorio, disminuyendo la frecuencia del consumo y el riesgo de recaída (Florentino y Anglin, 1994, McLellan y cols., 1988.).
  - En los **Tratamientos Conductuales**, el Entrenamiento en Habilidades para el manejo del craving y el afrontamiento de situaciones de alto riesgo, es uno de los elementos más eficaces y con mayor influencia en la evolución y resultado del tratamiento (Sinha y cols., 2003, Higgins y cols., 1994) mejorando la capacidad de autocontrol (Monti y cols., 1995).
  - Entre los **Tratamientos Cognitivo-Conductuales (TCC)**, las intervenciones cognitivas y el entrenamiento en habilidades de afrontamiento son las técnicas más utilizadas (Chambless y cols., 1998), tanto en formato individual, como grupal. Son incluso más eficaces en pacientes con mayor grado de severidad (Carroll y cols., 1991). Los programas de Prevención de Recaídas, son útiles en la dependencia de cocaína y además compatibles con diversos enfoques de tratamiento.
  - El **Enfoque Multicomponente de Reforzamiento Comunitario (CRA) + Vouchers** (Higgins y cols., 1998), con formato preferentemente individual (APA) y complementariamente en formato grupal, se considera para el tratamiento del abuso y /o dependencia de cocaína como tratamientos bien establecidos sobre todo en modalidad ambulatoria (Secades y Hermida, 2001; García y cols., 2007; Secades y cols., 2007).
  - La **Entrevista y Terapia de Incremento Motivacional**, se muestra eficaz en sujetos no dependientes y como fase preliminar del tratamiento y acompañando a otras intervenciones psicológicas. Aumenta la retención y el cumplimiento de las indicaciones terapéuticas y resulta un tratamiento eficaz para la mayor parte de los problemas crónicos en el ámbito de la salud: tanto los relacionados con el consumo de drogas (alcohol, cocaína, nicotina, etc.) como con el juego patológico, las enfermedades coronarias, el asma, etc. (López Viña, 2005). Se puede aplicar en dos formatos: Intervención breve e Intervención de apoyo y seguimiento a posteriores tratamientos.

### 3.4 Recomendaciones al algoritmo del tratamiento psicológico de dependencia de cocaína

1. Los pacientes con diagnóstico de dependencia de cocaína pueden ser atendidos en diversos contextos terapéuticos (Unidades Ambulatorias, Centros Hospitalarios, Unidades Semi-residenciales y Residenciales). La elección del medio más adecuado se basará en las exigencias del plan de tratamiento, en función de las peculiaridades clínicas de cada caso (Carroll y cols., 1994; APA 2006; Teran y Prieto 2008), y de las características de los contextos terapéuticos disponibles.

Para pacientes con trastornos por consumo de cocaína, se recomienda preferentemente:

- Programas integrales de tratamiento ambulatorio de carácter intensivo, con una frecuencia de sesiones de dos veces por semana. Una frecuencia baja de contactos clínicos no es efectiva en el inicio o en el mantenimiento de la abstinencia (Weinstein y cols., 1997; Coviello y cols., 2001).
- Programas multicomponentes que integren simultáneamente varias técnicas terapéuticas, obteniéndose mejores resultados si se combinan terapia grupal e individual.

Es aceptado por la mayoría de autores, que el formato de elección en la dependencia a cocaína es la Psicoterapia Intensiva, a ser posible más de una vez por semana, centrada en la estabilización de la abstinencia (Karabanda et al, 1999).

Para los centros asistenciales, la terapia grupal supone una herramienta que ahorra costes sin restar eficacia al tratamiento. Se han utilizado diversas modalidades de tratamiento de grupo en la dependencia de cocaína (Spitz, 1990):

- Los **Grupos de Psicoterapia**, son de diversos tipos y formatos, se organizan generalmente con sesiones estructuradas o semiestructuradas y son guiadas por profesionales. Adopta un enfoque psicoeducativo y se utilizan Técnicas de Tratamiento psicoterapéutico con evidencia empírica. ( TCC, Psicoterapia expresiva de apoyo, Psicoterapia interpersonal...)
- Los **Grupos de autoayuda**, formados por adictos en proceso de recuperación, se llevan a cabo con un liderazgo no profesional y persiguen el objetivo básico de la abstinencia mediante el control recíproco de todos sus miembros en un régimen altruista de apoyo e igualdad. Existe evidencia de que el tratamiento de soporte mediante grupos de autoayuda, puede ser muy importante en el periodo inicial en el que la abstinencia es más difícil de obtener y se necesitan apoyos más constantes. Los grupos de autoayuda también pueden formar parte de tratamientos integrados, combinados con TCC y fármacos, aunque en nuestro entorno existe poca evidencia científica con pacientes adictos a cocaína y están poco desarrollados. En este tipo de grupos, los instrumentos terapéuticos fundamentales son la vigilancia y la presión grupal, si bien no está evaluada su eficacia, en el estado actual de recursos y conocimientos es una estrategia que ha de considerarse como válida (Woody, 2003). El propio NIDA avala la terapia de los 12 pasos, que se apoya en las reuniones de Alcohólicos Anónimos, con un encuadre grupal, como complemento de un tratamiento clínico multicomponente.

En base a la experiencia clínica, nos atreveríamos a recomendar la concurrencia o simultaneidad de ambas modalidades grupales. Pueden ser herramientas terapéuticas complementarias, tanto en el inicio como en el desarrollo del tratamiento de deshabituación de la dependencia de cocaína.

2. La dependencia de cocaína puede coincidir con otras conductas adictivas, tanto químicas como comportamentales. Entre el 60 y el 90% de los abusadores de cocaína consumen también otras drogas (Grant y Harford, 1990; McCance-Katz y cols., 1993; Brokooft y cols., 1996). La comorbilidad más frecuente se produce con el abuso o dependencia alcohólica (Regier et al., 1990, Rounsaville et al., 1991, Halikas et al., 1994, Torres, 2001), asociándose a peores niveles de funcionamiento y a mayores índices de psicopatología concurrente (Flannery, Morgenstern, Mckay, Wechsberg y Litten, 2004).

En aquellos casos en que se presenta comorbilidad entre dependencia de cocaína y alcohol y peor progreso terapéutico, es necesario establecer la importancia relativa de cada una de ellas para determinar la prioridad del abordaje y minimizar daños.

En los pacientes con adicciones mixtas es necesario establecer una combinación y una secuencia apropiada de procedimientos terapéuticos y explorar nuevas intervenciones, dado que suelen presentar más problemas psicológicos y sociales. El rastreo completo de tóxicos y de alcohol es una práctica imprescindible en la evaluación inicial y en las primeras semanas de tratamiento. El NIDA (1999, 2004) recomienda la utilización de terapias psicológicas en combinación con tratamientos farmacológicos, fundamentándose en el potencial de su complementariedad y en su capacidad para producir efectos acumulativos. En la práctica clínica, los enfoques combinados en la mayoría de los casos son la estrategia adecuada en el abordaje de los trastornos por dependencia a sustancias. En los tratamientos de corte fundamentalmente farmacológico, se suele incluir algún elemento psicoterapéutico para facilitar el mantenimiento del paciente en el tratamiento y su adherencia a la farmacoterapia (Carroll, 2004).

El manejo de contingencias ha demostrado utilidad superior a la TCC en sujetos dependientes de cocaína, asociándose a mayores tasas de retención y menores niveles de consumo (Terán, Casete y Climent, 2008). La combinación de ambas técnicas no produce resultados significativamente mejores, si bien los sujetos en el grupo de tratamiento combinado muestran mayor adherencia a la TCC (Rawson et al., 2006).

La TCC combinada con Disulfiram mostró mayor efectividad que su combinación con placebo, (Mckay, Alterman, Cacciola, Rutherford, O'Brien y Koppenhaver, 1997) y sus efectos se mantienen en el tiempo más allá del Tratamiento (Carroll et al., 2001; Carroll, Nich, Ball, McCance, Frankforter y Rounsaville, 2000).

El cocaetileno (producto resultante de la combinación alcohol-cocaína) con un demostrado efecto tóxico, supone una complicación añadida a la gravedad de la adicción mixta (Hart y cols, 2000; Camí y cols, 1998). Al efecto tóxico directo, se añade la importancia del consumo de alcohol como agente inductor de recaídas en el consumo de cocaína en programas de rehabilitación. El tratamiento conjunto de ambas adicciones es fundamental para lograr el éxito y será el resultado de la combinación de tratamiento farmacológico y de la intervención psicosocial (Guardia y cols, 2007).

La utilización de fármacos anticraving como el acamprosato o la naltrexona, que no han demostrado utilidad en la adicción a la cocaína, sí estarían indicados cuando se produce la coexistencia de ambas adicciones (Hersh y cols, 1998; Oslin y cols, 1999). El Disulfiram y el Topiramato reducen el consumo de alcohol y cocaína (George y cols, 2000; Petrakis y cols., 2000; Johnson y cols., 2003; Kampman y cols., 2004).

En el ámbito de las adicciones en general, se han encontrado altos índices de comorbilidad con el juego patológico que oscilan entre el 8 y el 80% en el caso del alcoholismo (Fernández Montalvo, Landa y López Goñi, 2005; Hall, Carriero, Takushi, Montoya, Preston y Gorelick, 2000), son escasas las publicaciones que abordan la comorbilidad entre adicción a cocaína y juego patológico. El estudio de Hally cols., 2000, encontró un 8% de juego patológico en el total de la muestra estudiada y un 6.2% en el grupo con adicción exclusiva a cocaína, presentando así mismo este grupo, mayor incidencia de Trastorno Antisocial de la Personalidad. Los índices de comorbilidad de ambos trastornos, hacen recomendable tanto la evaluación como la inclusión de protocolos de rehabilitación de juego patológico en el tratamiento de la dependencia de cocaína. La bulimia, el sexo compulsivo, y la tricotilomanía, son trastornos también comórbidos a la dependencia de cocaína (Wiederman y Pryor, 1996; Hart y cols., 2000).

3. La asociación abuso/dependencia de sustancias con trastornos de la personalidad es una de las más frecuentes en patología dual, especialmente en lo que hace referencia al Trastorno Antisocial de la Personalidad (22%) y el Trastorno Límite de la Personalidad (18%); el resto suele situarse en un rango entre el 1%-10% (Verheul y cols., 1998). Para Sonne y Brady (1998) el 66,7% cumplen criterios de al menos un trastorno de la personalidad aunque la distribución por frecuencias es diferente a la señalada en el caso anterior: límite (40%), paranoide (28,9%), antisocial (24,4%) y narcisista (22,2%) (Weiss y cols.), (1993) señalan que el 74% de los cocainómanos estudiados por ellos padecen al menos un trastorno de la personalidad, mientras Kranzler y cols (1994) destacan el tipo límite, el antisocial y el narcisista como los más frecuentes. También autores como Schmitz y cols., (2000); Compton y cols., (2000) subrayan la alta prevalencia del trastorno antisocial de la personalidad en cocainómanos. Sirva como resumen de todos estos resultados la amplia revisión realizada por López y Becoña (2006) que sitúa la prevalencia entre 47% y el 97% siendo los trastornos más prevalentes: el límite, el antisocial, el histriónico, el narcisista, el pasivo-agresivo y el paranoide. Las prevalencias difieren mucho en función de la metodología aplicada en las investigaciones.
4. Cuando los pacientes pretenden reducir el uso de cocaína y minimizar los daños provocados por su consumo, la estrategia más adecuada es procurar aumentar la conciencia de su problema, ofreciendo psicoeducación sobre la adicción, apoyo y consejo para disminuir, en la medida de lo posible las consecuencias perjudiciales producidas por la cocaína (Bobes J, Casas M. 2003).
5. Los mayores beneficiarios de las intervenciones motivacionales son los sujetos que, presentan menores niveles de motivación al cambio. La Entrevista Motivacional parece especialmente útil en adictos que se encuentran en el estadio de precontemplación, que no han considerado la posibilidad de abandonar el consumo y que, a partir de una intervención intencional, pueden empezar a considerar la conveniencia de hacerlo. También parece ser más efectiva en sujetos con limitaciones neuropsicológicas que les incapacitarían, al menos en las fases

iniciales del proceso de cambio, para beneficiarse de intervenciones psicológicas de mayor complejidad y exigencia. (Becoña y cols., 2008)

6. Las terapias cognitivo-conductuales representan la integración de los principios derivados de la teoría del comportamiento, la teoría del aprendizaje social y la terapia cognitiva (Finney, Wilbourne y Moos, 2007). Suponen un enfoque más comprensivo para tratar los problemas derivados del uso de sustancias y consisten básicamente en el desarrollo de estrategias destinadas a aumentar el control personal que la persona tiene sobre sí misma.

Las TCC más recientes, han pivotado sobre el concepto de MINDFULNESS, sin equivalente en el idioma castellano, puede entenderse como atención y conciencia plena, presencia atenta y reflexiva. La técnica de Mindfulness plantea centrarse en el momento presente de forma activa y reflexiva (Vallejo, 2006). Este enfoque engloba una serie de modalidades terapéuticas que han sido denominadas la Tercera Generación de Terapias Cognitivas-Conductuales (Hoppes, 2006). Destaca entre ellas la Terapia Cognitivo-Dialéctica o Dialéctico-Conductual desarrollada por Linehan (1993) específica para el tratamiento del Trastorno Límite de Personalidad.

