



TRABAJO FIN DE MÁSTER

# **Rehabilitación de personas con adicción a la cocaína desde un abordaje integrador**

Autor: José María Lorenzo Martínez

Directora: Dra. Carmen Soria Martín

Alcalá de Henares, 2021

**Máster Universitario en  
Psicología General Sanitaria**

Centro Universitario Cardenal Cisneros  
Universidad de Alcalá

## ÍNDICE

Resumen/Abstract.....	pág. 1,2
1. Introducción y justificación del tema elegido .....	pág. 2,3
2. Objetivos .....	pág. 3,4
3. Hipótesis .....	pág. 4
4. Marco teórico .....	pág. 5,21
4.1. Método de búsqueda .....	pág. 5
4.2. ¿Qué es la adicción? .....	pág. 5,6
4.3. La adicción a la cocaína.....	pág. 6, 7
4.3.1. Reacciones adversas debido al consumo de cocaína.....	pág. 8
4.3.2. Reacciones adversas agudas .....	pág. 8
4.3.3. Reacciones adversas crónicas.....	pág. 9
4.3.4. Diferencias biológicas de sexo en el consumo de cocaína.....	pág. 9
4.3.5. Diferencias cualitativas de género en el consumo de cocaína.....	pág. 9
4.3.6. Consumo de cocaína en España .....	pág. 10
4.4. La adicción a la cocaína en población adulta .....	pág. 10
4.5. Dificultades neuropsicológicas derivadas del consumo de cocaína.....	pág. 12, 13
4.6. La rehabilitación neuropsicológica .....	pág. 14
4.6.1. En el siglo XX.....	pág. 14, 15
4.6.2. El papel del neuropsicólogo en el tratamiento de la adicción a cocaína.....	pág. 15, 16
4.6.3. Programas de tratamiento neuropsicológico para consumidores de cocaína .	pág. 16, 17, 18
4.7. La terapia cognitivo conductual .....	pág. 18, 19
4.7.1 La terapia cognitivo conductual en la adicción a la cocaína.....	pág. 19, 20, 21, 22
5. Propuesta intervención.....	pág. 23 a 42
6. Conclusiones.....	pág. 42,43
7.Referencias.....	pág. 44,45,46,47,48
8. Anexos.....	pág. 49 a 58

## **Resumen**

El programa se centra en una propuesta de intervención para pacientes con adicción a la cocaína. El enfoque del programa es integrador, abarcando dos orientaciones, el modelo cognitivo conductual y la rehabilitación neuropsicológica. El programa contaría con pacientes de edad adulta, con una edad comprendida entre los 18 y 57 años. Con respecto a la rehabilitación neuropsicológica se realizó evaluaciones de pre-intervención, intermedia, y post-intervención. Por otro lado, dentro de la rehabilitación neuropsicológica se hizo un entrenamiento de las funciones cognitivas alteradas en los pacientes con adicción a la cocaína. Esta intervención se centró en tres bloques fundamentalmente: la memoria de trabajo, las funciones ejecutivas, y la atención. De forma intercalada se realizó una intervención cognitivo conductual con el objetivo de abordar dificultades específicas relacionadas con el consumo de cocaína. Como conclusión es importante resaltar la relevancia de la rehabilitación neuropsicológica de los pacientes con adicción a la cocaína, ya que presentan problemas a la hora de seguir las sesiones, de prevenir recaídas, de abandono del tratamiento, de prevención de situaciones de riesgo de consumo. Imprescindible trabajar a través del abordaje de déficits neuropsicológicos específicos que se relacionan con estas dificultades.

*Palabras clave:* “adicción” “cognitivo conductual” “neuropsicología” “rehabilitación” “cocaína

## **Abstract**

The program focuses on an intervention proposal for patients with cocaine addiction. The focus of the program is integrative, with two models, the cognitive behavioral and neuropsychological rehabilitation. The program would have adult patients, with an age between 18 and 57 years. Regarding neuropsychological rehabilitation, pre-intervention, intermediate, and post-intervention evaluations were carried out. On the other hand, within neuropsychological rehabilitation, a training of altered cognitive functions was carried out in patients with cocaine addiction. This intervention focused on three blocks

fundamentally: working memory, executive functions, and attention. In an interspersed way, a cognitive behavioral intervention was carried out with the aim of addressing specific difficulties related to cocaine use. In conclusion, it is important to highlight the relevance of the neuropsychological rehabilitation of patients with cocaine addiction, since they present problems when it comes to following the sessions, preventing relapses, finish the treatment, and preventing situations of risk of consumption. It is essential to work through the approach of specific neuropsychological deficits that are related to these difficulties.

*Keywords:* Addiction" "cognitive behavioral" "neuropsychology" "rehabilitation" "cocaine"

## **1. Introducción y justificación del tema elegido**

La cocaína es una sustancia que genera enormes repercusiones en la vida de las personas, deteriora su vida personal, social, laboral e incluso intelectual. Por ello es necesario que se realicen investigaciones al respecto. Los datos que hay en la literatura científica informan de la dificultad para protocolizar un programa de tratamiento consensuado para cualquier adicción. La dificultad estriba en la complejidad de operativizar variables como por ejemplo la atención que según algunos autores sería un elemento interdependiente de otras variables como son las funciones ejecutivas, la memoria de trabajo. Al margen de las dificultades que se producen en una persona con el consumo de cocaína, hay que añadirle lo que supone la sustancia a nivel epidemiológico, desde 1980, la cocaína es un problema emergente en occidente, colapsando los servicios sanitarios y generando cifras preocupantes de su consumo a nivel europeo. Síntoma de ello es la posición que ocupa entorno a su ingesta, siendo la segunda droga ilegal más consumida por detrás del cannabis (Pérez, 2020).

El consumo a nivel mundial pone de relieve la importancia de crear un programa que integre las necesidades que tiene una persona con esta adicción.

La edad media a nivel europeo de consumo de cocaína en el año 2016 fue de 21 años. Este dato junto a la generalización de su consumo a través de los diferentes estratos sociales, y su utilización como sustancia compensatoria de los efectos hipoactivos de otras drogas (como el alcohol, sustancia más

consumida a nivel mundial) permite presagiar que su consumo se ha normalizado. Este uso masivo de la sustancia transmite un problema grave, y es que el consumo no lo realizan únicamente personas pertenecientes a barrios marginales, sino que está incorporado en personas integradas en la sociedad (Pérez, 2020). El consumo de cocaína le permite a la persona tener el aliciente de experimentar una gama de sensaciones variadas, desde diversión, vigilia, la interacción social, además de otros componentes no relacionados con el hecho de que la cocaína sea un estimulante, como es, la percepción recreativa de la sustancia y que por lo tanto la población no juzga tanto a la persona que consume. Otro de los elementos importantes que dificulta la reducción del consumo en la población general, es la facilidad para conseguir cocaína en cualquier sitio (Pérez, 2020). Ante el incesante crecimiento del consumo de cocaína y la ausencia de percepción de riesgo del consumo se genera una alarma que no sólo abarca lo social, sino que implican alteraciones de tipo neurológico, psiquiátrico, social, sanitario, orgánico (Pérez, 2020).

## **2. Objetivos**

### **General**

Establecer una propuesta de intervención para pacientes con adicción a la cocaína en población adulta desde un abordaje integrador de orientaciones neuropsicológica y cognitivo conductual.

### **Específicos**

Generar una metodología innovadora pero que conserve elementos de estudios precedentes cognitivo-conductuales y neuropsicológicos, propuestas de intervención que doten al estudio de funcionalidad para su posterior aplicación en la vida real.

Clarificar la importancia del orden lógico de aplicación de técnicas de un tipo de orientación terapéutica u otra justificándola a través de la literatura científica.

Trabajar en la línea de los enfoques anteriores, áreas del funcionamiento interpersonal deterioradas como la social, laboral y personal (enfoque cognitivo-conductual) y las asociadas a las funciones ejecutivas y de aprendizaje básicas lenguaje, pensamiento, memoria, atención (enfoque neuropsicológico)

Facilitar la diferenciación de qué aspectos serían los que estarían integrados en orientación cognitivo conductual y cuáles desde la neuropsicológica.

Analizar la relevancia de los resultados obtenidos para la generación de futuros estudios prospectivos con menos limitaciones metodológicas

Concretar las limitaciones más importantes del estudio: criterios temporales de aplicación, periodicidad de tratamiento, presencia de trastornos comórbidos, presencia de consumo de otras sustancias, consideración de una patología dual que afecte la homogeneidad del estudio, así como la diversidad de factores moduladores de cambio conductual o cognitivo que pueden verse mediados por la variable edad.

### **3. Hipótesis**

- Las personas con adicción a la cocaína mejorarían el almacenamiento de la información a través del entrenamiento de la memoria de trabajo mediante técnicas de rehabilitación neuropsicológica.
- Los sujetos con mayor énfasis en el trabajo de estrategias de autorregulación, inhibición y control de impulsos, mejoraron con una menor respuesta de consumo y a las conductas condicionadas de la sustancia
- El establecimiento de un programa de tratamiento con el trabajo de prevención de recaídas favoreció la instauración de mecanismos no culpabilizadores al adicto, pero sí responsabilizadores de sus actos, discriminando las señales que les identifican con fortalezas para hacer frente al consumo y sus debilidades como puede ser un contexto social elicitador de consumo.

## **4. Marco teórico**

### **4.1. Método de búsqueda**

Se realizará una propuesta de intervención hipotética susceptible de aplicación futura en la vida real, por tanto el investigador no manejará datos sensibles que puedan vulnerar derechos que afecten a consideraciones éticas. Por otra parte, toda la información se basará en la recopilación de artículos de reciente publicación de los últimos veinte años. Se procederá a revisar diferentes bases de datos como Pubmed, PsycInfo, Google Académico, Mendeley, Dialnet, Revista de Neurología, Psicodoc, ScienceDirect, etc...

La recogida de información pretendía acotar un rango de actuación en concreto, estudiando los últimos avances, con el objetivo de ver las ventajas e inconvenientes de épocas pasadas, presentes y las que se pudieran intuir en situaciones venideras.

### **4. 2. ¿Qué es la adicción?**

La adicción es un fenómeno complejo en el cuál intervienen numerosos factores que dificultan su interpretación (Grant y Chamberlain, 2017).

Actualmente una definición aceptada de la adicción es un conjunto de signos y síntomas que se repiten a nivel conductual o psicológico, generando una serie de consecuencias aversivas para el sujeto, representan un problema clínicamente significativo y responden a un mecanismo biológico y psicológico latente, además se caracteriza por patrones de tolerancia, síndrome de abstinencia (Grant y Chamberlain, 2017). Otros autores conciben la adicción como una conducta caracterizada por un patrón repetitivo, que aumenta el nivel de placer, sin medida de las repercusiones inmediatas y a largo plazo de las conductas desadaptativas para el sujeto. El mantenimiento de la adicción se establece a pesar de las

dificultades a nivel personal, laboral, social que le genera el consumo en la vida cotidiana (Pedrero et al., 2014).

Con respecto a la denominación, el DSM-5 ha realizado una modificación, ha pasado de nombrarse en la anterior edición como “Trastornos relacionados con sustancias” a “Trastornos relacionados con sustancias y adicciones” (Grant y Chamberlain, 2017). En cuanto a su representación categorial abarca una clasificación de las sustancias en nueve adicciones: alcohol, cafeína, cannabis, inhalantes, alucinógenos, tabaco, ansiolíticos, opiáceos, y estimulantes (Grant y Chamberlain, 2017).

### **4.3. La adicción a la cocaína**

La cocaína pertenece al grupo de estimulantes del Sistema Nervioso Central (SNC). Las personas encargadas del cultivo tienen diferentes derivados a la hora de manipularlo y ponerlo en venta.

Bien lo utilizan con hoja o pasta de coca, base de cocaína, o bien se utilizan en centros ilegales para la formación de la sustancia conocida como clorhidrato de cocaína. Este compuesto químico se utiliza para la formación de lo que conocemos como crack, cuya característica principal es la dureza. Es una sustancia mezclada con amoníaco, agua, carbonato sódico o bicarbonato. Su composición es en polvo y su vía de administración preferente es por vía nasal o intravenosa (Damin y Grau, 2015).

Cabe destacar que su uso se remonta ancestralmente de generación en generación en tribus como la de los Incas, aumentaba su rendimiento físico y su capacidad para soportar los cambios de altitud. Esta sustancia se aisló por parte de dos científicos llamados Wholer y Niemann en 1857. Posteriormente en el año 1914 se hizo un manejo de la sustancia a causa de las repercusiones dañinas que se producían en el organismo de las personas que lo consumían. A pesar de estar vigente la campaña continua de “guerra a las drogas”, sigue expandiéndose su consumo, generando importantes consecuencias, además de la etiquetación negativa que sufren las personas con adicción a la cocaína y que se perpetúa en el tiempo (Damin y Grau, 2015). La tabla 1 muestra “los cambios que se presentan en el organismo tras la

ingesta de cocaína”. Por ello se tienen en cuenta dos parámetros: la farmacocinética que consiste en el desplazamiento que realiza la sustancia en el tiempo a través del organismo hasta que se elimina, y la farmacodinamia que permite conocer en este caso cómo la cocaína interactúa con otros neurotransmisores, interrumpiendo el buen funcionamiento de la transmisión nerviosa, y por ende introduciendo cambios a nivel cerebral y conductual.

**Tabla 1**

*Los cambios en el organismo tras la ingesta de cocaína.*

Farmacocinética	Farmacodinamia
Absorción: en el caso de la pasta base de clorhidrato de cocaína. <b>Reabsorción:</b> Rápida <b>Duración:</b> Minutos, lo que facilita el poder adictivo de la sustancia (Mambrin, 2010)	Inhibe al sodio, por lo que aumenta la actividad anestésica generando problemas vasculares (González, 2009)
La cocaína presenta mayor <b>concentración plasmática</b> por vía intravenosa potenciando los efectos de la cocaína.	Inhibe la recaptación de dopamina y noradrenalina, aumentando su concentración provocando euforia (González, 2009)
Distribución: La cocaína presenta un alto nivel de distribución ya que se desplaza a tejidos circundantes dañando tejido cardíaco, hepático.	Produce un aumento de receptores D2 dopaminérgicos, los responsables de la esquizofrenia y psicosis (González, 2009)
	Impide la reabsorción de serotonina, disminuyendo este neurotransmisor responsable del sueño

*Nota:* Tomado de *Damin, C., Grau, G. (2015). Cocaína. Acta Bioquímica Clínica Latinoamericana, 49(1), 127-134.*

#### **4.3.1. Reacciones adversas debido al consumo de cocaína**

El consumo de cocaína genera una serie de complicaciones tanto orgánicas como psicológicas. Podemos distinguir diferentes consecuencias según el tiempo de consumo que lleva el adicto, consecuencias del consumo agudo y crónico (Damin y Grau, 2015).

En un consumo agudo se puede producir: sintomatología maníaca, e ideación paranoide. En un consumo crónico se puede producir: episodios psicóticos paranoides, depresivos y maníacos, crisis de pánico. (Damin y Grau, 2015).

#### **4.3.2. Reacciones adversas agudas**

Entre las reacciones adversas agudas se encuentra el aumento de la energía, síntomas megalomaniacos, vigilancia extrema del entorno, sensación de euforia, ideación paranoide, aumento de sentimiento de grandeza, hipersexualidad, comportamiento violento, y accidentes cerebrovasculares (Damin y Grau, 2015; Larrosa et al., 2013). También pueden aparecer convulsiones que no suelen revestir una gravedad posterior. Suelen incidir en el organismo problemas relacionados con la actividad cardiovascular, en forma de taquicardias, aumento de la presión arterial, de la actividad respiratoria, asma, hemorragias alveolares. Con respecto al campo visual puede generar midriasis (dilatación de la pupila) propiciando una dificultad para responder a la luz, a causa de estimular una parte del ojo que es el iris, además de complicaciones como el vasoespasmo en las venas de la retina, que consiste en una reducción del torrente sanguíneo del ojo pudiendo provocar la ceguera. En el aparato digestivo puede generar náuseas, disminución del apetito, vómitos y diarreas. Puede generar cambios en la actividad muscular como la rabdomiolisis, que supone el daño a las fibras musculares de tal forma que secundariamente puede verse afectada la actividad renal, y sufrir un intenso dolor el paciente. También puede haber complicaciones teratogénicas dando lugar a malformaciones congénitas en el feto (Damin y Grau, 2015).

#### **4.3.3. Reacciones adversas crónicas**

En el consumo a largo plazo de la cocaína se produce una serie de efectos perjudiciales como la agitación psicomotriz, alucinaciones, euforia, deterioro cognitivo. La eliminación del consumo inmediato puede generar un síndrome de abstinencia tanto físico como psicológico (Damin y Grau, 2015).

#### **4.3.4. Diferencias biológicas de sexo en el consumo de cocaína**

Las mujeres en general son menos consumidoras, pero son más vulnerables a las recaídas y esto puede deberse a la variación en los ciclos hormonales (Serfaty, 2011). Los hombres suelen experimentar con mayor frecuencia en el consumo taquicardias, euforia, subida de presión arterial con respecto a las mujeres, además de experimentar los efectos de forma más repentina e intensa (Serfaty, 2011). Las diferencias en la masa muscular y estatura también son aspectos que influyen en ambos sexos (Serfaty, 2011).