La Terapia Dialéctica es efectiva en pacientes con trastornos adictivos y trastorno límite de personalidad comórbido (Becoña Iglesias y Cortés Tomás, 2008).

7. Un caso especial de entrenamiento en habilidades de afrontamiento, lo constituye el modelo teórico de Prevención de Recaídas propuesto por Marlatt (Marlatt, 1993; Marlatt y Donovan, 2005; Marlatt y Gordon, 1985). La recaída se produce cuando el sujeto se expone a una situación de riesgo y no es capaz de responder con las estrategias de afrontamiento adecuadas para garantizar el mantenimiento de su abstinencia. En los Programas de Prevención de Recaídas, se entrenan estrategias de afrontamiento a dos niveles: Habilidades específicas para manejar las Situaciones de Alto Riesgo (SAR): Relajación, Asertividad y competencia social, control de la ira y el malestar y Estrategias generales: Estilo de vida saludable y habilidades de autocontrol y manejo de consecuencias. El formato de aplicación admite tanto la intervención individual como la grupal, partiendo siempre del Análisis Funcional de cada paciente. La Prevención de Recaídas se encuentra entre las intervenciones psicológicas de primera elección (Carroll., 2001), con suficiente evidencia empírica sobre su eficacia al lograr mantener las habilidades adquiridas después de completar el tratamiento (Carroll., 2004).
8. El Abordaje de refuerzo comunitario tiene como objetivo conseguir la abstinencia mediante la disminución del refuerzo positivo asociado al consumo y el aumento del refuerzo positivo asociado a la consecución y mantenimiento de la abstinencia. El paquete de tratamiento incluye terapia de pareja, actividades dirigidas a la reinserción laboral, asesoramiento en actividades sociales y recreativas libres de drogas y utilización de una red social libre de sustancias. Frecuentemente se acompaña de estrategias de manejo de contingencias (APA Work Group on Substance Use Disorders, 2005).
9. Se ha estudiado el efecto conjunto de la terapia cognitivo-conductual con otras terapias psicológicas y con intervenciones farmacológicas. La integración de la psicoterapia con la farmacoterapia es imprescindible (Carroll, 1997; Carroll y Schottenfeld, 1997), porque ambas técnicas son diferentes en lo que se refiere al modo de acción, al tiempo de efecto, a los

síntomas-objetivo a los que se dirigen y a la duración del efecto y la aplicabilidad. El principal beneficio de integrar técnicas psicoterapéuticas y farmacológicas es poder tratar un mayor rango de síntomas y de problemas, asociando pacientes y tratamientos de forma más ajustada. El NIDA (1999, 2004) recomienda la utilización de las terapias psicológicas en combinación con los tratamientos farmacológicos, formando parte del modelo de tratamiento en el que se realiza el abordaje global de los problemas que presenta una persona con problemas de dependencia.

La terapia de Apoyo Expresivo (TSE), aplicada al ámbito de los trastornos adictivos fue dada a conocer por Luborsky y cols., 1984, con el respaldo del NIDA. Se evaluó la eficacia de la técnica principalmente en consumidores de cocaína incluidos en Programas de mantenimiento con Metadona y en pacientes con otros problemas de salud mental (Woody y cols., 1995) encontrando mejoras clínicas en pacientes de larga evolución.

La Terapia Interpersonal (TIP) aplicada a la dependencia de cocaína por Klerman y Wiessman, 1993, se centra tanto en estrategias para detener el consumo como en habilidades para mejorar el funcionamiento personal; en pacientes con dependencia a cocaína moderada, resulta igual de eficaz que la TCC (Rounsaville y Carroll, 1993).

La terapia Psicoanalítica en pacientes adictos a cocaína sólo se debe iniciar cuando se ha conseguido la abstinencia (Mark y Faudes., 1997), y es requisito imprescindible que el paciente tenga capacidad de introspección y este estable a nivel psicopatológico. En nuestro medio asistencial no es una modalidad terapéutica frecuente.

Los modelos de tratamiento psicológico con las familias, se basan principalmente en la Terapia Sistémica (Navarro Góngora y Beyebach, 1995) y en la terapia Conductual. Se utiliza preferentemente cuando el adicto es joven y vive con su familia de origen. En nuestra práctica clínica la terapia de Familia, mejora sustancialmente el proceso de recuperación del adicto. Tanto la Terapia Familiar, como la de pareja, trabajan aspectos emocionales y de relación que pueden ser disparadores de consumo o recaídas. Ambas modalidades de tratamiento psicológico, mejoran los resultados a largo plazo en dependientes de cocaína. En concreto la Terapia Familiar Estratégica Breve (BSFT) ofrece opciones terapéuticas eficaces en personas adictas, especialmente con problemas con el alcohol (Berg y Miller, 2002). El número 5 de la serie del NIDA, la describe como una terapia que se puede utilizar en diversos contextos asistenciales y que además, incide no solo en el consumo de drogas, sino que aborda la conducta agresiva, el comportamiento violento, la percepción de riesgo y el riesgo real en torno a la sexualidad, el acercamiento a pares antisociales y la delincuencia.

10. Estudios epidemiológicos realizados en EE.UU: Epidemiologic Catchmen Area Survey -ECA- (Regier y cols., 1990), National Comorbidity Survey-NCS- (Kessler y cols., 1994) han destacado la importante relación entre el consumo de cocaína y otros trastornos psiquiátricos entre los que destacan: Trastornos afectivos (Trastorno Depresivo Mayor y Trastorno Bipolar), Trastornos de ansiedad (crisis de angustia, fobias, etc. ), Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad residual, Alcoholismo y otras adicciones.

Estos hallazgos han sido confirmados en diferentes estudios de series de casos (Nunes y cols., 1989; Rounsaville et al., 1991) con una prevalencia de trastornos.

Psiquiátricos comórbidos en torno al 50% en el momento de la solicitud del tratamiento. La coexistencia de la adicción a sustancias con otros trastornos mentales o de comportamiento (Diagnóstico Dual), supone una complicación que afecta al curso y al pronóstico del trastorno adictivo (Osher y cols., 1998) y también la necesidad de emplear abordajes psicoterapéuticos más complejos. El tratamiento de elección debe ser integrado, y combinar los recursos terapéuticos de la red de Salud Mental y de la red de Drogodependencias, en un programa de tratamiento unificado para pacientes con trastornos duales. Idealmente este tipo de tratamiento se daría desde un mismo equipo que integrara a profesionales formados en los dos campos, capaces de seguir al paciente en su evolución y abordar su doble trastorno. (Becoña et al 2008).

Las recomendaciones al uso de tratamiento para los casos de Patología Dual son:

1. Estabilizar los síntomas.
2. Conseguir un período de abstinencia previo a la realización del diagnóstico.
3. Tratar ambos trastornos.
4. No utilizar Psicoterapia de forma aislada.
5. En etapas iniciales evitar rigidez y confrontaciones respecto al consumo activo.
6. Realizar tratamiento ambulatorio, con una frecuencia de 2 a 3 veces por semana.
7. Un profesional clínico de referencia.
8. Atender las recaídas.
9. Considerar las reacciones de transferencia y contratransferencia.
10. Estimular sin forzar la participación del paciente en grupos de terapia, en particular de patología dual.

El tratamiento psicoterapéutico de dependientes de cocaína, con patología psiquiátrica, debe orientarse a la mejora del acceso a los centros, a la coordinación de las intervenciones, al cumplimiento y la adherencia al tratamiento, más que a la consecución de la abstinencia, que puede ser un objetivo a largo plazo.

### **3.4.1 Post-tratamiento**

En algunos programas de tratamiento de carácter estructurado, una vez conseguidos los objetivos terapéuticos en las distintas fases y habiéndose producido el Alta Terapéutica, se hace necesario establecer un periodo de seguimiento menos intensivo, denominado postratamiento.

El postratamiento puede tener una duración variable, y tiene por objeto seguir prestando a los pacientes el apoyo necesario para mantener los resultados y metas logrados anteriormente.

Puede incluir como procedimientos:

1. Llamadas telefónicas periódicas.
2. Visitas programadas y no programadas.
3. Recomendaciones a los pacientes de pasar a formar parte de grupos de autoayuda.
4. Ofrecerles desde la Comunidad servicios de apoyo y de orientación general.

Hasta el momento no se ha evaluado formalmente la eficacia de esa clase de servicios, si bien en general se reconoce su valor y se intenta promoverlos. Naturalmente, un entorno familiar y comunitario propicio también contribuirá a la recuperación de las personas que han recibido tratamiento por abuso de drogas. (Guía APA 2006)

### 3.4.2 Cocaína y mujeres.

Los índices de la prevalencia de consumidores de drogas a excepción de los hipnosedantes reflejan un porcentaje mayor de hombres que de mujeres (EDADES 2007-2008). Teniendo en cuenta la historia de consumo, se observa que las mujeres tienden a incrementar su índice de consumo de alcohol y cocaína más rápidamente que los hombres (Hernández-Ávila et al., 2004). Está descrito que las mujeres adictas tienen mayores dificultades para dejar el consumo que los hombres. Esto es cierto para la nicotina y para otras drogas de abuso (Back et al., 2005). Además, las consecuencias médicas del consumo crónico de alcohol son más severas para las mujeres y estas últimas desarrollan atrofia cerebral más rápidamente (Marcznski et al., 2005). Las mujeres abstinentes de cocaína muestran niveles más altos de craving que los hombres y muestran también períodos más largos de recaída que los hombres (Gallop et al., 2007). Los datos proporcionados por estos estudios, en torno a las diferencias encontradas entre hombres y mujeres, podrían hacernos pensar en la necesidad de adecuar los tratamientos psicológicos a estas diferencias de género.

### 3.4.3 TDAH y cocaína.

La prevalencia de TDAH en consumidores de cocaína se sitúa entre el 10%-30% en diferentes series (Carroll y Rounsaville, 1993; Levin y cols., 1998; Biederman y cols., 1999; Davids y Gastpar, 2007; Levin y cols., 2004).

El tratamiento psicológico del Trastorno de Hiperactividad y Deficit de Atención (TDAH) asociado a un trastorno adictivo, es en líneas generales similar al que se realiza en TDAH sin comorbilidad adictiva. Al igual que en otras patologías psiquiátricas comorbidas, es necesario, esperar un tiempo aproximado de 3-4 semanas para realizar el diagnóstico, prestando especial atención al diagnóstico diferencial, para evitar falsos positivos o negativos. Una vez realizada la confirmación diagnóstica, tras la evaluación a través de entrevista clínica, cuestionarios autoinformados, cuestionarios para observadores y pruebas neuropsicologías, se deben tratar ambos trastornos de forma integrada, pero con las indicaciones psicológicas específicas para cada uno de los trastornos.

La estabilización del trastorno adictivo, permitirá el tratamiento psicoeducativo y psicológico del TDAH. Los modelos y las técnicas que utilizaremos en el abordaje psicológico del TDAH, se enmarcan dentro del paradigma cognitivo-conductual (Safren y cols., 2004).

Los objetivos a los que va dirigida la intervención, deben de estar guiadas por las necesidades del paciente y de la familia, persiguiendo la adaptación del sujeto en distintos ámbitos (escolar, laboral, personal y familiar) de su vida, personal, a través del desarrollo de nuevos hábitos.

Durante la fase de desintoxicación y deshabitación de drogas, el trabajo psicoterapéutico irá orientado en 2 direcciones:

1. Intervenciones psicoeducativas, orientadas a: la comprensión del problema y del proceso terapéutico (existe una estrecha relación entre la comprensión del sentido, metodología y funcionamiento del proceso terapéutico y la adherencia a tratamiento (Kalawski., .2004).
2. Psicoeducación motivacional dirigida hacia la comprensión y la conciencia del problema como soporte para los procesos de cambio (Martínez D, Contreras E, Kalawski J, Martínez R. 2006). Dirigidas a diferenciar los síntomas positivos y negativos, y a identificar los síntomas susceptibles de cambio, trabajando en función de la gravedad.

## 4. Criterios de evidencia científica y grados de recomendación en el abuso/dependencia de cocaína

### 4.1 Instrumentos de evaluación y cuestionarios de detección en abuso/dependencia de cocaína

Para la evaluación y diagnóstico, conviene esperar a que el efecto de las drogas sobre el organismo interfiera lo menos posible. La bibliografía revisada sobre el momento idóneo para las tareas de psicodiagnóstico y evaluación psicológica, recomienda un plazo entre 4–8 semanas de abstinencia (Pedrero y Segura, 2003), para que la interferencia de las drogas sea la menor posible sobre los aspectos emocionales y psicológicos del paciente (Ochoa, 2000).

El tiempo necesario para comenzar el proceso de diagnóstico varía en función de otro conjunto de variables, entre las que destacamos: nivel de comprensión, grado de deterioro, abstinencia, estabilidad/inestabilidad psicopatológica, motivación. Sin olvidar la presencia de presiones (judiciales, familiares, etc) que pueden llevar al paciente a la reserva o distorsión de la información.

#### 4.1.1 Instrumentos generales

- **La entrevista clínica estructurada para el DSM IV** (Structured clinical Interview, SCID) ( First et al, 1995)
- **Entrevista para la evaluación clínica en neuropsiquiatría** (Schedules for Clinical Assessment of Neuropsychiatry, SCAN) **basada en el CIE-10** nos facilitará el diagnóstico de los trastornos relacionados con el consumo de sustancias y de otros trastornos psiquiátricos.