#### **4.3.5. Diferencias cualitativas de género en el consumo de cocaína**

Por otro lado, en las diferencias entre el hombre y la mujer, debemos tener en cuenta la relevancia del género en la sociedad actual.

Las mujeres suelen presentar un mayor apoyo social por parte de familiares, amigos que influyen en un menor número de consumos y recaídas, con respecto a los hombres, por otra parte, suelen pedir ayuda más que los hombres debido posiblemente a una mayor facilidad para hablar de sus emociones, además de tener más constancia en la intervención (Serfaty, 2011). Manifiestan normalmente una voluntad de acudir a terapia, el motivo principal suele ser la responsabilidad sobre los hijos, no obstante, este hecho tiene el efecto de la otra cara de la moneda la asunción de mayor carga de responsabilidad en el seno familiar, suceso que la sociedad arremete constantemente como ataque a la mujer y que puede provocar que las mujeres perpetúen el consumo (Gómez et al, 2008).

#### **4.3.6. Consumo de cocaína en España**

- **Forma de consumo de la cocaína**

- **Forma de consumo en polvo**

Según el Observatorio Español sobre Drogas (2017) el consumo era muy variable dependiendo de la edad, se situaba en torno al 10% de consumo esporádico entre los 15 y 64 años, siendo esta tendencia análoga al año 2009. En el año 2017 la edad media de comienzo del consumo era alrededor de los 21 años. La prevalencia según el Observatorio Español sobre Drogas (2017), fue del 2%, logrando valores constantes desde 2011, las cifras relativas al sexo marcan una tendencia clara, los hombres consumen en mayor proporción (3,2%) que las mujeres (0,8%)

Atendiendo a la encuesta del Observatorio Español sobre Drogas (2017), el 1,1%, había consumido la cocaína en los 30 días anteriores. En la muestra recogida del 2017 el 54,4% que había consumido en el último año, también lo había hecho en los últimos 30 días. Estos valores son los más elevados desde el año 2001.

- **Forma de consumo en base**

La prevalencia de consumo de cocaína en forma base es muy pequeña en comparación con el consumo de cocaína en forma de polvo según los datos registrados por el Observatorio Español sobre Drogas (2017).

#### **4.4. La adicción a la cocaína en la población adulta**

El consumo de cocaína parece haber tenido su mayor influencia en la población joven, fundamentalmente se consideran motivos que han facilitado su consumo, la percepción de la sustancia como no nociva, la aceptación social en un entorno recreativo, concebida como una sustancia que incorpora consecuencias positivas como la desinhibición, la interacción social, la consecución de una actividad sexual más placentera, ligar, además de mejorar ciertas competencias como la locuacidad (González, 2009).

#### **4.5. Dificultades neuropsicológicas derivadas del consumo de cocaína**

El estudio de la cocaína tiene un largo recorrido en la literatura científica. El problema reside en la dificultad metodológica para encontrar el déficit específico asociado a la adicción de esta sustancia. Derivado de esta cuestión se encuentra la dificultad para encontrar un instrumento de evaluación validado y consensuado por la comunidad científica.

Lo que sí está claro es que los diferentes resultados obtenidos en estudios refieren una afectación de diferentes áreas según Madoz (2009):

- Funciones ejecutivas, funciones mentales de orden superior
  
- La atención
  
- La memoria trabajo
  
- El procesamiento de la información
  
- La flexibilidad mental.

Estas dificultades parecen corroborarse del deterioro a nivel global de esas áreas (Alonso et al., 2019; Arenas et al., 2017; Arroyo, 2014; Madoz y Ochoa, 2012; Lorea et al., 2010). También cabe destacar que las personas con problemas de adicción a la cocaína presentan una tasa de abandono del tratamiento superior en consideración con otros problemas de salud mental (Sánchez et al., 2011)

Con el componente de la atención la dificultad estriba en la incapacidad para focalizar la atención, puede provocar que las terapias realizadas resulten inútiles (Madoz, 2009).

Dependiendo del tipo de atención, vemos unas alteraciones u otras, sabemos que la atención alternante consiste en la capacidad para poder variar el foco de atención, viéndose afectada en pacientes consumidores de cocaína, de esta manera los sujetos podrían llegar a centrarse únicamente en

pensamientos de carácter obsesivo con la sustancia, es decir en el craving, que se caracteriza por un deseo intenso de consumo, que el paciente no puede evitar tener, dificultando la intervención terapéutica y el uso de estrategias cognitivas para paliar esos deseos, como es la distracción. Además, estos problemas constituyen un elemento de vulnerabilidad para la aparición de recaídas (Lorea et al., 2010).

En la memoria de trabajo, se produce una dificultad a la hora de manipular la información obtenida, impide el buen razonamiento de dicha información, y acarrea consecuencias tan negativas como el no poder resolver cualquier situación conflictiva (Naranjo et al., 2019).

Hay que tener en cuenta que la memoria de trabajo del paciente puede limitar su vida diaria, con mayor intensidad si tiene problemas para recordar las citas de seguimiento de la terapia, la detección de la información relevante de la terapia, tanto a nivel individual como grupal, la aplicabilidad de lo aprendido en otros ámbitos como el laboral o familiar (Lorea et al., 2010; Madoz, 2009). Aparte de la importancia que tiene la atención y la memoria en nuestra vida cotidiana, hay otro factor que es muy relevante, como la flexibilidad mental, que es la habilidad que nos permite adaptarnos a diferentes situaciones y poder actuar adecuadamente a la demanda del ambiente o a los cambios de consignas que pueden aparecer en una determinada actividad (Lorea et al., 2010). En el caso de la adicción, los pacientes tendrían la dificultad para cesar el consumo a pesar de las consecuencias adversas que experimentan (Lorea et al., 2010). Atendiendo a otros factores que influyen en las funciones ejecutivas, se encuentra la velocidad de procesamiento, que es la capacidad que tiene un sujeto para obtener respuestas correctas en una tarea que requiere de recursos mentales en un tiempo reducido, la lentitud de velocidad de procesamiento se ha visto en consumidores de cocaína (Lahera et al., 2017). Una de las funciones que se ve mermada tras el consumo de cocaína es la velocidad de procesamiento. Esta disminución junto con una reducción en la atención visuomotora, explica un mayor índice de accidentes de tráfico (Sánchez, 2015).

## **4.6. La rehabilitación neuropsicológica**

Castillo (2002) afirma que la neuropsicología es una ciencia que estudia las funciones cerebrales dañadas del individuo y como restaurarlas, además de ser una herramienta facilitadora de patrones saludables en la vida diaria. Este autor considera que antes de realizar una rehabilitación neuropsicológica, es imprescindible observar cuál es el fallo primario que está afectando a la lesión, analizando las variables cognitivas afectadas de forma principal.

### **4.6.1. En el siglo XX**

La rehabilitación neuropsicológica nace por la necesidad de tratar las secuelas que presentaban los soldados tras las dos guerras mundiales. Estas secuelas respondían a regiones relacionadas con la memoria, el lenguaje (García y Enseñat, 2019; Castillo, 2002).

El máximo exponente de esta corriente fue Alexander Romanovich Luria que en el año 1941 empezó a estudiar con su equipo, los daños vinculados al lenguaje, y a las alteraciones focales del cerebro. Todo este abordaje por parte de este científico sentó las bases de lo que conocemos hoy como rehabilitación neuropsicológica (Castillo, 2002).

Por tanto, el objetivo primordial de un tratamiento bien establecido de rehabilitación consiste en el análisis de las áreas cerebrales afectadas y las preservadas. Este análisis se realiza a través de diferentes pruebas que detectan el problema base de lo que conocemos como el síndrome neuropsicológico (Castillo, 2002). De hecho, un daño localizado en un área puede extenderse a otras áreas circundantes, de esta manera el procedimiento de rehabilitación deberá ser exhaustivo persiguiendo una serie de objetivos generales como son:

- Trabajar las áreas conservadas
- Trabajar las áreas dañadas
- Entrenar con el apoyo del terapeuta y posteriormente realizar los ejercicios de forma más individual

(Modelo Vygotsky desarrollo de zona próxima)

- Desde niveles básicos a complejos
- Estableciendo mecanismos de fortalecimiento de la zona alterada, trabajando las áreas fuertes, las conservadas como elementos de compensación y que permiten la funcionalidad del paciente (Castillo, 2002).

Este último objetivo se fundamenta en lo que conocemos como plasticidad cerebral en las cuáles ciertas zonas cerebrales no relacionadas a priori con un determinado aprendizaje asumen el rol de la zona dañada con el objetivo de preservar el desarrollo más eficaz y eficiente (Castillo, 2002).