#### 4.1.2 Instrumentos de screening

- Test de Evaluación para el consumo de drogas (Drugs Abuse Screening Test, DAST) de Skinner (1982,1994) ofrece información sobre los problemas o consecuencias del abuso de drogas. L

#### 4.1.3 Severidad de la adicción

- **Addiction Severity Index (ASI):**  
El ASI es útil para identificar áreas objetivo de intervención; para establecer un pronóstico de la gravedad de la adicción así como para la monitorización de la evolución del paciente a lo largo del tratamiento. Como instrumentos psicométricos complementarios utiliza las puntuaciones obtenidas en las pruebas SCL-90-R de Derogatis (que se verá más adelante) y el Inventario de Depresión de Beck (guía estim). **Grado de recomendación B.**
- El **EuropASI** es la adaptación para Europa de la 5ª versión del Addiction Severity Index (ASI). Permite la comparación de los datos entre distintos países europeos. **Grado de recomendación B.**
- **Maudsley Addiction Profile (MAP).** Entrevista semiestructurada que recoge riesgo para la salud, problemas de salud, contexto vital y funcionamiento social de consumidores de drogas y alcohol. Fue diseñado para monitorizar los resultados. Marsden y cols., (1998)

#### 4.1.4 Severidad de la adicción a cocaína

- **Escala de Gravedad de la Dependencia –SDS-: Severity of Dependence Scale**, tiene cinco ítems y permite predecir la gravedad de la dependencia, los años de evolución, la dosis diaria y la vía de administración (Gossop y cols. 1992).
- **Test de Gravedad de la adicción a cocaína –CAST-: Cocaine Addiction Severity Test**, tiene 38 ítems, evalúa la intensidad del consumo de cocaína y puede ayudar a elegir la modalidad de tratamiento más eficaz para cada paciente (ambulatoria o residencial), en función de la puntuación obtenida (mayor a 30). (Washton, 1995)
- **Test de deterioro relacionado con el consumo de cocaína -HAL-DIRSC-: Drug Impairment Rating Scale for Cocaine**. Es una medida del impacto del consumo de cocaína sobre el funcionamiento cotidiano: hábitos de alimentación, higiene y sueño, consumo de otras drogas, actividades ilegales, autoestima, etc.; en la semana previa. Tiene 25 ítems y es muy sensible al cambio. No existe validación en muestra española. (Halikas y Crosby, 1991).
- **Índice de gravedad a lo largo de la vida para el trastorno por consumo de cocaína -LSI-C.: Lifetime Severity Index for Cocaine Use Disorder**. Evalúa el proceso adictivo desde el inicio. **Grado de recomendación C**, parece la más adecuada para evaluar el consumo de gravedad
- **Escala de valoración de la gravedad selectiva para cocaína (Cocaine Selective Severity Assessment, CSSA)- Kampman, 1998-** Para evaluar la intensidad de la sintomatología de abstinencia. Escala Likert de 8 puntos. Presenta fiabilidad inter-evaluadores y coeficientes de correlación satisfactorios. Es un buen predictor de la respuesta a los distintos tratamientos. Identificación de situaciones de alto riesgo.
- **Inventario de Situaciones relacionadas con el consumo de drogas (Inventory of Drug-Taking Situations (IDTS)** Autoinforme para identificar de manera individualizada situaciones de alto riesgo relacionadas con el consumo de cocaína; ayuda a planificar el tratamiento en función de la reactividad individual y ajustar las estrategias terapéuticas más necesarias con cada paciente (Annis y Martin, 1985; Annis y cols., 1997). Tiene 50 ítems y se ajusta a la taxonomía propuesta por Marlatt y Gordon, (1985). El instrumento presenta buena fiabilidad y validez. **Grado de recomendación B**.
- Los ítems de este cuestionario exploran las situaciones representativas de cada una de las categorías propuestas por Marlatt y colaboradores (intrapersonales/interpersonales) como situaciones favorecedoras de las recaídas. Proporciona un perfil individualizado de las áreas de mayor riesgo para el consumo
- **Cuestionario de Situaciones de alto riesgo para el consumo de cocaína. Michalec y cols., (1992)**. Tiene 21 ítems, está diseñado específicamente para consumidores de cocaína. Tiene buena validez (Michalec y cols., 1992).
- **Escala de Predicción de la Recaída (RPS)**. Evalúa la intensidad del deseo y la probabilidad de consumo ante 50 ítems de situaciones de riesgo para el consumo de cocaína (Beck y cols., 1993). Esta prueba es específica para consumidores de Crack. En ella para cada una de las situaciones de riesgo se evalúan dos dimensiones: la intensidad del deseo y la probabilidad

de que realice un consumo (expectativas de autoeficacia).

#### 4.1.5 Craving de cocaína

- **Cuestionario de “craving” de cocaína. CCQ**  
Tiene 45 ítems y evalúa el “craving” actual y en los últimos 7 días (Tiffany y cols., 1993). Dispone de dos formas paralelas lo cual permite evaluar el “craving” en dos momentos temporales: el momento presente y durante el transcurso de la última semana.
- **Cuestionario de “craving” de Weiss.**  
Instrumento breve (5 ítems) para la evaluación clínica de las fluctuaciones del “craving” y su relación con elementos externos e internos. Es útil como instrumento para reconocer y anticiparse al “craving” en función de los estímulos que lo condicionan (Weiss y cols., 1995).
- **Escalas analógico-visuales. NE 3**  
Sirven para valorar el “craving”. Son fáciles y rápidas de administrar y sensibles al cambio durante el tratamiento. Las más utilizadas son:
  - **Minnesota Cocaína Craving Scale (MCCS).** El adicto señala su nivel medio de deseo de consumo en la última semana.
  - **Simple Test of Cocaine Craving and Related Responses (STCCRR).** El adicto debe marcar su estado de “craving” actual.
  - **Escala de los componentes Obsesivos Compulsivos de la dependencia de Cocaína de Yale – Brown:** compuesta por 14 ítems que se responden en base a una escala de 5 alternativas categóricas de respuesta y 2 ítems heteroadministrados en que el entrevistador o entrevistadora evalúa la intensidad del craving y la mejoría global de éste. Esta escala se basa en los trabajos de Goodman y cols., (1989) y se aplica en problemas con el alcohol, trastornos alimentarios, compra compulsiva, adicción a Internet, juego patológico y problemas con drogas ilegales. Tiene 14 ítems.
- **El Cuestionario de Autorregulación para la Cocaína (CAC).**  
Parte de un modelo de tratamiento centrado en el autocontrol y el aprendizaje del mismo que denominan “autorregulación”. Ésta es una capacidad aprendida para llevar a cabo conductas específicas de control. Este autoinforme evalúa las habilidades correspondientes a las siete dimensiones necesarias para una autorregulación efectiva: Búsqueda y recogida de información, autoevaluación, motivación o incitación al cambio, búsqueda de alternativas, planificación, instauración y evaluación del plan. Se basa en el Self-Regulation Questionnaire y ha sido desarrollado por Brown y el equipo de Tejero y Trujols con versión en castellano.  
**Grado de recomendación C.**

#### 4.1.6 Evaluación del estado motivacional

- **Escala de evaluación del cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA).**  
Desarrollado en la Universidad de Rhode Island, es una prueba de autoinforme para clasificar a los consumidores en función del estadio de cambio en que se encuentran según el modelo de Prochaska y DiClemente. Tiene 32 ítems, su aplicación es sencilla, 10-15 minutos. El momento de administración recomendado es en la entrevista inicial y cada dos meses aproximadamente. Ofrece una medida continua para situar a los pacientes en los diferentes estadios de cambio. También posibilita obtener una puntuación para cada estadio. Su fiabilidad es buena (McConaughy y cols., 1983).

Se utiliza para valorar la motivación en intervenciones estructuradas con la Terapia Cognitivo Conductual de Carroll, (2001). **Grado de Recomendación B.**

- **Cuestionario de Procesos de Cambio para adictos a la Cocaína** (Processes of Change Questionnaire, PCQ. Martin et al., 1992). Es un autoinforme de 30 ítems. Permite identificar qué procesos de cambio utiliza y su ubicación en uno de los estadios de cambio que se postulan en el modelo de Prochaska y DiClemente. Desarrollado conforme a las directrices teóricas del modelo de Prochaska relieve dramático, contracondicionamiento, reevaluación ambiental, control de estímulos y liberación social. Su validez y fiabilidad es buena ( Martin y col., 1992)
- **Escala de Balance Decisional para adictos a la Cocaína** (Decisional Balance, DB. Prochaska, 1994)
  - **Escala de motivos para abandonar el consumo de Cocaína.** (Cocaine Reasons for Quitting, CRFQ. McBride et al. 1994).
  - **Cuestionarios de Confianza Situacional.** Existen diferentes ejemplos. Basados en el modelo de Prevención de Recaídas de Marlatt y Gordon.

#### 4.1.7 Evaluación psicopatológica

##### 4.1.7.1 Diagnósticos trastornos comórbidos

###### 4.1.7.1.1 - Generales:

- **Entrevista Clínica estructurada para trastornos del Eje I del DSM-IV (SCID-I).**

Es una entrevista semiestructurada destinada a establecer los diagnósticos más importantes del Eje I según el DSM-IV. Puede utilizarse de dos formas distintas: una consiste en usarla como entrevista clínica de confirmación o rechazo de un diagnóstico sospechoso tras un primer contacto con el clínico; y otra en administrarla en su totalidad, garantizándose una evaluación sistemática de todos los diagnósticos principales. Los diagnósticos recogidos por esta entrevista se subdividen en seis módulos, siendo el Módulo E el referido a los Trastornos relacionados con sustancias. Es un inventario autoevaluado, creado por Derogatis en 1983 que permite evaluar nueve síntomas psicopatológicos y psicósomáticos tanto en personas sanas como en pacientes psiquiátricos. Además establece tres índices globales de severidad sintomatológica. Consta de 90 preguntas cada una de las cuales es valorada por la persona en una escala tipo Likert de 5 puntos (de 0 a 4). Las dimensiones sintomáticas que incluye son: Obsesión-Compulsión, Depresión, Hostilidad, Ideas paranoides.
- **S SCL-90-R. Symptom Check List.**

Es un cuestionario multidimensional autoadministrado con 90 ítems, cada uno de los cuales describe una alteración psicopatológica o psicósomática. El paciente valora cómo se ha sentido de molesto en cada una de ellas durante los últimos siete días. Explora 9 dimensiones psicopatológicas: Somatización, Obsesión- Compulsión, Sensibilidad interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad fóbica, Ideación paranoide y Psicoticismo. El tiempo medio de aplicación es 15-20 minutos, con la excepción de personas con dificultades cognitivas (muchos de los pacientes de las unidades especializadas de atención a conductas adictivas) o muy concienzudas. Presenta buena \_ fiabilidad y validez tanto en muestras clínicas como no clínicas (Derogatis, 1997). (Derogatis, 2002).

- **GHQ-28 (General Health Questionnaire, Golberg y Hillier, 1979)**  
Desarrollado por el equipo de Golberg para evaluar salud general, permite detectar posibles casos de trastornos psiquiátricos. Tiene 28 ítems autoadministrados. Su aplicación es breve (5-10 minutos). Es sensible al cambio. Evalúa síntomas subjetivos de distrés psicológico, manifestaciones somáticas asociadas a la ansiedad y/o depresión y dificultades de relación y adecuación a los roles sociales y familiares. Ofrece resultados en cuatro áreas: síntomas somáticos de origen psicológico, ansiedad /angustia, disfunción social, depresión (Goldberg y Hillier, 1979). Cuenta con buena validez y fiabilidad (Goldberg y Williams, 1996), lo que ha contribuido a su amplio uso. Se encuentra validado en muestra española desde 1986 (Lobo y cols., 1986).