#### **4.6.2. El papel del neuropsicólogo en el tratamiento de la adicción a la cocaína**

El rol que cumple el neuropsicólogo está centrado sobre todo en el daño cerebral adquirido y enfermedades neurodegenerativas, pero existe poca información en la literatura científica acerca del papel que podría aportar el neuropsicólogo en el campo de las adicciones (Ríos y de Noreña, 2007). No obstante Arroyo (2014), explica que las adicciones generan unas alteraciones en diferentes funciones mentales como la atención, la memoria, la flexibilidad mental, la velocidad de procesamiento. Numerosas funciones dañadas que suponen un deterioro cognitivo importante y que es necesario trabajar a través de la neuropsicología (Arroyo, 2014).

Sin embargo, este mismo autor resalta que otros profesionales no están de acuerdo con la postura de incorporar la neuropsicología en un programa de tratamiento. La clave reside en el peso que se le da a cada una de las variables del modelo biopsicosocial, unos autores abogan por centrarse en lo psicológico, otros profesionales por centrarse más en los déficits cognitivos y los circuitos cerebrales implicados en la adicción.

En el artículo Arroyo (2014) menciona que los pacientes muestran dificultades cognitivas que sin un trabajo neuropsicológico les impiden seguir las sesiones, adherirse al tratamiento, les vuelve más

vulnerables a las recaídas, muestran mayores dificultades atencionales para cumplir normas e instrucciones, para planificar, para autorregularse y prevenir situaciones de riesgo de consumo. A estos déficits cognoscitivos hay que sumarles los comportamentales como la baja tolerancia a la frustración, aislamiento, etc...

Por todas estas repercusiones se hace necesario incorporar la neuropsicología en un programa de tratamiento clínico (Arroyo, 2014).

#### **4.6.3. Programas de tratamiento neuropsicológico para consumidores de cocaína**

Con la finalidad de mejorar la intervención de las personas con adicción a la cocaína, se han realizado diferentes investigaciones tratando de abordar las dificultades encontradas en las funciones ejecutivas de estos pacientes. Las funciones ejecutivas se sustentan en un conglomerado de regiones cerebrales prefrontales. Las funciones ejecutivas están dedicadas a la supervisión y organización de diferentes procesos mentales. Concretamente en el estudio de García et al. (2010), se analizaron diferentes componentes de las funciones ejecutivas como la velocidad de procesamiento, la flexibilidad mental, la atención, y la capacidad de inhibición.

Este programa de García et al. (2010) se realizó en Proyecto Hombre en Asturias durante 12 meses y tuvo los siguientes objetivos:

1. Evaluación del déficit neuropsicológico que han realizado tras un año de tratamiento
2. Medir variables que influyen en la mejora del déficit

Los resultados en las diferentes pruebas neuropsicológicas manifiestan una mejoría a nivel global mientras realizaron el tratamiento, resaltando que el daño en las funciones ejecutivas puede ser reversible. Como mayor debilidad de este estudio destacar que se centran en una evaluación neuropsicológica sin atender a la influencia del tipo de tratamiento que reciben los pacientes de forma simultánea.

En relación con las consecuencias neuropsicológicas provocadas por el consumo de cocaína, podemos resaltar el estudio de Ruiz et al. (2009) donde se comparó las alteraciones neuropsicológicas típicas del adicto a cocaína y de su entorno social cercano próximo, éstos últimos formarían parte del grupo control. El estudio contó con una muestra de 30 pacientes con dependencia a cocaína reclutados del centro de San Blas de un CAD de la Comunidad de Madrid con servicio ambulatorio. A los pacientes se les rogó que fueran con una persona de su entorno cercano, esto se hizo con el objetivo de tomar a estas personas como grupo control, ya que no presentaban criterios clínicos de dependencia a la cocaína, además eran sujetos que participaban previamente en las sesiones terapéuticas. En este estudio se menciona que debe haber como criterio mínimo de abstinencia una semana (Ruiz et al., 2009). En este estudio de Ruiz et al. (2009) se tuvo en cuenta criterios relevantes como la posibilidad de presencia de policonsumo. La muestra era diversa en cuanto a la variabilidad en el nivel educativo de los consumidores, siendo la etapa de la secundaria la mayor representada en el estudio. Por otro lado, el resto de los integrantes del estudio eran personas que formaban el grupo control, un 60% parejas y el resto pareja, hermanos, y en menor medida 10% amigos.

En relación a la historia de consumo, los pacientes presentaban un inicio entre los 15 y 25 años cronificándose después del inicio del consumo de 5 a 19 años, por otro lado a los pacientes se les propuso un cuestionario para medir el grado de severidad de la adicción.

Los objetivos del estudio fueron:

1. Evaluar el rendimiento de las variables neuropsicológicas (memoria, atención, funciones ejecutivas) que tienen peso sobre los resultados tras 6 meses de tratamiento
2. Comparar con un grupo control para ver el grado de afectación de los adictos a cocaína

Los resultados del estudio fueron significativos en cuanto a un deterioro en el aprendizaje verbal, en la flexibilidad mental, en la capacidad atencional, en la abstracción, en la resolución de problemas, memoria visual.

Los pacientes con mejor ejecución en tareas de flexibilidad mental y memoria verbal se benefician mayormente de la abstinencia tras los 6 meses de tratamiento. También es importante mencionar que los pacientes adictos se relacionan en un entorno cognitivo deteriorado, y que la cocaína lo que haría es agudizar déficits neuropsicológicos ya instaurados (Ruiz et al., 2009)

Un estudio que aborda la rehabilitación neuropsicológica como eje central de tratamiento es el de Bickel et al. (2011), donde se realiza una intervención con tareas que miden la memoria de trabajo en pacientes adictos a estimulantes.

Esta investigación tuvo como objetivo entrenar en tareas relacionadas con la memoria de trabajo para conseguir una mejor interpretación de las recompensas a largo plazo. Dicho objetivo se plasmó en los resultados donde los pacientes lograron una mejor evaluación de los acontecimientos, y desarrollando una mayor eficacia en la toma de decisiones.

En la línea del estudio mencionado anteriormente encontramos la investigación de Fals-Stewart, y Lam. (2010), en el que se tuvo en cuenta a participantes que llevaban al menos 6 meses de tratamiento en un programa residencial, cumplían criterios clínicos de abuso de sustancias en base al manual DSM-IV. Los pacientes que recibieron entrenamiento neuropsicológico (solución de problemas, memoria, atención, velocidad de procesamiento), presentaron altos porcentajes de participación positiva y elevada alianza terapéutica, mayor compromiso con el tratamiento, mejores resultados en relación a los días en abstinencia, mejor pronóstico de recuperación a largo plazo.

#### **4.7. La terapia cognitivo conductual**

Según Díaz et al. (2012) la terapia cognitivo conductual consiste en la aportación empírica de tratamientos provenientes de la psicología, estadísticamente validados, cuya evolución se inicia en fundamentos del aprendizaje, con las teorías de condicionamiento operante y clásico para posteriormente extenderse a otros campos como la psicología evolutiva, social y cognitiva.

La terapia cognitivo conductual surge a mediados de los años 50, ante la necesidad de un cambio en el modelo de tratamiento, ya que uno de los tratamientos principales es el psicoanálisis. De esta manera mientras el psicoanálisis se centraba en procesos inconscientes, la terapia cognitivo conductual centraba el foco en la conducta aprendida que puede cambiar a través de los principios de aprendizaje (Díaz et al., 2012). El análisis de la conducta observable y el contexto fueron los elementos que configuraron un nuevo paradigma científico, cuyo eje central fue una metodología experimental idiosincrásica para la psicología, la terapia cognitivo conductual fue pionera en la identificación de pensamientos, conductas y emociones desadaptativas vinculadas al ser humano (Díaz et al., 2012). Hoy en día la intervención cognitivo conductual se centra en programas concretos donde se trabajan las emociones, pensamientos y conductas desadaptadas a través de diferentes técnicas y procedimientos durante un tiempo reducido, a diferencia de otros modelos de tratamiento (Díaz et al., 2012). Otro de los factores que da énfasis a la terapia cognitivo conductual es el papel activo del paciente, el individuo es capaz de tomar las decisiones y de hacerse cargo de las dificultades que entrañan sus problemas. Con un adecuado entrenamiento terapéutico se intenta generar una percepción de control de las situaciones, también se le enseña a identificar la conducta problema y se le da pautas sobre el procedimiento en terapia (Díaz et al., 2012).