#### 4.1.7.1.2 - Evaluación de la Ansiedad/ Depresión:

- **Escala de Hamilton para la Depresión (HDRS)**  
Elaborada por Hamilton en 1960 consta de 17 ítems que evalúan el perfil sintomatológico y la gravedad del cuadro depresivo. Es heteroaplicada. Es la más utilizada en la actualidad. Escala heteroaplicada con 17 ítems que valora el entrevistador conforme a la tipificación que se ofrece y a las verbalizaciones, actitud y otros datos del entrevistado. Existe una adaptación al castellano de Conde y Franch (1984). Grado de recomendación B.
- **Inventario de Depresión de Beck (BDI)**  
Es un autoinforme dirigido a la evaluación clínica de los síntomas relacionados con la depresión. Consta de 21 ítems referidos a distintos síntomas mayoritariamente cognitivos, aunque también evalúa componentes de tipo conductual y fisiológicos. El BDI es fácilmente readministrable para evaluar los cambios terapéuticos. Existe adaptación al castellano de Conde y Useros (1975). Los Therapy Manuals for Drug Addiction del NIDA, recomiendan su aplicación cada dos semanas hasta la normalización y después cada mes, especialmente en los adictos a cocaína. Se puede localizar una versión en el Banco de Instrumentos básicos para la Práctica de la Psiquiatría Clínica (Bobes y cols. 2003). Grado de recomendación B.
- **Escala de Hamilton para la Ansiedad (HARS)**  
Es una escala de estado cuyo objetivo es valorar la intensidad de la ansiedad que padece la persona. Consta de 14 ítems que evalúan los aspectos psíquicos, físicos y conductuales de la ansiedad. Uno de los ítems evalúa específicamente el ánimo deprimido. Es una escala heteroaplicada.
- **Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)**  
Es un inventario diseñado por Spielberger y cols. En 1970 para evaluar dos conceptos independientes de la ansiedad: la ansiedad como estado (condición emocional transitoria) y la ansiedad como rasgo (propensión ansiosa relativamente estable). Consta de un total de 40 ítems (20 para cada uno de los conceptos). Es una escala autoaplicada y es útil tanto en población normal como en paciente. El STAI rasgo (A/R) es una medida predictiva y se inscribe dentro de las medidas de dimensiones de personalidad. El STAI estado (A/E) es sensible al cambio en las dimensiones de ansiedad y activación. Muy utilizada para evaluar resultados de tratamiento en entornos cerrados o de comunidad terapéutica. **Grado de recomendación B.**

#### 4.1.7.1.3 - Evaluación de los trastornos psicóticos

- **Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)**  
Fue desarrollada por Overall y Gorhan en 1962 para realizar evaluaciones rápidas y altamente eficientes de los cambios producidos en los síntomas de pacientes mentales. Actualmente se utiliza preferentemente como una medida de la gravedad e incluso de subtipificación (positivo o negativo) del trastorno esquizofrénico. La versión más utilizada consta de 18 ítems aunque existe una versión ampliada de 24. Cada ítem se puntúa según una escala Likert de 7 grados. Es una escala heteroaplicada.
- **Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia (PANSS)**  
Es una entrevista semiestructurada desarrollada por Kay y cols. En 1987, consta de 30 ítems que evalúan el síndrome esquizofrénico desde una doble perspectiva: Dimensional (evalúa la gravedad del síndrome positivo, del negativo y de la patología general del trastorno esquizofrénico) y categorial (clasifica el trastorno esquizofrénico en positivo, negativo o mixto). Estos 30 ítems conforman 4 escalas: Escala positiva (evalúa los síntomas sobreañadidos a un estado mental normal), Escala negativa (evalúa los déficits respecto a un estado mental normal), Escala compuesta (evalúa la predominancia de un tipo sobre el otro) y la Psicopatología general (evalúa la presencia de otros tipos de síntomas como depresión, ansiedad, orientación...)

#### 4.1.7.1.4 - Evaluación riesgo autolítico:

- **Escala de ideación suicida (BSSI) Beck y Steer, 1991.**
- **Escala de desesperanza (HS) Beck et al., 1974**

#### 4.1.7.2 Evaluación trastornos de personalidad Eje II

##### 4.1.7.2.1 - Entrevistas estructuradas y semiestructuradas

- **Entrevista clínica estructurada para los trastornos de personalidad del Eje II del DSM-IV. (SCID II).** Es una entrevista semiestructurada se centra en los trastornos de personalidad, complementando a la SCID-I que aborda a los trastornos de Eje I. Grado de recomendación A.
- **Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders (PRISM)**  
Entrevista semiestructurada para detectar trastornos por uso de sustancias y otros trastornos mentales. El PRISM fue diseñado por Deborah Hasin y resulta útil para pacientes con trastorno por consumo de sustancias (Hasin y cols. 2006). Tiene adaptación en español desarrollada por el equipo de Marta Torrens (Astral y cols., 2001; Serrano y cols., 2001). En el trastorno antisocial y trastorno límite presenta buena fiabilidad test-retes. La duración de su aplicación es entre 2-3 horas, lo que dificulta su uso en la práctica clínica ambulatoria. Facilita el diagnóstico diferencial entre "primario" o "inducido por sustancias" ya que comienza por la historia del consumo de drogas para obtener un cronograma de episodios de consumo y abstinencia en el que se intercala la información obtenida para otros trastornos Eje I. **Nivel de evidencia III**
- **Diagnostic Interview Schedule (DIS)**

- **Composite Internacional Diagnostic Interview (CIDI)**
- **Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN)**

#### 4.1.7.2.2 - Cuestionarios autoinformados:

- **Cuestionario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-III)**  
Se trata de un autoinforme de 175 ítems que se contestan verdadero o falso, integrando 20 escalas de interés clínico: 11 correspondientes a los trastornos de personalidad descritos en el eje II del DSM-III y 9 síndromes clínicos de mayor índice de prevalencia en el eje I (ansiedad, histeriforme, hipomanía, neurosis depresiva, abuso de alcohol, abuso de drogas, pensamiento psicótico, depresión mayor y delirios psicóticos)
- **Cuestionario de Personalidad MMPI**  
Es un cuestionario extenso que evalúa 10 factores de personalidad (Hipocondría, depresión, histeria, desviación psicopática, masculinidad-feminidad, paranoia, psicostenia e introversión social). Además cuenta con cuatro escalas de corrección que influyen en la valoración de los factores. La edición española incluye escalas adicionales (fuerza del Yo, dependencia, dominancia, responsabilidad y control). Las diferentes escalas no pueden interpretarse aisladamente, sino en relación al perfil. Permite identificar tres perfiles básicos: neurótico, psicótico y trastornos de la personalidad. Es uno de los instrumentos más importantes y más utilizados en la práctica clínica por su eficacia en la identificación de psicopatología.
- **Inventario multifásico de Personalidad de Minnesota**  
Escalas relativas a los trastornos de personalidad. (MMPI-2 PD). Colligan et al. (1994) desarrollaron un conjunto de escalas provenientes del MMPI para la evaluación de los trastornos de personalidad según criterios del DSM-IV. Las once escalas forman un conjunto de 157 ítems que se responden verdaderos o falsos.
- **Cuestionario exploratorio de la Personalidad (CEPER, Caballo,1997)**  
Es un cuestionario que consta de 150 ítems. Fue construido formulando los criterios del DSMIV en modo de preguntas e incluye los criterios de los diez trastornos de personalidad oficiales, más el pasivo-agresivo y depresivo, así como los dos que han desaparecido al pasar del DSMIII al DSMIV-R (sádico y autodestructivo).
- **Inventario NEO de personalidad - revisado (NEO-PIR, Costa y McCrae,2001)**  
Evalúa los cinco grandes factores de la personalidad, según el modelo teórico propuesto por los propios autores.: neuroticismo, extraversión, apertura a la experiencia, amabilidad y responsabilidad. Ofrece garantías psicométricas.
- **Inventario del Temperamento y Carácter (TCI, Cloninger)**  
Una de las aportaciones recientes más interesantes en el estudio de la personalidad es la que ha realizado Cloninger.
- **Big Five Questionnaire ( BFQ)( Caprara y cols, 1993).Adaptación Española Bermudez1995)**
- **Cuestionario Factorial de Personalidad (16PF), ( Castell,1972) Versión Española 16PF-5**

- **Eysenck Personality Questionnaire (EPQ)**, ( Eysenck y cols.,1975),Versión española 1978
- **Listado de rasgos y conductas para el diagnóstico de Psicopatía** (Hare, 1980).
- **Inventario de Personalidad Psicopática** (Lilienfeld y Andrews,1996)
- **Entrevista para el diagnóstico de Trastorno Límite de Personalidad (DIB-R)** (Zanarini y cols., 1989)
- **Entrevista diagnóstica para el Narcisismo (DIN)** (Gunderson, Ronningstam y Bodkin, 1990).

## Tabla resumen de entrevistas clínicas estructuradas

Generales	Entrevista clínica estructurada para el DSM IV (Structured clinical Interview, SCID) (First et al, 1995) Entrevista para la evaluación clínica en neuropsiquiatría (Schedules for Clinical Assessment of Neuropsychiatry, SCAN)
Screening problemas drogas	Test de Evaluación para el Consumo de Drogas (Drug Abuse Screening Test, DAST) de Skinner (1982,1994)
Severidad Adicción	Addiction Severity Index (ASI)
	EuropASI
	Maudsley Addiction Profile (MAP). Marsden y cols.,(1998)
Severidad Adicción Cocaína	Test de gravedad de la adicción a Cocaína (Cocaine Addiction Severity Test, CAST. Washton, 1995).
	Escala de deterioro relacionado con el consumo de Cocaína (Halikas-Crosby Drug impairment Rating Scale for Cocaine, 1991).
	Índice de gravedad a lo largo de la vida para el trastorno por consumo de cocaína. (Lifetime Severity Index for Cocaine Use Disorder, LSIC.Hser et al., 1999)
	Escala de Gravedad de la Dependencia (SDS) Severity of Dependence Scale(Gossop y cols.,1992)
	Escala para la Gravedad Selectiva para la Cocaína ( CSSA)
Identificación Situaciones de alto riesgo	Inventario de Situaciones Relacionadas con el Consumo de Drogas (Inventory of Drug-Taking Situations, IDTS. Annis y Martin, 1985)
	Cuestionario de Situaciones de Alto Riesgo para el consumo de Cocaína (Cocaine Hig-Risk Situations Questionnaire, CHRSQL. Michalec et al., 1992).
	La Escala de Predicción de la recaída (RPS) de Beck
Craving Cocaína	Cuestionario de craving de Cocaína (Cocaine Craving Questionnaire, CCQ. Tiffany et al. 1993)
	Minnesota Cocaine Craiving Scale (MCCS)
	Grado actual de Craiving. Simple Test of cocaine Craiving and relates Responses (STCCRR)
	Cuestionario de Autorregulación de la Cocaína. (CAC). Brown y Tejero, (2003)
	Escala de los componentes Obsesivos Compulsivos de la dependencia de Cocaína de Yale – Brown
Estado motivacional y autoeficacia	Cuestionario de Procesos de Cambio para adictos a la Cocaína autoeficacia (Processes of Change Questionnaire, PCQ. Martin et al., 1992)
	Escala de Balance Decisional para adictos a la Cocaína (Decisional Balance, DB. Prochaska, 1994).
	Escala de motivos para abandonar el consumo de Cocaína. (Cocaine Reasons for Quitting, CRFQ. McBride et al. 1994)
	Cuestionarios de Autoeficacia Situacional.

Tabla resumen de instrumentos para el diagnóstico de trastornos comórbidos (eje I)

Generales	Entrevista Clínica estructurada para trastornos del Eje I del DSM-IV (SCID-I)
	Symptoms Check List-90-Revised (SCL-90-R) Derogatis 1983
	GHQ-28 (General Health Questionnaire, Golberg y Hillier, 1979)
Depresión/ansiedad	Escala de Hamilton para la Depresión (HDRS) 1960
	Inventario de Depresión de Beck (BDI)
	Escala de Hamilton para la Ansiedad (HARS)
	Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) Spielberger y cols. en 1970
Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) Overall y Gorhan 1962
	Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia (PANSS) Kay y cols. 1987
Riesgo autolítico	Escala de ideación suicida (BSSI) Beck y Steer, 1991.
	Escala de desesperanza (HS) Beck et al., 1974

Tabla resumen de instrumentos para el diagnóstico de trastornos de personalidad

Entrevistas estructuradas y semiestructuradas	Entrevista clínica estructurada para los trastornos de personalidad del Eje II del DSM-IV. (SCID II)
	Diagnostic Interview Schedule (DIS)
	Composite International Diagnostic Interview (CIDI)
	Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders (PRISM)
	Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN)
	Examen Internacional de los Trastornos de Personalidad (IPDE).
Cuestionarios autoinformados	Cuestionario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-III).
	Cuestionario de Personalidad MMPI
	Inventario multifásico de Personalidad de Minnesota 2. Escalas relativas a los trastornos de personalidad. (MMPI-2 PD). Colligan et al.(1994)
	Cuestionario exploratorio de la Personalidad (CEPER, Caballo, 1997).
	Inventario NEO de personalidad - revisado (NEO-PIR, Costa y McCrae, 2001)
	Cuestionario Factorial de Personalidad ( 16PF), (Catell, 1972)
	Eysenck Personality Questionnaire (EPQ),(Eynseck y cols., 1975)
Inventario del Temperamento y Carácter (TCI, Cloninger)	
Cuestionarios TP específicos	Listado de rasgos y conductas para el diagnóstico de Psicopatía (Hare, 1980)
	Inventario de Personalidad Psicopática (Lilienfeld y Andrews, 1996)
	Entrevista para el diagnóstico de Trastorno Límite de Personalidad (DIB-R) (Zanarini y cols., 1989).
	Entrevista diagnóstica para el Narcisismo (DIN) (Gunderson, Ronningstam y Bodkin, 1990)

**Tabla resumen de instrumentos para el diagnóstico de otros rasgos de personalidad**

<p>Escala de Auto-estima de Rosenberg</p>
<p>Escala de impulsividad de Plutchik” (adaptada a la población española por Rubio et al., 1988)</p>
<p>Inventario de asertividad de Rathus (Rathus, 1973)</p>
<p>Cuestionario de Esferas de Control de Paulus y Christie</p>
<p>Escala de Locus de Control (MHLC).</p>
<p>Escala de Búsqueda de Sensaciones (Sensation-Seeking Scale, SSS) Zuckerman.</p>
<p>Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20)</p>

**Tabla resumen de instrumentos para la exploración neuropsicológica**

<p>Baterías Neuropsicológicas</p>	<p>Mini-Examen Cognoscitivo (MEC) de Lobo</p> <p>Escala de Inteligencia de Wechsler para adultos (WAIS).</p> <p>Batería Neuropsicológica Sevilla, (León-Carrión)</p> <p>Batería Luria-DNA, (Christensen et al)</p> <p>Test Barcelona (Peña-Casanova)</p>
<p>Función Ejecutiva</p>	<p>Trail Making Task: (o Test del Trazo A y B)</p> <p>Test de Palabras y Colores (Stroop, 1935)</p> <p>Test de clasificación de Tarjetas de Wisconsin (West) (Heaton, 1981)</p> <p>Iowa Gambling Task: (Bechara, Samesio, Tranel y Anderson, 1994)</p>

#### 4.1.8 Resumen de evidencias y recomendaciones-evaluación

- En contextos clínicos de tratamiento, conviene retrasar el diagnóstico psicopatológico hasta que se haya conseguido la abstinencia y la estabilidad del paciente (aproximadamente 6 semanas). **Grado de recomendación: A**
- El **índice de gravedad a lo largo de la vida** (LSI-C) parece la escala más adecuada en la evaluación de la gravedad del consumo de cocaína, dentro de un grupo en el que existen escasas evidencias sobre su fiabilidad, validez y adaptación al castellano. **Grado de recomendación: C**
- El **AUDIT** es útil para evaluar el consumo de alcohol en usuarios y dependientes de cocaína. **Grado de recomendación B.**
- El **SCL-90-R** es un buen instrumento de screening de variables de personalidad en consumidores de cocaína que inician tratamiento. **Grado de recomendación: B**
- El **ASI v6** y el **EuropASI** son útiles en la evaluación de pacientes con trastornos adictivos, en contexto clínico y de investigación, así como para establecer prioridades en los planes de tratamiento. **Grado de recomendación B.**
- En modalidades residenciales de tratamiento (unidades de desintoxicación hospitalaria y comunidades terapéuticas) la **Escala de Valoración de la Gravedad Selectiva para Cocaína (CSSA)** resulta útil para monitorizar la sintomatología de abstinencia. **Grado de recomendación B.**
- Las actuales escalas para evaluar el “craving” reúnen suficientes evidencias para ser utilizadas en el contexto clínico. **Nivel de evidencia III.**
- El **Cuestionario de Autorregulación para la Cocaína** facilita la evaluación de las habilidades de autorregulación y autocontrol del paciente relacionadas con el cese del consumo de cocaína. **Grado de recomendación C.**
- El **Inventario de Situaciones Relacionadas con el Consumo de Drogas (IDTS)** aporta datos para planificar el tratamiento específico en cada paciente a la vez que se jerarquiza el aprendizaje de estrategias y habilidades. **Grado de recomendación B.**
- La **evaluación categorial de los estadios de cambio** es un instrumento breve, sencillo y con resultados fiables. **Grado de recomendación B.**
- La evaluación de los estadios de cambio con el **URICA** ayuda a situar al paciente en los diferentes estadios en distintos momentos del proceso de tratamiento. **Grado de recomendación B.**
- El **URICA** Y el **PCQ** son los cuestionarios más utilizados en las terapias cognitivo-conductuales para dependientes de cocaína. **Grado de recomendación C.**
- Las **entrevistas estructuradas y semiestructuradas** que siguen los criterios del CIE-10, del DSM-IV o de ambos, son instrumentos fiables como complemento y apoyo en el diagnóstico psiquiátrico. **Grado de recomendación A.**

- El **PRISM** es útil para establecer diagnósticos en contextos de tratamiento residenciales y en investigación. **Nivel de evidencia III.**
- La aplicación de entrevistas diagnósticas precisa de un entrenamiento previo y de formación adecuada en el diagnóstico de los trastornos mentales y del comportamiento. **Grado de recomendación A.**
- El Millon-III se utiliza en investigación sobre perfiles psicológicos de consumidores de cocaína en tratamiento. Grado de recomendación B.
- El STAI, el BDI y el HDRS son útiles para evaluar cambios sintomatológicos en el tratamiento de los trastornos adictivos. Grado de recomendación B.
- La determinación de cocaína o su metabolito benzoilecgonina en muestras biológicas (orina, suero, etc.) por las diferentes técnicas de laboratorio existentes en la actualidad, es obligada a la hora de confirmar la presencia de consumos de esta droga por el sujeto. Grado de recomendación A.
- Ante la presencia de un test en orina negativo, la determinación de cocaína en pelo presenta una alta sensibilidad y especificidad. Nivel de evidencia I.
- La anamnesis detallada acompañada de una exploración física extensa, analítica hemática completa incluyendo test de embarazo en la mujer y despistaje de tuberculosis, es obligada en los pacientes cocainómanos que acuden a los centros: ambulatorios, hospitalarios, etc.; en demanda de tratamiento. Grado de recomendación A.
- La indicación y realización de exploraciones complementarias es obligatoria en el diagnóstico y tratamiento de la adicción a la cocaína. Su amplitud vendrá supeditada a la anamnesis y exploración del paciente. Grado de recomendación A.

## Resumen Instrumentos de Evaluación y Cuestionarios de Detección en Abuso y Dependencia de Cocaína

Fases Tratamiento	Instrumentos Evaluación Psicológica		Grado de recomendación	Tipo de cuestionarios
FASE I Inicio del Tratamiento Evaluación	URICA	IV-V-VI	C	IM
	Índice de Gravedad de la Adicción(ASI)	IV-V-VI		IC-IR
	Escala de Gravedad de la Dependencia(SDS)	IV-V-VI		IC
	Perfil de Evaluación del Consumo de Cocaína(CAP)	I-II		IC
	Test de Gravedad de la Adicción a Cocaína(CAST)	II-III		IC
	Escala de Deterioro relacionado con el Consumo de Cocaína de Halikas y Crosby (HAL-DIRS-C)	II-III		IC
	Índice de Gravedad a lo Largo de la Vida para el Trastorno por Consumo de Cocaína( LSI-C)	III	C	IC
	MINI	IV-V-VI	E	IC-IP
	EuropASI	VIII	B	IC-IR-IP
	SCL-90	VIII		IP
	SCID II	II-III		IP
	Entrevista Clínica	IV-V-VI	C	IR
FASE II Desintoxicación Deshabitación Mantenimiento	Escala de valoración de la Gravedad Selectiva para Cocaína( CSSA)	III	B	IR
	Inventario de Situaciones relacionadas con el Consumo de Drogas(IDTS)	III		
	Cuestionario de Situaciones de Alto Riesgo			
	Cuestionario de Craving de Cocaína(CCQ)			
	Cuestionario de Craving de Weiss.Weiss	III		
	Minnesota Cocaine Craving Scale(MCCS)	III		
	Simple Test of Cocaine Craving and Related Responses(STCCRR)	III	B	
	Cuestionario de Autorregulación para la Cocaína(CAC)	III		
Entrevista Clínica	IV-V-VI	C		
FASE III Mantenimiento Normalización y Adaptación psico-socio-familiar	Inventario de situaciones relacionadas con el consumo de drogas(IDTS)		B	IR
	Cuestionario de Situaciones de Alto Riesgo para el consumo de cocaína.			
	Escala de Predicción de la Recaída(RPS)			
	Entrevista Clínica			
	Cuestionarios específicos			
FASE IV Post Alta Terapéutica	Cuestionario de Ajuste Psicosocial WHOQOL	VIII	E	IR

Otras escalas-cuestionarios recomendadas cuando se detecten posibles problemas asociados:-  
escala de impulsividad de Barratt (Barratt Impulsiveness Scale, BIS-11)-Escala de conducta/riesgo  
suicida.

Los cuestionarios anteriores están diseñados para adultos y su utilización en adolescentes,  
mujeres gestantes y ancianos está muy discutida. Para estos grupos se han diseñado otras pruebas  
específicas, que todavía no se han validado en nuestro país.

A pesar que los cuestionarios son herramientas útiles en la detección del consumo de riesgo y  
dependencia a cocaína, nunca deben sustituir a la historia clínica para establecer el diagnóstico.

## 4.2 Intervenciones psicológicas

En el tratamiento de la adicción a la cocaína, aunque se han realizado muchos estudios con una amplia variedad de agentes farmacoterapéuticos, todavía no se ha encontrado ninguna medicación eficaz para el tratamiento de esta adicción. (Secades et al, 2001 )

Además los pacientes con problemas de uso de cocaína generalmente no requieren tratamiento de internamiento dado que la sintomatología del síndrome de abstinencia no es severa ni medicamente compleja. Por ello, la mayor parte de las investigaciones recomiendan tratamientos ambulatorios intensivos.

Las indicaciones de tratamientos médicos para la intoxicación de cocaína, síntomas de abstinencia, dependencia de cocaína, etc. se detallarán en el capítulo correspondiente.

Sin embargo, la investigación sobre los tratamientos psicológicos ha sido relativamente fructífera y ha demostrado la eficacia de dichas intervenciones en los pacientes con problemas por uso de cocaína. NIDA

La intervención psicológica en los programas terapéuticos orientados hacia la abstinencia o la reducción de daños asociados al consumo tiene como objetivo mantener la adherencia terapéutica, prevenir posibles recaídas, aumentar la competencia y calidad de vida del paciente, así como prevenir o reducir la posible comorbilidad psiquiátrica del paciente.

### 4.2.1 Resumen de evidencias y recomendaciones para el tratamiento psicológico.

#### 4.2.1.1 Recomendaciones generales:

- Los tratamientos psicosociales son componentes esenciales de un programa de tratamiento integral de los trastornos por consumo de sustancias. **Grado de recomendación A.**
- Las intervenciones psicosociales constituyen las principales estrategias terapéuticas en la dependencia de cocaína. **Grado de recomendación: B**
- Los programas multicomponentes que integran varias técnicas terapéuticas, con equipos multiprofesionales, ofrecen mejores resultados, en especial si combinan terapia grupal y terapia individual. **Grado de Recomendación: A**
- Los programas integrales ambulatorios intensivos poseen una confianza clínica moderada para el tratamiento de la dependencia de cocaína. **Grado de recomendación: B**
- Se recomienda optar por el contexto menos restrictivo para un tratamiento seguro y eficaz. **Grado de recomendación C.**
- Farmacoterapia y psicoterapia deben combinarse en función de las características del paciente adicto. **Grado de recomendación B.**

- La fase postratamiento la conforma un seguimiento longitudinal, que sería presencial en las unidades de tratamiento a los 6 meses, con una intervención breve in situ. A los 12 meses, el contacto puede ser no-presencial, y se podría realizar por contacto telefónico.
- Las intervenciones psicológicas de asesoramiento o “counseling” mejoran los resultados del tratamiento. Además mejoran los resultados en pacientes en programas de metadona. **Nivel de evidencia II**

#### 4.2.1.2 Recomendaciones principales enfoques terapéuticos

##### 4.2.1.2.1 Entrevista motivacional

- Los principios del **Modelo Transteórico** son aplicables a una amplia variedad de conductas relacionadas con la salud. (Becoña Iglesias y Cortés Tomás, 2008). **Nivel de evidencia I. Grado de recomendación A.**
- El éxito en la progresión entre estadios se relaciona con la correcta utilización de los procesos de cambio en cada momento: procesos cognitivos en los primeros estadios y procesos conductuales a partir del estadio de acción. (Pérez, DiClemente y Carbonari, 1986). **Nivel de evidencia III.**
- La Entrevista Motivacional está más indicada cuanto menor sea la motivación para el cambio en la línea base (Rohsenow et al., 2004). **Nivel de evidencia IA**
- La entrevista motivacional permite una elevada tasa de cumplimiento. **Nivel de evidencia III.**
- Una de las principales utilidades de la **Entrevista Motivacional** es incrementar la participación, adherencia y retención de los pacientes durante la fase inicial del tratamiento (Secades, Fernández y Arnáez, 2004). **Nivel de evidencia II.**
- Los efectos de la Entrevista Motivacional decaen con el tiempo. Tiene una eficacia pequeña pero significativa a los 12 meses. **Nivel de evidencia I.**
- La Entrevista Motivacional ofrece mejores resultados -reducción del consumo abusivo- en consumidores jóvenes que el no tratamiento. **Nivel de evidencia III.**
- La entrevista motivacional parece más indicada para el consumidor con mayor deterioro cognitivo (Bell, 2008). **Nivel de evidencia IIIB.**
- Las terapias de baja intensidad, baja exigencia y poco estructuradas (ej., intervenciones motivacionales) facilitan la reducción del consumo y la mejoría de síntomas psicopatológicos en poblaciones con carencias extremas (ej., personas sin hogar, inyectores en activo sin intención de abandono del consumo). **Grado de recomendación B.**
- La entrevista motivacional es más eficaz que el no- tratamiento (Nahom, 2005). **Nivel de evidencia IA.**

#### 4.2.1.2.2 Terapias cognitivo-conductuales TCC

Las **Terapias Cognitivo-conductuales (TCC)** son útiles para ayudar a los pacientes a detectar situaciones de riesgo, adquirir estrategias y desenvolverse con ellas, aumentando de forma significativa las tasas de abstinencia y reduciendo el consumo. (Becoña Iglesias y Cortés Tomás, 2008). **Nivel de evidencia IA.**