#### **4.7.1. La terapia cognitivo conductual en la adicción a la cocaína**

La terapia cognitivo conductual ha demostrado eficacia contrastada en el tratamiento de la adicción a la cocaína. Los componentes principales que caracterizan a la terapia cognitivo conductual en el abordaje de las adicciones según Carroll (1998) son:

1. Análisis funcional de la sustancia de abuso

2. Entrenamiento individualizado reconociendo y afrontando el craving, a través del manejo de pensamientos automáticos sobre el uso de la sustancia, solución de problemas, toma de decisiones descartando las irrelevantes, y estrategias de rechazo.
3. Identificación de situaciones de riesgo pasadas y futuras.
4. Repaso en otras sesiones de las habilidades adquiridas
5. Práctica de las habilidades en sesión de tratamiento

Otros elementos importantes de la terapia cognitivo conductual propuesta por Carroll (1998) para el tratamiento de la cocaína pero que también están integradas en otros abordajes son:

- Debate y reformulación de los objetivos de tratamiento
- Supervisión, control por parte del terapeuta del craving y el abuso de la cocaína
- Supervisión con respecto al craving y el abuso de otras sustancias
- Análisis de las ventajas de la abstinencia
- Analizar la ambivalencia de la abstinencia
- Matizar la diferencia entre desliz y recaída
- Explicitar las consecuencias para el paciente del consumo de cocaína.

Con el modelo cognitivo conductual para el tratamiento de la cocaína obtenemos un programa de Carroll (1998) cuyas fortalezas principales son el análisis funcional de la conducta de consumo ya que con esta información podemos saber en qué situaciones consume, con quién consume, en qué lugares, por lo tanto nos permite descubrir cuál es el contexto elicitor de consumo para evitarlo en un futuro. El beneficio terapéutico de las sesiones parte del manejo de expectativas de afrontamiento de las situaciones de la vida cotidiana, el identificarlas de forma adecuada facilita que no haya distorsiones cognitivas que faciliten el consumo, además de permitir al terapeuta registrar el análisis funcional y detectar situaciones de riesgo. En este programa se resalta que mientras en unos estudios la terapia cognitivo conductual ha demostrado una superior eficacia, otros estudios indican que no hay una mayor eficacia. No obstante, parece verse con este tipo de terapia una menor severidad de las recaídas, y una

mayor alianza paciente-tratamiento para sujetos con psicopatología y dependencia a sustancias (Carroll, 1998).

En la línea de lo mencionado anteriormente Caballo (2015) destaca como debilidad de los programas realizados sobre adicción y terapia cognitivo conductual, que ninguno de los procedimientos y técnicas empleadas por cualquier terapeuta tiene una utilidad clínica por encima de las demás. Sin embargo, resalta como fortaleza que si el paciente es capaz de reconocer los cambios que necesita hacer, logrará con éxito la salida de la adicción con el empleo adecuado de técnicas y procedimientos. Con el ejemplo de las técnicas cognitivo-conductuales como la reestructuración cognitiva, se observa a través de la evidencia empírica que el paciente invalide sus creencias, pensamientos automáticos, sus expectativas ante el consumo. Su eficacia contrastada en otras problemáticas con la modificación de ideas irracionales y distorsiones cognitivas hace necesario el abordaje en drogodependencias ya que pueden ser claves para lograr la abstinencia, cambiando ideas como “esnifar cocaína no genera adicción” “pasando la abstinencia, estoy recuperado” creencias que validan el consumo y por tanto que el paciente debe poner en cuestionamiento (Caballo, 2015).

Por otro lado, autores como Carroll y Onken (2005) destacan en una revisión de los programas que existe un pesimismo acerca de la efectividad de la terapia cognitivo conductual en el tratamiento de la adicción a la cocaína. Sin embargo, Carroll y Onken (2005) afirman que los programas de orientación cognitivo conductual han demostrado eficacia en la disminución del consumo, en la adherencia al tratamiento, en la disminución de síntomas relacionados con la sustancia, y en la reducción de comportamientos delictivos.

Otro de los modelos iniciales de terapia cognitivo conductual y adicción a la cocaína aparte del de Carroll (1998) fue el realizado por Rawson et al. (1993), donde destaca el modelo neuroconductual por ser muy estructurado, con sesiones que se establecen de forma individual y grupal.

El programa aborda numerosos objetivos necesarios, para la abstinencia, para permanecer en tratamiento durante 12 meses, para adquirir conocimientos sobre los momentos críticos y las recaídas, permite a los pacientes recibir apoyo en el tratamiento por parte de familia y terapeuta (Rawson et al., 1993).

La clave de este programa es la alianza terapéutica basada en el refuerzo positivo con el paciente promoviendo la dignidad, su autoestima, facilitando de esta manera la adherencia al tratamiento (Rawson et al., 1993). Las sesiones individuales constan de 45 minutos, a lo largo de 52 sesiones repartidas durante los 6 meses intensivos, donde se abordan cuestiones como el uso de las drogas con los amigos, la nutrición, tareas que requieren de hábitos, los impedimentos de continuar en abstinencia, analizando las respuestas emocionales de recuperación, adquisición de técnicas de introspección, e incorporando cambios en la vida cotidiana a través del tratamiento.

En los grupos se introduce una formación educativa en la semana 12 que incluye procesos biológicos de la adicción, el papel de ciertos neurotransmisores, de regiones cerebrales, el condicionamiento en el consumo, conceptos como abstinencia, extinción, los efectos adversos en pulmones, corazón debido a la droga, la relación entre la adicción y la familia durante el consumo y tras la recuperación. Se abordan 8 temas en unas 12 lecturas (Rawson et al., 1993).

Se abordan temas como manejo del cansancio, comportamiento adictivo, justificación de recaída, sexo y recuperación, vacaciones y recaída, sueños con la cocaína, recuperación de la confianza.

En mención de este último aspecto de la confianza, podemos decir que la familia tiene un papel muy activo, el terapeuta, el paciente y la familia comparten los miedos principales en sesión, que son los temas de codependencia, intimidad saludable, reglas de familia, limitaciones en la vida de un adicto, recaídas y las relaciones (Rawson et al., 1993).

Por último, este programa ha demostrado su eficacia con usuarios de cocaína (Rawson et al., 1993). Los resultados más significativos son que el seguimiento positivo corresponde con un aumento en el tiempo

de tratamiento, la participación en actividades se asocia de forma negativa con el consumo de drogas, la participación de familia, y paciente es un signo positivo en terapia, la cantidad de alcohol ingerida correlaciona de forma positiva con el consumo de cocaína tanto en tratamiento como en el seguimiento, los medicamentos facilitan la adherencia a las actividades y al tratamiento (Rawson et al., 1993).

**5. Programa de intervención para pacientes con adicción a la cocaína**

**Título del programa: “Plántale cara a la adicción”**

El presente trabajo va dirigido a pacientes con adicción a la cocaína con dificultades en funciones neuropsicológicas (atención, memoria de trabajo, funciones ejecutivas) y en el seguimiento de las intervenciones cognitivo-conductuales, de tal forma que tienen dificultades para acordarse de cuándo son las sesiones, para comprender el funcionamiento de una técnica u otra, y para gestionar de forma asertiva diferentes problemas. El formato de las sesiones es individual y grupal, complementarias a la particularidad de cada paciente. El programa se llevaría a cabo de los meses de febrero a julio de 2022.

A continuación, se realiza una tabla del cronograma de las sesiones del programa:

		PLÁNTALE CARA A LA ADICCIÓN																																																																																									
		S1				S2				S3				S4				S5				S6				S7				S8				S9				S10				S11				S12																																													
		L	M	X	J	V	L	M	X	J	V	L	M	X	J	V	L	M	X	J	V	L	M	X	J	V	L	M	X	J	V	L	M	X	J	V	L	M	X	J	V	L	M	X	J	V	L	M	X	J	V	L	M	X	J	V	L	M	X	J	V	L	M	X	J	V																									
COGNITIVO-CONDUCTUAL. Sesiones: 1 de 60 min.							ANAMNESIS					SESION INICIAL																				CONDICIONES ABSTINENCIA					ASERTIVIDAD																																																						
REHABILITACIÓN NEUROPSICOLÓGICA Sesiones: 1 de 60 min.	EVALUACION INICIAL											ATENCION Y MEMORIA DE TRABAJO					FUNCIONES EJECUTIVAS					MEMORIA DE TRABAJO Y ATENCION					MEMORIA DE TRABAJO Y ATENCION															FUNCIONES EJECUTIVAS															ATENCION																				ATENCION														
		PLÁNTALE CARA A LA ADICCIÓN																																																																																									
		S13				S14				S15				S16				S17				S18				S19				S20				S21				S22				S23				S24																																													
		L	M	X	J	V	L	M	X	J	V	L	M	X	J	V	L	M	X	J	V	L	M	X	J	V	L	M	X	J	V	L	M	X	J	V	L	M	X	J	V	L	M	X	J	V	L	M	X	J	V	L	M	X	J	V	L	M	X	J	V	L	M	X	J	V	L	M	X	J	V	L	M	X	J	V	L	M	X	J	V	L	M	X	J	V	L	M	X	J	V
COGNITIVO-CONDUCTUAL. Sesiones: 1 de 60 min.																						RESTRUC. CONGNITIVA										RESTRUC. CONGNITIVA										SOLUCION DE PROBLEMAS										FAMILIAR					FAMILIAR					PREVENCION RECAIDAS					EVALUACION FINAL																								
REHABILITACIÓN NEUROPSICOLÓGICA Sesiones: 1 de 60 min.	EVALUACION FINAL																																																																																										