- La terapia cognitivo-conductual es el tratamiento de elección para el abordaje de los dependientes de cocaína. **Grado de recomendación: A**
- La terapia conductual de pareja, dirigida a mejorar las relaciones familiares ayuda a incrementar las tasas de abstinencia. **Nivel de evidencia I**
- Con los pacientes que conviven con parejas no consumidoras de drogas debe aplicarse terapia conductual familiar y/o de pareja. **Grado de recomendación B.**
- Las terapias cognitivo-conductuales son generalmente más efectivas que otras modalidades psicoterapéuticas y farmacológicas por separado y su eficacia aumenta en tratamientos multicomponentes. (Becoña Iglesias y Cortés Tomás, 2008). **Nivel de evidencia IA.**
- La terapia cognitivo-conductual ha mostrado su efectividad tanto cuando se administra en formato individual como en un contexto grupal (Stead y Lancaster, 2005). **Nivel de evidencia IA.**
- Los efectos de la terapia cognitiva-conductual se extienden más allá del tratamiento, pero decaen con el tiempo. **Nivel de evidencia I.**
- Aunque en algunas circunstancias y para algunos pacientes las intervenciones breves pueden resultar eficaces, un mayor tiempo de exposición a la terapia cognitiva-conductual está relacionada con mejores resultados a largo plazo. **Nivel de evidencia I.**
- Sería importante diseñar programas de seguimiento tras el alta para procurar la consolidación de los cambios obtenidos mediante la terapia cognitivo-conductual. **Grado de recomendación A.**

#### **TCC: Prevención de recaídas**

- La Prevención de Recaídas es efectiva en el tratamiento de las conductas adictivas. **Nivel de evidencia 1.**
- La prevención de recaídas es un tratamiento eficaz en la dependencia de cocaína en formato individual y grupal y además es compatible con diversos enfoques de tratamiento. **Nivel de evidencia II.**

#### **TCC: Entrenamiento en habilidades de afrontamiento**

- El entrenamiento en habilidades, como parte del tratamiento de dependientes de cocaína, es uno de los elementos más eficaces y con mayor influencia en la evolución y el resultado del tratamiento. **Nivel de evidencia II y grado de recomendación A.**

- El entrenamiento en habilidades de afrontamiento es efectivo en el tratamiento de conductas adictivas cuando va integrado en programas amplios y multidisciplinarios. **Nivel de evidencia I.**
- Las técnicas cognitivo-conductuales de estilos o habilidades de afrontamiento se muestran superiores a otras técnicas terapéuticas sólo si forman parte de un programa integrado de tratamiento, y sólo cuando se utilizan con sujetos que presentan una dependencia leve, con poco deterioro personal y social (Longabauh y Morgenstern 1999). **Nivel de evidencia IIA.**
- La técnica de entrenamiento en habilidades sociales es eficaz en un amplio espectro de pacientes (Oei y cols., 1980; Eriksen y cols., 1986, Rohsenow y cols 1991; Project MATCH, 1997<sup>a</sup>; Miller y cols., 2002; Bottlender y cols., 2006). **Nivel de evidencia IA.**
- La terapia cognitiva de Beck se ha mostrado superior al no-tratamiento en las conductas adictivas, aunque no superior a otras modalidades terapéuticas (Miller, Andrews, Wilbourne y Bennet, 1998). **Nivel de evidencia IIB.**

#### **TCC: Programas multicomponentes**

- El Programa de Reforzamiento Comunitario más terapia de incentivo incrementa las tasas de retención en programas ambulatorios y reduce el consumo de cocaína. **Nivel de evidencia I.**
- El programa de reforzamiento comunitario más incentivo ha sido validado como tratamiento psicológico bien establecido. **Nivel de evidencia I.**
- El empleo de incentivos canjeables por bienes y servicios sin el uso coadyuvante de la medicación, mejora la retención y reduce el consumo de drogas. **Nivel de evidencia II.**
- Las técnicas de manejo de contingencias son altamente recomendables, sobre todo cuando se utilizan dentro de programas de tratamiento más amplios. **Grado de recomendación B.**
- El manejo de contingencias ofrece mejores resultados que la terapia cognitivo-conductual en la reducción del consumo de cocaína en el contexto de un programa de mantenimiento con metadona. **Nivel de evidencia II.**
- El Modelo Matrix, que incluye elementos propios de la prevención de la recaída, terapia familiar y grupal, educación sobre drogas y participación en actividades de autoayuda es efectivo en el tratamiento de conductas adictivas. **Nivel de evidencia III.**

#### **Terapias centradas en la familia**

- La terapia familiar y de pareja mejora los resultados a largo plazo de la terapia para la dependencia de cocaína. **Grado de recomendación: C**

#### **Terapias de orientación psicodinámica**

- Las terapias de corte psicodinámico son efectivas para el tratamiento de los trastornos por abuso de sustancias. **Nivel de evidencia IV.**
- Las terapias psicoanalíticas deben iniciarse con pacientes en abstinencia. **Grado de recomendación C**

- La terapia interpersonal mejora los resultados en dependientes de **cocaína**. **Nivel de evidencia IV**.
- La Asociación Americana de Psiquiatría recomienda la terapia interpersonal en trastornos adictivos, igual que el resto de terapias psicodinámicas. **Grado de recomendación C**.
- La terapia de apoyo expresiva aporta mejoras clínicas en pacientes de larga evolución. **Nivel de evidencia IV**.

#### 4.2.1.3 Contextos de tratamiento

##### Comunidades terapéuticas

- Las Comunidades Terapéuticas son modelos multicomponentes de tratamiento de las conductas adictivas que han mostrado efectividad principalmente en los primeros meses tras el abandono del consumo. **Nivel de evidencia II**
- El perfil recomendado para el tratamiento en CT es el de pacientes con dependencia grave, policonsumidores, con historial largo de abuso de drogas con múltiples recaídas, con bajo apoyo social y orientado a la abstinencia. **Nivel de evidencia I y Grado de recomendación A**.
- Los componentes activos de cambio de las CCTT son: control estimular, modelado, reforzamiento de conductas adaptativas, manejo del tiempo, entrenamiento en habilidades, prevención de recaídas, toma de decisiones, manejo de cogniciones y emociones, y feedback y reforzamiento de los progresos. **Nivel de evidencia II**.
- Las CCTT obtienen mejoras significativas en el estado clínico general del paciente: consumo de drogas, conducta delictiva, psicopatología asociada y situación laboral. **Nivel de evidencia II**.
- Los logros obtenidos por los tratamientos en CCTT se mantienen en seguimientos a largo plazo (de uno a cinco años). **Nivel de evidencia II**.

##### Adolescentes

- La terapia cognitivo-conductual es eficaz con adolescentes consumidores de sustancias. Es recomendable incluir a familiares junto a la aplicación de terapia cognitiva conductual en adolescentes para prolongar en el tiempo los cambios suscitados por el tratamiento. **Nivel de evidencia II**.
- En el tratamiento de menores y adolescentes, un buen manejo de contingencias y la implicación de la familia mejoran el resultado. **Grado de Recomendación C**.
- En adolescentes consumidores de cocaína el abordaje terapéutico se orientará al tratamiento psicológico especialmente centrado en la entrevista motivacional y la terapia conductual. **Grado de Recomendación B**.

- La Terapia Familiar Estratégica Breve está especialmente indicada para las familias de adolescentes abusadores de drogas con mayor nivel de desestructuración- Los tratamientos basados en la familia son eficaces en el abordaje de adolescentes. **Nivel de evidencia III.**
- Las intervenciones familiares en adolescentes con consumo de drogas aumentan el compromiso de los pacientes y las familias y la adherencia al tratamiento; reducen el uso de drogas post-tratamiento y mejoran el funcionamiento familiar y la normalización e incorporación social. **Nivel de evidencia III.**
- La Terapia Familiar Estratégica Breve favorece el compromiso de las familias para participar activamente en el proceso de tratamiento de las conductas adictivas en adolescentes. **Grado de recomendación A**

### Patología Dual y tratamiento integrado

- Los estudios epidemiológicos con más prestigio, fuente de referencia permanente en la Psiquiatría Clínica y la salud mental destacan la importante relación del consumo de cocaína con otros trastornos psiquiátricos: abuso/dependencia de alcohol, esquizofrenia, trastornos de la personalidad, trastornos de ansiedad, trastornos afectivos, etc. **Nivel de evidencia I**
- Los dependientes de cocaína en tratamiento presentan una alta prevalencia de trastornos de personalidad. **Nivel de evidencia III.**
- La coexistencia de la adicción a la cocaína con otros trastornos mentales (patología dual) dificulta el diagnóstico y tratamiento de estos pacientes a la vez que complica la evolución y el pronóstico final. **Nivel de evidencia III**
- El tratamiento integrado de los pacientes cocainómanos con patología psiquiátrica comórbida (patología dual) se asocia con mejor respuesta al tratamiento. **Grado de recomendación B.**
- El diagnóstico y tratamiento de los cocainómanos con patología psiquiátrica comórbida (patología dual) debe orientarse a la mejorar del acceso a los centros, a la unificación y/o coordinación de todas las intervenciones, al cumplimiento y la adherencia al tratamiento, etc.; más que a la propia abstinencia de la droga, que puede ser un objetivo a medio plazo. **Grado de recomendación C.**
- La combinación de Entrevista Motivacional, terapia cognitivo-conductual e intervenciones familiares mejora la evolución de pacientes diagnosticados de esquizofrenia con trastornos por abuso de sustancias. **Grado de recomendación B.**
- Diversas modalidades de tratamiento psicoterapéutico pueden mejorar la evolución de pacientes con abuso de sustancias y estrés postraumático concurrente. **Nivel de evidencia III.**
- El tratamiento integrado para la patología dual es el más adecuado, ya que facilita la adherencia, disminuye el número de ingresos hospitalarios y reduce el consumo de drogas. **Grado de recomendación C.**

- La terapia cognitivo-conductual es eficaz a corto plazo para reducir el consumo de drogas y mejorar las relaciones familiares, en el tratamiento de adolescentes con doble diagnóstico, con independencia de la psicopatología asociada. **Nivel de evidencia II.**
- La terapia cognitivo-conductual, en solitario o en combinación con terapia farmacológica, produce cambios significativos en pacientes con trastornos del estado de ánimo, pero los logros decaen tras la fase de tratamiento. **Nivel de evidencia II.**
- La terapia "Seeking Safety" resulta útil en el tratamiento de las adicciones, en especial para dependientes de cocaína que presenta conjuntamente un trastorno límite o un trastorno por estrés post-traumático. **Nivel de evidencia IV.**
- La terapia dialéctica es efectiva en pacientes con trastornos adictivos y trastorno límite de la personalidad comórbido. **Nivel de evidencia II.**

#### **Policonsumidores**

- Se hace necesario evaluar el uso conjunto de cocaína con otras sustancias para diseñar la estrategia de tratamiento. **Grado de recomendación A**
- El tratamiento de la adicción mixta de alcohol y cocaína se basa en el abordaje de ambas adicciones con tratamiento psicológico apoyado en tratamiento farmacológico: disulfiram y anticraving (naltrexona, topiramato). **Grado de recomendación A.**
- Cuando coexisten consumo de cocaína y alcohol, el tratamiento con disulfiram y tratamiento psicológico, especialmente la terapia cognitivo conductual, supera en eficacia a otras intervenciones, como la terapia interpersonal y el placebo. **Nivel de evidencia I.**
- Las terapias de incentivo y en general las de corte conductual basadas en el manejo de contingencias, resultan eficaces para reducir el consumo de cocaína en pacientes en programas con agonistas. **Grado de Recomendación B.**

#### **4.2.1.4 Resumen de recomendaciones según perspectiva de género.**

El diagnóstico de consumo de cocaína y otras drogas de abuso en el embarazo debería realizarse lo antes posible, coordinándose la atención prenatal con el tratamiento de la adicción. **Grado de Recomendación A.**

El tratamiento psicológico es el de elección, teniendo en cuenta el contexto familiar y social de la paciente embarazada (Zlotnick y cols., 1996). **Grado de recomendación A.**

##### **4.2.1.4.1 - Recomendaciones para superar las barreras al tratamiento según perspectiva de género**

- La OMS recomienda la implantación de programas de intervención con perspectiva de género (Facy et al 2004).

- Trabajar para eliminar la relación de dependencia afectiva y el rol de subordinación hacia el varón adicto. La separación física es necesaria.
- Trabajar en la victimización sexual/violencia de género/trast. estrés post-traumático.
- Programas adaptados a las necesidades de las mujeres que tengan en cuenta la influencia de los condicionantes de género en el desarrollo y superación de sus problemas de drogas.
- Manejo de los sucesos traumáticos: es conveniente evitar el foco temprano o el no abordaje: PROGRAMA CODA-NIDA 02: Terapia emocional profunda para mujeres: Tratamiento con relevancia de los sucesos traumáticos y abusos sexuales sin forzar al afrontamiento inicialmente. También incluye talleres de sexualidad.
- Programas de perspectiva de género mejoran el acceso, efectividad y retención en los tratamientos de las mujeres (especialmente mujeres abusadas, mujeres lesbianas, madres adictas). Copeland y Hand 92.

**Tabla resumen grados de recomendación y niveles de evidencia tratamientos psicológicos dependencia cocaína**

Fases Tratamiento	Técnicas de Intervención Psicológica	Nivel de evidencia	Grado de Recomendación
FASE I Inicio del Tratamiento Evaluación	Entrevista motivacional	I	A
	Consejo individual	II	
FASE II Deshabitación Mantenimiento	Comunidades terapéuticas	II	
	Consejo individual	II	
	TCC Terapia cognitivo-conductual (individual/grupal)	I	A
	TCC. Prevención de recaídas	II	
	Terapia conductual de pareja	I	
	Entrevista Motivacional	III	B
	TCC. CRA+incentivos	I	A
	Exposición a estímulos y entrenamiento en habilidades de afrontamiento	II	
	Manejo de contingencias en programa multimodal	II	
	Terapia cognitiva de Beck	II	B
	Entrenamiento en HHSS	I	A
	Modelo Matrix Terapia familiar y de pareja terapia de apoyo terapia interpersonal terapia psicoanalítica	III IV IV IV	C
FASE III Normalización- Inserción sociofamiliar	Consejo individual	I	C
	Terapia familiar y de pareja	I	A
	Terapia cognitivo- conductual (individual/grupal)	II	
	Terapia conductual de pareja	II	
	Terapia cognitiva de Beck	II	
	TCC. Prevención de recaídas	I	
	Entrenamiento en HHSS	III	
	terapia de apoyo terapia interpersonal terapia psicoanalítica	IV IV IV	
FASE IV Seguimiento post-alta terapéutica	TCC: Sesiones de recuerdo Grupos de autoayuda Contactos telefónicos y On line. Citas a demanda Sesiones grupales de apoyo Seguimiento longitudinal (6 – 12 meses)	IV	C

## 5. Bibliografía

ABUSO DE DROGAS: TRATAMIENTO Y REHABILITACION: Guía práctica de Planificación y aplicación. NACIONES UNIDAS, Nueva York, 2003.

Anthony JC, Tien AY, Petronis KR. Epidemiologic evidence on cocaine use and panic attacks. *Am J Epidemiol* 1989; 129: 543-9.

Becoña E, Cortés M, Pedrero EJ, Fernández JR, Casete L, Bermejo MP, Secades R, Tomás V (2008). Guía Clínica de Intervención Psicológica en Adicciones. Barcelona, Socidrogalcohol España

Becoña, E. Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas.1999, Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

Biederman J, Wilen T, Mick E y cols. Pharmacotherapy of attention-deficit/hyperactivity disorder reduces risk for substance use disorder. *Pediatrics* 1999; 104: e20.

BOBES, J. et al: Epidemiología del uso/abuso de cocaína. Adicciones. Vol 13, sup 2, pag. 23-36. Socidrogalcohol 2001

Buckley PF. Substance abuse in schizophrenia: a review. *J Clin Psychiatr* 1998; 59: 26-30.

Brady KT, Randall CL. Gender differences in substance use disorders. *Psychiatr Clin N Am* 1999; 22: 241-52.

Brookoff D, Rotondo MF, Shaw LM y cols. Coacaethylene levels in patients who test positive for cocaine. *Ann Emerg Med* 1996; 27: 316-20.

Brown RA, MOnTi PM, Myers MG y cols. Depression among cocaine abusers in treatment: relation to cocaine and alcohol use and treatment outcome. *Am J Psychiatr* 1998; 155: 220-5.

Camí, J. y Rodríguez, M. E. (1988). Cocaína: la epidemia que viene.

*Medicina Cínica*, 91, 71 – 76.

Carroll, K. M., Rounsaville, B. J., Nich, C., Gordon, L.T., Wirtz, P. W. Y Gawin, F.H. (1994). One year follow-up of psychotherapy and pharmacotherapy for cocaine dependence: Delayed emergence of psychotherapy effects. *Archives of General Psychiatry*, 51, 989-997.

Clure C, Brady KT, Saladin ME y cols. Attention-deficit/hyperactivity disorder and substance use: symptoms pattern and drug choice. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1999; 25: 441-8.

Compton WM, Cottler LB, Ben Abdallah A y cols. Substance dependence and other psychiatric disorders among drug dependent subjects: race and gender correlates. *Am J Addict* 2000; 9: 113-25.

Cottler LB, Compton WM, Mayer D Posttraumatic stress disorder among substance users from the general population. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 664-70.

Dackis CA. Recent advances in the pharmacotherapy of cocaine dependence. *Am Psychiatry Rep* 2004; 6: 323-31.

Davids E, Gastpar M, Attention-deficit/hyperactivity disorder and substance abuse *Psychiatr Prax* 2003; 30: 182-6.

GARCÍA-RODRÍGUEZ, O. Tratamiento conductual de la adicción a la cocaína. *Trastornos Adictivos*. 2008; 10(4):242-51

Grant BF and Haarford TC. Concurrent and simultaneous use of alcohol with cocaine: results of national survey. *Drug Alcohol Depend* 1990; 25: 97-104.

Guía clínica: Tratamiento de trastornos por el consumo de sustancias estimulantes. II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones. 2008.

Hart CL, Jatlow P, Sevarino KA y cols. Comparison of intravenous cocaethylene and cocaine in humans. *Psychopharmacology (Berl)* 2000; 149: 153-62.

Higgins, S. T., Heil, S. H. y Plebani, J. (2004). Clinical implications of reinforcement as a determinant of substance use disorders. *Annual Review of Psychology*, 55, 431-461

Levin FR, Evans SM, Kleber HD. Prevalence of adult attention-deficit/hyperactivity disorder among cocaine abusers seeking treatment. *Drug Alcohol Depend* 1998; 52: 15-25.

López Durán, A. y Becoña Iglesias, E. El consumo de cocaína desde la perspectiva psicológica. *Papeles del Psicólogo*, 2009. Vol. 30(2), pp. 125-134)

McCance-Katz EF, LH, McDougale DJ y cols. Concurrent cocaine-ethanol ingestion in humans: Pharmacology, physiology, behavior, and the role of cocaethylene. *Psychopharmacology (Berl)* 1993; 111: 39-46.

Mendelson JH, Mello NK Management of cocaine abuse and dependence. *N Engl J Med* 1996; 334: 965-72.

Miller FT, Busch F; Tanenbaum JH. Drug abuse in schizophrenia and bipolar disorder. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1989; 15: 291-5.

Millman RB. Evaluation and clinical management of cocaine abusers. *J Clin Psychiatry* 1988; 49 Suppl: 27-33.

Ministerio de Sanidad y Consumo Secretaría General de Sanidad Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas .PROGRAMA DE ACTUACIÓN FRENTE A LA COCAÍNA 2007-2010.

National Institute on Drug Abuse (2001). Principios de tratamiento para la Drogadicción: Una guía basada en investigaciones. Disponible en URL (Consultado en 16/10/2009):<http://nida.gov/PODATS/Spanish/PODATIndex.html>.

Higgins, S. T., Heil, S. H. y Plebani, J. (2004). Clinical implications of reinforcement as a determinant of substance use disorders. *Annual Review of Psychology*, 55, 431-461

Najavits LM, Gastfriend DR, Barber JO y cols. Cocaine dependence with and without PTSD among subjects in the National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 214-9.

Observatorio Español sobre Drogas (2007). Informe 2007 del Observatorio Español sobre Drogas. Recogido el 20 julio de 2008 en <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/oed-2007.pdf>.

OEDT 2004-Observatorio Europeo de la droga y las toxicomanías (2004). Informe anual 2004 del Observatorio Europeo de la droga y la toxicomanía (OEDT) sobre el problema de la drogodependencia en la Unión Europea y Noruega. Recogido el 13 de Enero de 2005 en [http://www.mir.es/pnd/coopera/pdf/informeOEDT\\_2004.pdf](http://www.mir.es/pnd/coopera/pdf/informeOEDT_2004.pdf).

OED 2008: OEDT 2008-Observatorio Europeo de la droga y las toxicomanías (2008). Informe anual 2008 del Observatorio Europeo de la droga y la toxicomanía (OEDT) sobre el problema de la drogodependencia en Europa. [http://www.mir.es/pnd/coopera/pdf/informeOEDT\\_2008.pdf](http://www.mir.es/pnd/coopera/pdf/informeOEDT_2008.pdf)

PRACTICE GUIDELINE FOR THE Treatment of Patients with Substance Use Disorders. Second Edition. APA 2006

Pennings, J. M., Leccese, A. P. y de Wolf, F. A. (2002). Effects of concurrent use of alcohol and cocaine. *Addiction*, 97, 773 - 783.

Rosenbaum JF Cocaine and panic disorder. *Am J Psychiatry* 1986; 143: 1320.

Rounsaville B, Aton SF, Carroll K y cols. Psychiatric diagnoses of treatment seeking cocaine abusers. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48: 43-51.

Rutherford, MJ, Cacciola JS, Alterman AI Antisocial personality disorder and psychopathy in cocaine-dependent women. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 849-56.

Schmitz JM, Stotts AL, Averill PM, et al. Cocaine dependence with and without comorbid depression: a comparison of patient characteristics. *Drug Alcohol Depend* 2000; 60: 189-98.

Schubiner H, Tzelepis A, Milberger S y cols. Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder and conduct disorder among substance abusers. *J Clin Psychiatr* 2000; 61: 244-51.

Secades-Villa, R., García-Rodríguez, O., Fernández-Hermida, J. R. y Carballo, J. L. (2007). Fundamentos psicológicos del tratamiento de las drogodependencias. *Papeles del Psicólogo*, 28, 29-40

Secades R., Fernandez-Hermida JR. Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína. *Psicothema* 2001. Vol. 13, nº 3, pp. 365-380.

Secades-Villa, R., García-Rodríguez, O., Fernández-Hermida, J. R. y Carballo, J. L. (2007). El Programa de Reforzamiento Comunitario más Terapia de Incentivo para el tratamiento de la adicción a la cocaína. *Adicciones*, 19, 51-57.

Satell SL, McDougle CJ. Obsessions and compulsions associated with cocaine abuse. *Am J Psychiatry*. 1991; 148: 947.

Serper MR, Chou JC, Allen MH y cols. Symptomatic overlap of cocaine intoxication and acute schizophrenia at emergency presentation. *Schizophr Bull* 1999; 25: 387-94.

Terán Prieto, A. et al. COCAINA. GUIAS CLÍNICAS SOCIDROGALCOHOL BASADAS EN LA EVIDENCIA CIENTÍFICA. *Socidrogalcohol*.2008.

Uslaner J, Kalechsteins A, Richter Y y cols. Association of depressive symptoms during abstinence with the subjective high produced by cocaine. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 1444-46.

Volkow ND. Drug abuse and mental illness: Progress in understanding comorbidity. *Am J Psychiatr* 2001; 158: 1181-83.

Weiss RD, Mirin SM, Griffin ML, Michael JL. Psychopathology in cocaine abusers. Changing trends. *J Nerv Ment Dis* 1988; 176: 719-25.

Weinstein SP, Gottheil E, and Sterling RC. Randomized comparison of intensive outpatient vs.individual therapy for cocaine abusers. *J Addict Dis* 1997; 16: 41-56

Wiederman MW, Pryor T. Substance use among women with eating disorders. *Int J Eat Disord* 1996 Sep; 20: 163-8.

Hernandez-Ávila C. A., Rounsaville B. J., Kranzler H. R. (2004) Opioid-cannabis- and alcohol-dependent women show more rapid behavioural response to substance abuse treatment. *Drug Alcohol Dependence* 74, 265-272.

Gallop R. J., Crits-Cristoph P., Ten Have T. R., Barber J. P., Frank A., Griffin M.L. (2007) Differential transitions between cocaine use and abstinence for men and women. *J. Consult. Clin. Psychol.* 75, 95-103

Back S. E., Brady K. T., Jackson J. L., Salstrom S., Zinzow H. (2005) Gender differences in stress reactivity among cocaine-dependent individuals. *Psychopharmacology* 180, 169-176.

Marczinski CA, Abroms BD, Van Selst M, Fillmore MT (2005) Alcohol-induced impairment of behavioural control: differential effects on engaging vs. Disengaging responses. *Psychopharmacology (Berl)* 182:452-459.

Biederman J, Wilens TE, Mick E, et al. Psychoactive substance use disorders in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): effects of ADHD and psychiatric comorbidity.

Am J Psychiatry 1995; 152:1652-1658. Carrol KM, Ziedonis D, O'Malley SS, McCance-Katz E, Gordon L, Rounsaville BJ. Pharmacologic interventions for abusers of alcohol and cocaine. A pilot study of disulfiram versus naltrexona.

Am J Addict 1993; 2: 77-9. Davids E, Gastpar M. Attention-deficit/hyperactivity disorder and substance abuse. Psychiatr prax 2003; 30:182-6.

Levin FR, Evans SM, McDowell D, Brooks D, Nunes EV. Bupropion treatment for cocaine abuse and adult attention-deficit/hyperactivity disorder: a pilot study. J Clin Psychiatry 1998; 59:300-305.

Levin FR, Evans SM, Brooks DJ, Garawi F. Treatment of cocaine dependent treatment seekers with adult ADHD: double-blind comparison of methylphenidate and placebo. Drug Alcohol Depend 2007; 87: 20-29.

Safren SA. Cognitive Behavioral approaches to ADHD treatment in adulthood. J. Clin Psychiatry, 2006; 67 (Suppl 8): S46-50.

Kalawsky, 2004 y Martinez y cols., 2006. Falta encontrar esta referencia.