Las sesiones individuales desde el enfoque cognitivo conductual son de 1 hora y desde el enfoque neuropsicológico tienen una duración de 60 minutos mientras que las sesiones grupales constan de 90 minutos. La intervención neuropsicológica se realiza desde la estrategia de la restauración, consiste en ejercitar de forma repetida con actividades la función de peor ejecución. El número de sesiones en total son 20, 10 son correspondientes al enfoque neuropsicológico y 10 al cognitivo conductual, con tres sesiones en forma de evaluación pre-intervención, durante la intervención (a los 3 meses) y post intervención (6 meses). Se trata de un centro ambulatorio de adicciones que cuenta con dos profesionales de la psicología a su disposición. Uno con una orientación cognitivo conductual y otro con formación en rehabilitación neuropsicológica y dos administrativas. A su vez este centro ambulatorio cuenta con otros recursos de derivación como a centros de salud mental tanto públicos como privados, a su propio centro en la unidad de alcoholismo y unidad para la cocaína, y a otros centros de adicciones comportamentales. También presenta otros profesionales que no participan en el estudio que tratan tanto trastornos psicológicos como adictivos en sesiones individuales, familiares y grupales. El programa se realiza en un centro ambulatorio con atención integral en la Comunidad de Madrid, se trata de un servicio público.

**Criterios de inclusión:** Los pacientes deben haber estado en abstinencia mínimo 1 mes. Los sujetos tendrían una edad entre los 18 y 57 años. Presentan criterios clínicos de trastorno por uso de sustancias del DSM-5, concretamente con el consumo de cocaína. Presentan un deterioro cognitivo leve.

**Criterios de exclusión:** Aquellos pacientes que no presenten dificultades neuropsicológicas, que presenten trastornos mentales, que no tengan entre 18 y 57 años, que no tengan adicción, antecedentes de patologías como accidentes cerebrovasculares, traumatismos craneoencefálicos.

## **SESIÓN 1 Evaluación inicial**

Antes de iniciar el programa se realiza una evaluación de las funciones cognitivas afectadas en los pacientes que se encuentran en tratamiento. Esta fase de evaluación inicial consta de las siguientes partes:

1. Determinación del cuál son los déficits en pacientes con adicción a la cocaína
2. Para ello se dispondrán de test estandarizados que sirvan de evaluación inicial para detectar qué tipo de necesidades tienen los pacientes

Material: cuadernillo de actividades

## **Objetivos**

### **-Evaluación de la atención sostenida y selectiva**

**Metodología:** Aparece una secuencia de números en círculos y el paciente los debe unir ordenados numéricamente sin despegar el lápiz del papel, la prueba utilizada es el Trail Making Test (TMT) versión A (García-Laredo, 2016). La prueba se puede ver en el Anexo I.

### **-Evaluación de la atención alternante**

**Metodología:** El paciente debe hacer una tarea similar a la anterior, sin embargo debe unir cada número con la letra que le corresponde alfabéticamente, se trata del TMT versión B. (García-Laredo, 2016). La prueba se puede ver en el Anexo II.

**Ejemplo:** 1-A, 2-B, 3C...

### **- Evaluación de la memoria de trabajo**

**Metodología:** Se comenta al paciente que se va a mencionar una serie de dígitos. El paciente debe repetir esa serie exactamente como se lo han dicho. Posteriormente se realiza el mismo procedimiento, pero se repite la secuencia de forma inversa. En este caso se utiliza el test de dígitos proveniente del WAIS, tanto la secuencia directa como la inversa (García-Laredo, 2016). La prueba se puede ver en el Anexo III.

- **Evaluación de las funciones ejecutivas**

En este caso se centra en una actividad relacionada con la planificación de una tarea. Al paciente se le coloca una plantilla con una imagen de un mapa de zoo, debe seguir una ruta de acuerdo a las instrucciones necesarias para abordar de forma adecuada la tarea (García-Laredo, 2016). La prueba se puede ver en el Anexo IV.

**SESIÓN 2: Anamnesis clínica de la historia de consumo**

1. Incluir el análisis funcional detallado del consumo
2. Averiguar el consumo de otras sustancias
3. Conocer la historia familiar de consumo
4. Conocer si el paciente presenta historia de un trastorno mental
5. Analizar si existe una historia de trastorno mental en la familia

**Material :** Cuestionario ASI (Índice de Severidad de la Adicción) (McLelland et al., 1992; citado en Carroll, 1998) mide la frecuencia y la severidad de la adicción en base a problemas psicosociales, médicos, legales, familiares. Se puede ver una breve descripción del cuestionario en versión europea en el Anexo V (Bobes et al, 2007).

**Metodología:** Entrevista estructurada por parte del terapeuta con actitud comprensiva analizando los antecedentes y consecuentes del consumo, con una actitud de escucha activa y ajustada a las necesidades del paciente. Se tendría en cuenta el consumo de otra sustancia, momento de la abstinencia en la evaluación, un mes o más, edad de comienzo de consumir cocaína, tiempo de consumo de cocaína en la vida del paciente, vía de administración, nivel de gravedad de la adicción obtenida a través del cuestionario ASI (Ruiz et al., 2009)

### **SESIÓN 3: Presentación del programa grupal**

#### **-Objetivos:**

1. Averiguar el grado de conocimiento que tienen acerca de la cocaína y una reducida introducción del análisis funcional
2. Dotar de información acerca de la cocaína y sus efectos adversos en el organismo y en la vida cotidiana
3. Destacar el carácter confidencial y el consentimiento informado de cada uno de los aspectos a abordar del tratamiento
4. Generar un material didáctico visualmente atractivo que favorezca la atención del grupo sobre la presentación de los efectos de la cocaína (Damin y Grau, 2015)
5. Ventajas de la abstinencia (consecuencias del consumo, riesgo VIH, pérdida de trabajo, familia, etc....)

#### **Material**

Bolígrafos, cuadernos, cañón y pantalla de proyección

#### **Metodología**

##### **Presentación del programa**

El terapeuta explica al grupo que la cocaína es una de las sustancias ilegales más consumidas en el mundo, que genera una serie de repercusiones a nivel de salud que constituye un problema a nivel global. El formato de la primera sesión como la de posteriores sesiones se realizarán en un estilo atractivo con el fin de garantizar la mayor participación de todos los individuos del grupo. Se administrará un calendario que conste de las fechas correspondientes a las diferentes sesiones.

### **SESIÓN 4 Rehabilitación neuropsicológica Bloque: Atención y memoria de trabajo**

**Objetivos:**

-Trabajar la memoria de trabajo y la abstracción para mejorar la asimilación de contenidos y conceptos adquiridos en las sesiones cognitivo-conductuales.

**Actividades**

Esta tarea consiste en rellenar las palabras que faltan de un refrán y explicar el significado de cada refrán (Kernpharma, 2015).

- Trabajar la memoria de trabajo y control atencional para facilitar el recuerdo de las sesiones-

La tarea se basa en pedir al paciente que mencione los días de la semana de forma inversa.

Posteriormente lo mismo con los meses del año. Se le pide deletrear de forma inversa su nombre, y lo mismo con una lista de palabras (Kernpharma, 2015).

Material: Bolígrafo y papel

**Lenguaje y abstracción**

Se le pide al paciente que realice una clasificación de palabras por categorías (Kernpharma, 2015).

**Ejemplo:** lápiz, cuchillo, tenedor, rastrillo **Categoría:** Cocina; cuchillo, tenedor, etc.....

**Memoria de trabajo y atención**

Se le presenta al paciente una lista de frases de personas famosas, y debe marcar aquellas palabras que contengan la a, i , y e (Kernpharma, 2015).

**SESIÓN 5 Rehabilitación neuropsicológica Bloque: Funciones ejecutivas**

**Objetivos:**

-Practicar tareas de secuenciación para mejorar la capacidad de planificación del paciente

El paciente debe ordenar adecuadamente el procedimiento de comprar el pan (Kernpharma, 2015).

Ejemplo: Primero ir a la panadería, preguntar quién es el último de la fila, comprar el pan, etc....

- Practicar tareas de atención y planificación para que el paciente esté más concentrado en las sesiones cognitivo-conductuales.

El paciente debe seguir el trayecto de cada uno de los lápices hasta el punto de origen (Kernpharma, 2015).

La actividad se puede apreciar en la Figura 1.

### Figura 1

*Mapa de medición de la capacidad de planificación del paciente*



*Nota: Tomado de Kernpharma. (2015, Noviembre). Ejercicios de estimulación cognitiva.*

### Razonamiento

El paciente tiene que responder una serie de preguntas como (Kernpharma, 2015):

**Ejemplo:** ¿Por qué los niños deben ir a la escuela?

**Ejemplo:** ¿Por qué es importante tener un título para trabajar?

## SESIÓN 6 Bloque: Memoria de trabajo y atención

### Objetivos:

- Entrenar la memoria de trabajo, atención sostenida y selectiva.

**Metodología:** Al paciente se le administra un papel con dos sopas de letras y debe encontrar por ejemplo el nombre de 8 hortalizas y en la otra sopa, 10 nombres de utensilios que se pueden encontrar en una caja de herramientas. Con esta tarea además se fortalecen otras habilidades que pueden estar deterioradas como la memoria semántica, el lenguaje, la percepción visual (LA CAIXA, 2017). Las actividades se pueden observar en la Figura 2.

### Figura 2

*Sopa de Letras que miden la capacidad de atención del paciente*

#### Sopa 1

Aquí hay que encontrar 8 palabras de vegetales comestibles: verduras, hortalizas, etc.

A	I	R	O	H	A	N	A	Z	J
O	K	S	M	T	O	D	P	N	E
T	R	A	B	A	N	O	S	O	R
C	I	R	F	M	V	B	A	J	U
F	O	C	E	B	O	L	L	A	S
T	M	S	I	U	K	G	O	P	I
O	N	I	P	E	P	E	J	I	N
R	M	A	C	T	U	N	S	O	T
F	U	G	B	D	H	O	R	M	U
I	L	E	Ñ	O	V	B	U	K	A

#### Sopa 2

Deben descubrirse 10 nombres de cosas que podemos encontrar en una caja de herramientas.

Z	U	L	B	R	O	C	A	M	A
J	A	L	E	O	R	E	R	U	T
E	M	A	R	T	I	L	L	O	A
N	S	V	B	O	U	S	T	N	Y
T	R	E	I	R	J	E	I	D	A
A	L	O	Q	N	Z	F	R	U	C
L	I	M	U	I	H	P	A	C	L
A	M	S	I	L	T	U	B	E	A
D	A	R	C	L	A	V	O	N	S
E	P	I	N	O	C	A	T	K	I

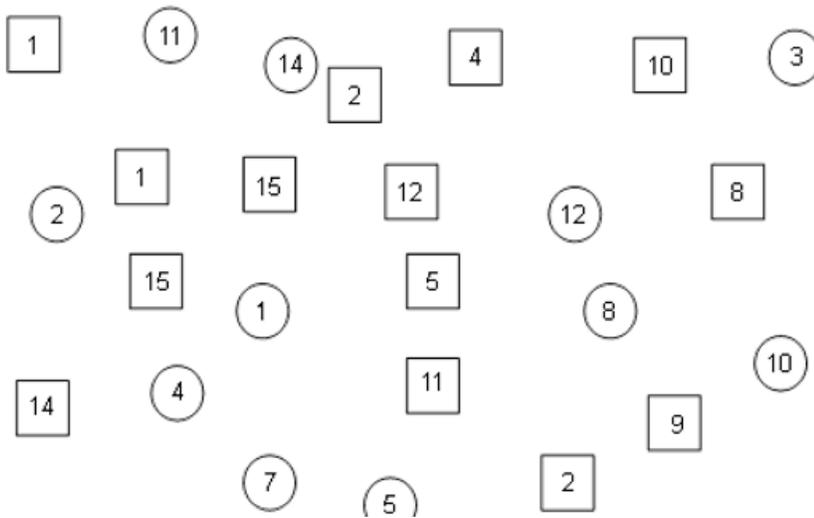
*Nota: Tomado de LA CAIXA (2017, marzo). Ejercicios y actividades de estimulación cognitiva.*

### -Entrenamiento de la atención alternante, sostenida y memoria de trabajo

La actividad se puede ver en la siguiente Figura 3.

**Figura 3**

*Tarea que mide de forma principal la atención alternante*



*Nota: Tomado de Lubrini et al. (2009). Estimulación cognitiva y rehabilitación neuropsicológica de la atención. Estimulación cognitiva y rehabilitación neuropsicológica, 35-81.*

Se presenta una hoja al paciente que contiene una serie de círculos y cuadrados con un número dentro. El paciente deberá seguir en orden los números, con la condición de que con cada número se alterne la figura del círculo con la del cuadrado (Lubrini et al., 2009).

- Practicar la atención sostenida, selectiva para que el paciente tenga la capacidad de discriminar ante diferentes problemas.

### Actividades

**Metodología**

Al paciente se le administra una lámina que contiene dibujos y símbolos que han sido asignados, posteriormente el paciente debe rellenar la lámina de dibujos o símbolos con los números correspondientes a los símbolos de la plantilla original. No se tiene en cuenta el tiempo de ejecución (Lubrini et al., 2009). Esta actividad se puede ver en la siguiente Figura 4.

**Figura 4**

*Tarea que mide principalmente la atención selectiva.*

%	△	↑	∑	≠	∞	△		☀	»
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>0</b>
∑	»	△	∞	∞	△	≠	△	»	↑

*Nota: Tomado de Lubrini et al. (2009). Estimulación cognitiva y rehabilitación neuropsicológica de la atención. Estimulación cognitiva y rehabilitación neuropsicológica, 35-81.*

**SESIÓN 7: Condiciones de la abstinencia**

1. Autorregistro de pensamientos, sentimientos, estrategias para paliar el craving.
2. Ventajas de mantenerse en abstinencia a corto y a largo plazo.

**Material: Hoja, Bolígrafo**

**Metodología:** El paciente realiza un autorregistro con la intención de que veamos qué estrategias de afrontamiento emplea para actuar ante el deseo de consumo, el terapeuta está presente en la sala con el fin de averiguar y proponer alternativas a las empleadas desadaptativamente, sin emitir juicios de valor y asumiendo un plan realista de colaboración activa con el paciente, esto en teoría debería facilitar una mayor adherencia al tratamiento (Carroll, 1998).

**SESIÓN 8: Entrenamiento en habilidades de rechazo mediante la asertividad (Grupal)**

1. Evaluar la disponibilidad de cocaína por parte del paciente y los pasos a seguir para disminuirla.
2. Analizar las estrategias que podemos utilizar para romper con las personas a las cuáles se las solicitaba la sustancia
3. Generar una comparación de situaciones en las cuáles empleamos un estilo agresivo, asertivo o pasivo (Carroll, 1998).

**Material: Cañón, proyector**

**Metodología:** El terapeuta puede llevar a una persona exadicta a la cocaína al centro y ejemplificar cómo afrontó como paciente determinadas situaciones, posteriormente los pacientes que aún se encuentran en tratamiento pueden hacer un role-playing en el que se vea como rechazarían la sustancia de forma asertiva. Por ejemplo una situación del paciente en el que le ofrecen la cocaína, y él responde rápidamente de tal forma que uno no se permita procesarlo mediante el deseo, otra es clarificando la respuesta de “no” mediante contacto ocular, responder con rotundidad y bien alto que descartará futuros ofrecimientos de cocaína. Esta sesión también puede corresponderse con el ejemplo de una persona que consume en tu hogar y dificulta la abstinencia de nuestro paciente, en este caso debemos ser claros de resaltar el riesgo que corren de recaer, de las repercusiones que puede acarrear por ejemplo el presentar la sustancia en el entorno del cuidado de niños. El terapeuta debe gestionar el hecho de que los

pacientes se puedan sentir culpables al dar explicaciones de no consumir (porque estén en tratamiento).

Para resolver esta difícil situación, el paciente puede utilizar la técnica que se llama disco rayado que consiste en repetir sucesivamente el mensaje que quiero transmitir ignorando la información que me presenta el que me ofrece la cocaína.

Por ejemplo: “Escucha, yo he decidido parar de consumir, me gustaría que no me preguntarás al respecto, en caso de que no puedas hacerlo, igual deberías abandonar mi casa”. Ante la insistencia, adoptamos la misma respuesta. Esto lo pueden realizar mediante role-playing de forma que uno hace del que ofrece y otro del que la rechaza, y luego de forma inversa (Carroll, 1998)

## **SESIÓN 9 Rehabilitación neuropsicológica: Bloque de memoria de trabajo y atención**

### **Objetivos**

- Entrenar la atención selectiva

Al paciente se le administra una lámina con una sopa de letras y debe descubrir las palabras que se le piden (Kernpharma, 2015)

- Practicar tareas relacionadas con la memoria de trabajo y comprensión lectora para mejorar la asimilación de contenidos en consulta

El paciente se le da un texto con una historia y debe contestar las preguntas que hacen referencia al texto (Kernpharma, 2015)

- Entrenar la memoria de trabajo y control atencional

Al paciente se le lee una secuencia de números, y el paciente los memoriza y los dice al revés (Kernpharma, 2015)

## **SESIÓN 10: Rehabilitación neuropsicológica Bloque: Funciones ejecutivas**

- **Entrenamiento de la capacidad de planificación y memoria operativa**

El paciente debe seguir el orden lógico de una serie de dibujos que se le entrega en una lámina, en cada casilla de cada dibujo coloca el número que le corresponde (Sardinero, 2010)

**Ejemplo:** 1. la secuencia de abrir el grifo, 2. enjabonarse, y 3. Aclararse y secarse.

-Generar la capacidad del paciente para atender al control de la Interferencia y el control inhibitorio.