Anton RF, O'Malley SS, Ciraulo DA, Cisler RA, Couper D, Donovan DM, Gastfriend DR, Hosking JD, Johnson BA, LoCastro JS, Longabaugh R, Mason BJ, Mattson ME, Miller WR, Pettinati HM, Randall CL, Swift R, Weiss RD, Williams LD, Zweben A. COMBINE Study Research Group. Combined pharmacotherapies and behavioral interventions for alcohol dependence – the COMBINE study: a randomized controlled trial. JAMA 2006; 295: 2003-2017.

Anton RF, Moak DH, Latham P, Waid LR, Myrick H, Voronin K, Thevos A, Wang W, Woolson R. Naltrexone combined with either cognitive behavioral or motivational enhancement therapy for alcohol dependence. J. Clin Psychopharmacol. 2005; 25 (4): 349-57

APA, American Psychiatric Association. DSM-IV-TR (2002). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Ed. Madrid, Masson España.

Ballidin J, Berglund M, Borg S, Mansson M, Bendtsen P, Franck J, Gustafsson L, Halldin J, Nilsson LH, Stolt G, Willander A. A 6-month controlled naltrexone study: combined effect with cognitive behavioural therapy in outpatient treatment of alcohol dependence. Alcohol Clin Exp Res. 2003; 27(7):1142-9.

Burtscheidt W, Schwarz R, Wolwer W, Gaebel W. Outpatient behavioural treatment in alcoholism: alcohol consumption and sociodemographic factors. Fortschr Neurol Psychiatr. 2001b; 69(11):526-31.

Becoña E, Cortés M, Pedrero EJ, Fernández JR, Casete L, Bermejo MP, Secades R, Tomás V (2008). Guía Clínica de Intervención Psicológica en Adicciones. Barcelona, Socidrogalcohol España.

Bell JB (2008) Volitional control, self-regulation, and motivational interviewing in veterans with alcohol problems. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 68 (7-B), 4810.

Bobes J, Casas M, Gutiérrez M. (2003) *Manual de Evaluación y Tratamiento de Drogodependencias*. Ed. Ars Médica. España

Bottlender M, Kohler J, Soyka M. The effectiveness of psychosocial treatment approaches for alcohol dependence- a review. *Fortschr neurol Psychiatr*. 2006; 74 (1): 19-31

Burtscheidt W, Wolwer W, Schwarz R, Strauss W, Gaebel W. Out-patient behaviour therapy in alcoholism: treatment outcome after 2 years. *Acta Psychiatr Scand*. 2002; 106(3):227-32.

Burtscheidt W, Wolwer W, Schwarz R, Strauss W, Loll A, Luthcke H, Redner C, Gaebel W. Outpatient behaviour therapy in alcoholism: relapse rates after 6 months. *Acta Psychiatr Scand*. 2001; 103(1):24-9.

Carroll K. (2004). Tratamientos combinados para la dependencia de sustancias. En M. Sammons y N. Schmidt (eds.), *Tratamientos combinados de los trastornos mentales: una guía de intervenciones psicológicas y farmacológicas*. Bilbao: DDB.

Cooney NL, Kadden RM, Litt MD, Setter H: Matching alcoholics coping skills or interactional therapies: two-year follow-up results. *J Consult Clin Psychol* 1991; 59:598-601

COMBINE Study Research Group. Testing combined pharmacotherapies and behavioral interventions for alcohol dependence (the COMBINE study): a pilot feasibility study. *Alcohol Clin Exp Res*. 2003; 27(7):1123-31.

Cooney NL, Kadden RM, Litt MD, Setter H: Matching alcoholics coping skills or interactional therapies: two-year follow-up results. *J Consult Clin Psychol* 1991; 59:598-601

Chambless DL, Baker MJ, Baucom DH, et al: Update on empirically validated therapies, II. *The Clinical Psychologist* 1998; 51:3-16

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (PNSD) (2001). *Encuesta domiciliaria sobre drogas*.

De Wildt WA, Schippers GM, Van Den Brink W, Potgieter AS, Deckers F, Bets D. Does psychosocial treatment enhance the efficacy of acamprosate in patients with alcohol problems? *Alcohol Alcohol*. 2002; 37(4):375-82.

Echeburúa E. *Abuso de alcohol*. Madrid: Síntesis 2001.

Eriksen L, Bjornstad S, Gotestam KG. Social skills training in group for alcoholics: one-year treatment outcome for groups and individuals. *Addict Behav*. 1986;11(3):309-29

Farrell M, Howes S, Taylor C et al. Substance misuse and psychiatric comorbidity: an overview of the OPCS National Psychiatric Morbidity Survey. *Addictive Behaviours* 1998; 23: 909-918.

Ferri M, Amato L, Davoli M. Alcoholics Anonymous and other 12-step programmes for alcohol dependence. *Cochrane Databases Syst Rev.* 2006; 3:CD005032

Guardia, J. (1996). Avances en el tratamiento farmacológico del alcoholismo. En J. Aizpiri, y J. F. Marcos (Eds.), *Actualización del tratamiento del alcoholismo.* (pp. 65-96). Barcelona: Masson.

Guardia, J., Jiménez, M. A., Pascual, F., Flórez, G. y Contel, M. (2007). *Guía clínica*

Guardia Serecigni J, Jiménez-Arriero MA, Pascual Pastor P, Fórez Menéndez G, Contell Guillaumont M (2007). *Guía clínica para el tratamiento del alcoholismo.* Barcelona, Socidrogalcohol España.

Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Dufour MC, Compton W, Pickering RP, Kaplan K. Prevalence and co-occurrence of substance use disorders an independent mood and anxiety disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry.* 2004 a; 61: 807-816.

Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Ruan WJ, Pickering RP. Co-occurrence of 12-month alcohol and drug use disorders and personality disorders in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry.* 2004 b; 61: 361-368.

Hasin DS. Classification of alcohol use disorders. *Alcohol Res Health.* 2003a; 27:5-17.

Hasin DS, Grant BF. The co-occurrence of DSM-IV alcohol abuse in DSM-IV alcohol dependence: results of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions on heterogeneity that differ by population subgroup. *Arc Gen Psychiatry* 2004; 61: 891-896.

Hasin DS, Schuckit M.A, Martin CS, Grant BF, Bucholz KK, Helzer JE. The validity of DSM-IV alcohol dependence: what do we know and what do we need to know? *Alcohol Clin Exp Res* 2003b; 27: 244-252.

Heaton RK. *Wisconsin Card Sorting Test Manual.* Psychological Assessment Resources, 1981

Hoppes K (2006). The application of mindfulness-based cognitive interventions in the treatment of co-occurring addictive and mood disorders. *CNS Spectrum,* 11, 829-841

Irvin JE, Bowers CA, Dunn ME, Wang MC. Efficacy of relapse prevention: a meta-analytic review. *J. Consult Clin Psychol.* 1999; 67 (4): 563-70

Kadden R, Carroll K, Donovan D, Cooney N, Monti P, Abrams D, Litt M, Hester R. *Cognitive-Behavioral coping skills therapy manual.* Project MATCH Monograph Series. Vol 3. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Rockville, Maryland 1995.

Landa, N; Fernández-Montalvo, J. y Tirapu.J (2004). Alteraciones neuropsicológicas en el alcoholismo: una revisión sobre la afectación de la memoria y funciones ejecutivas. Adicciones 16. León-Carrión J. BNS. Bateria Neuropsicológica Sevilla. Manual. Madrid: TEA, 1999.

Linehan M (1993). Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. Nueva York: Guilford Press.

Linehan M, Dimeff L, Reynolds S, Comtois K, Welch S, Heagerty P et al. (2002). Dialectical behaviour therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. Drug and Alcohol Dependence, 67, 13-26.

Linehan M, Schmidt H, Dimeff L, Craft C, Kanter S y Comois K (1999). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. American Journal on Addictions, 8, 279-292.

Liappas J, Paparrigopoulos T, Tzavellas E, Christodoulou G. Alcohol detoxification and social anxiety symptoms: a preliminary study of the impact of mirtazapine administration. J Affect Disord. 2003; 76(1-3):279-84.

Longabauh R, Morgenstern J. Cognitive-Behavioral Coping Skills Therapy for Alcohol Dependence. Current Status and Future Directions. Alcohol Research & Health 1999; 23 (2):78-85

McKay JR, Lynch KG, Schepard DS, Pettinati HM. The effectiveness of telephone-based continuing care for alcohol and cocaine dependence: 24-month outcomes. Arch Gen Psychiatry. 2005; 62(2):199-207

Miller WR, Wilcourne PL. Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders. Addiction 2002; 97:265-77

Monti PM, Abrams DB, Kadden RM, Cooney NL. Treating Alcohol Dependence: A Coping Skills Training Guide. New York: Guilford Press, 1989.

Nathan, P.E. (1997). Substance use disorders in the DSM-IV. En G.A. Marlatt y G.R. vandenbos (Eds.), Addictive behaviors. Readings on etiology, prevention, and treatment. Washinton, DC: American Psuchological Association

Observatorio Español sobre Drogas: Informe 2004 (2005). Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, España. <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/oed-2004.pdf> [Acceso junio 2008]

Oei TPS, Jackson PR. Long-term effects of group and individual social skills training with alcoholics. Addictive Behaviors 1980; 5:129-136

Organización Mundial de la Salud: CIE-10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Organización Mundial de la Salud. CIE-10. Editorial MEDITOR. Madrid 1992.

Perz CA, DiClemente CC, Carbonari JP (1996). Doing the right thing at the right time? The interaction of stages and processes of change in successful smoking cessation. *Health Psychology*, 15, 462-468.

Project MATCH Research Group: Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. *J. Stud Alcohol* 1997a; 58:7-29

Reid MC, Fiellin DA, O'Connor PG. Hazardous and harmful alcohol consumption in primary care. *Arch Intern med* 1999; 159:1681-1689

Rohsenow DJ, Monti PM., Binkoff JA, Liepman MR, Nirenberg TD, Abrams DB. Patient-treatment matching for alcoholic men in communication skills versus cognitive-behavioral mood management training. *Addic Behav.* 1991; 16 (1-2): 63-9

Roozen HG, Boulogne JJ, van Tulder MW, van den Brink W, De Jong CA, Kerkhof AJ. A systematic review of the effectiveness of the community reinforcement approach in alcohol, cocaine and opioid addiction. *Drug Alcohol Depend.* 2004; 74(1): 1-13

Rubio G, Santo-Domingo J, editores. *Guía Práctica de Intervención en el Alcoholismo*. Madrid. Edit. Gabriel Rubio, Agencia Antidroga, Comunidad de Madrid. 2000.

Secades R, Fernández JR. Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína. *Psicotema* (2001). Vol 13-3: 365-380.

UKATT Research Team. Cost effectiveness of treatment for alcohol problems: findings of the randomised UK alcohol treatment trial (UKATT). *BMJ.* 2005b; 331(7516): 544-548

UKATT Research Team. Effectiveness of treatment for alcohol problems: findings of the randomised UK alcohol treatment trial (UKATT). *BMJ.* 2005a; 331(7516):541-544

Weschler D. *Manual de la Escala de Inteligencia de Weschler para adultos (WAIS)*. Madrid: TEA, 1976

Williams, S. H. (2005). Medications for treating alcohol dependence. *American Family Physician*, 72, 1775-1780.



# Anexo

## ANEXO

**Tabla resumen de los nivel de calidad de la evidencia científica y grados de recomendación**

Nivel evidencia	Grado recomendación	Fuerza de la evidencia	Tipo de diseño del estudio	Condiciones de rigurosidad científica
I	A	Adecuada	• Meta-análisis de Ensayos Clínicos Controlado y Aleatorizado (ECA)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Análisis de datos individuales de los pacientes</li> <li>• Metaregresión</li> <li>• Mega-análisis</li> <li>• Diferentes técnicas de análisis</li> <li>• Ausencia de heterogeneidad</li> <li>• Calidad de los estudios</li> </ul>
II	A	Adecuada	• Ensayo Clínico Controlado Aleatorizado (ECA) de muestra grande	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación del poder estadístico</li> <li>• Multicéntrico</li> <li>• Calidad del estudio</li> </ul>
III	B	Buena a regular	• Ensayo Clínico Controlado Aleatorizado (ECA) de muestra pequeña	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación del poder estadístico</li> <li>• Calidad del estudio</li> </ul>

IV	C	Buena a regular	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudio prospectivo controlado no aleatorizado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Controles coincidentes en el tiempo</li> <li>• Multicéntrico</li> <li>• Calidad del estudio</li> </ul>
V	C	Regular	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudio prospectivo controlado no aleatorizado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Controles históricos</li> <li>• Calidad del estudio</li> </ul>
VI	C	Regular	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudios de cohorte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Multicéntrico</li> <li>• Apareamiento</li> <li>• Calidad del estudio</li> </ul>
VII	D	Regular	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudios de casos y controles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Multicéntrico</li> <li>• Calidad del estudio</li> </ul>
VIII	E	Pobre	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Series clínicas no controladas</li> <li>• Estudios descriptivos: seguimiento de la enfermedad, vigilancia epidemiológica, encuestas, registros, bases de datos, comités de expertos, conferencias de consenso</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Multicéntrico</li> </ul>
IX	E	Pobre	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anécdotas o casos únicos</li> </ul>	

Fuente: Jovell AJ, Navarro-Rubio MD. Evaluación de la evidencia científica. Med Clin (Barc) 1995;105:740-3