El paciente debe atender la información relevante e inhibir la que no lo es. Se le proponen diez ejemplos como los presentados en estas dos imágenes (Sardinero, 2010). La actividad se puede apreciar en la Figura 5.

### Figura 5

*Tarea de medición de la capacidad de inhibición*



*Nota:* Tomado de Sardinero, A. (2010). *Presentación y Guía Didáctica. Colección: Estimulación Cognitiva para Adultos. España: Grupo Gesfomedia S.L.*

### Secuenciación, planificación

El paciente debe ordenar una serie de palabras o imágenes. Se le propone unos cuatro ejemplos (Sardinero, 2010)

**Ejemplo:** pluma coche y camión de orden de menor a mayor peso

Hijo, nieto, padre, abuelo, bisnieto de orden de menor a mayor edad

## **SESIÓN 11 Bloque de atención**

### **- Entrenamiento de la atención sostenida selectiva y dividida**

El paciente debe rodear un estímulo que se le propone sea una imagen, palabra, letra o símbolo y descartar elementos de la imagen que forman parte de distractores (Sardinero, 2010).

### **-Atención sostenida selectiva y control atencional**

Esta tarea es similar a la anterior no obstante se diferencia en que el paciente debe señalar aquellas imágenes que se repiten (Sardinero, 2010)

## **SESIÓN 12 Bloque de atención**

### **-Evaluación de la atención sostenida, selectiva y percepción visual**

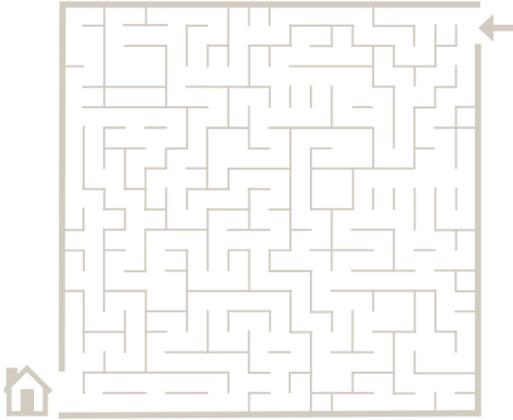
El paciente debe encontrar en una foto los objetos que le mencionan escritos en una lámina, detectarlos y tacharlos (Sardinero, 2010)

### **-Evaluación de la planificación, atención y funciones ejecutivas**

**Metodología:** La tarea consiste en seguir el camino adecuado para llegar al final del laberinto, no se puede atravesar las líneas continuas. Es importante que al paciente se le diga que el tiempo de ejecución no es relevante y que en el caso de presentar más de un laberinto a lo largo del tiempo, que se comience desde niveles fáciles a los difíciles. De esta manera podemos generar en el paciente percepción de autoeficacia y que no se desmotive desde un inicio (LA CAIXA, 2017). La tarea la podemos ver en la Figura 6

## Figura 6

*Actividad que mide funciones ejecutivas del paciente*



*Nota: Tomado de LA CAIXA (2017, marzo). Ejercicios y actividades de estimulación cognitiva.*

### **-Planificación, atención selectiva y control atencional**

El paciente debe trazar la secuencia de un camino sin levantar el bolígrafo del papel, siguiendo el orden numérico (Sardinero, 2010). Si queda tiempo se puede proponer una versión de mayor dificultad donde cada número se corresponda con cada letra en orden alfabético, en este caso con esta medida se observaría la atención alternante.

### **SESIÓN 13: Evaluación final de rehabilitación neuropsicológica**

Se administran las mismas pruebas de la sesión 3 para ver los cambios generados tras el entrenamiento de la memoria, la atención, el razonamiento, las funciones ejecutivas y el trabajo en las sesiones cognitivo-conductuales.

## **SESIÓN 14: Reestructuración cognitiva**

### **Objetivos**

1. Trabajo de creencias irracionales ante el consumo tales como “la cocaína hace que mejoren las relaciones”, “sin síndrome de abstinencia, yo estoy recuperado” (Caballo, 2015)
2. Recapitular conceptos de sesiones previas sobre las consecuencias perjudiciales en la salud, a nivel laboral, de pareja.

**Metodología:** Se realiza una entrevista que se centre en las ventajas de la abstinencia, en el caso de que el paciente se encuentre confuso en cuanto al tratamiento, insistir en la importancia de que siga el procedimiento pautado, en la sesión individual se centra en que el paciente vea la idealización de su consumo por el mismo, no se confronta directamente, se realiza un contraste empírico con la realidad, ejemplos donde el paciente lo pasa mal por ejemplo “si consumen delante de él”.

## **SESIÓN 15 Reestructuración cognitiva**

1. Trabajar las actitudes disfuncionales que facilitan el consumo “pensar que puedes ir a un bar y no beber”
2. Trabajar el retarse a sí mismo que tras semanas en abstinencia puede hacer un control moderado del consumo

**Metodología:** En consulta se aborda que estar en abstinencia no implica que tengas el control en la adicción, resaltar la necesidad de estar alerta, que a veces lo más importante es ser desconfiado en cuánto a pensamientos recurrentes del “yo controlo”

## **SESIÓN 16 Solución de problemas**

1. Introducir el concepto de solución de problemas de manera que ante un conflicto recurran a una estrategia para resolver una situación que no sea consumiendo

2. Permitir en esta sesión un conocimiento que les facilite la comunicación del problema con la familia en la siguiente sesión.

**Metodología:** Se trata de una sesión orientada en la solución de problemas, con esta sesión previa se pretende preparar al paciente para que la sesión con la familia no sea tan aversiva directamente, reconozca sus problemas, sea minucioso analizando los detalles y tenga una mayor percepción de autoeficacia, característica que disminuya la probabilidad de recaídas.

### **SESIÓN 17: Psicoeducación familiar sin el paciente**

1. Hacer entender a la familia en qué consiste la adicción a la cocaína
2. Facilitar información acerca de los condicionantes biológicos, psicológicos y sociales que inciden en el fenómeno adictivo
3. Aportar datos sobre las consecuencias médicas, neuropsicológicas del consumo de cocaína.
4. Aclarar la importancia de la familia para no consumir alcohol u otras sustancias delante del paciente

**Materiales: Proyector, cañón.**

**Metodología:** Se trata de una sesión educativa que pretende abordar conceptos de la biología de la adicción, cómo los neurotransmisores implicados, regiones cerebrales y su función, la tolerancia a la cocaína, la influencia del ejercicio sobre el nivel de endorfinas, el condicionamiento en adicción, con claves, extinción, abstinencia condicionada, y las reacciones adversas en el organismo con complicaciones médicas en pulmones, corazón. Posteriormente se comenta en sesión cómo afecta la adicción a las funciones cognitivas de memoria, atención, velocidad de procesamiento inhibición adaptado a las familias libre de un lenguaje técnico para facilitar la comprensión de las dificultades del adicto (Rawson et al., 1993).

Esta sesión con la familia se realiza con el objetivo de que puedan expresar libremente cómo es la vida con una persona con adicción que no se atreverían a expresar si el paciente estuviera presente. De esta forma esta sesión es preparatoria para la siguiente con el paciente, evitando realizar comentarios peyorativos acerca de su adicción.

### **SESIÓN 18: Terapia familiar conjunta con el paciente**

1. Aportar estrategias de afrontamiento en las familias para abordar la recuperación tras el uso de estimulantes
2. Resolver dudas, miedos presentes en las familias de los adictos

#### **Materiales: Pizarra, rotulador, papel bolígrafo**

**Metodología:** El terapeuta focaliza la sesión en el fomento de una comunicación efectiva, en la reducción de la codependencia, en la intimidad saludable, en las normas familiares. En la misma dirección el terapeuta informa de las limitaciones de vivir con una persona con adicción, de la presencia habitual de las recaídas, y de las dificultades concretas en las relaciones de pareja. Por otra parte, en las sesiones con familiares, o pareja se incentiva la incorporación de áreas de cambio positivas, generando un estilo de vida incompatible con el consumo de drogas.

En este proceso de comunicación entre familia y paciente podemos incorporar la técnica de solución de problemas, alguno de los pasos a seguir puede ser los siguientes: la identificación del problema, es decir si se trata realmente de una dificultad que afecta a nuestro paciente, puede ser preocupación, ansiedad, en indicar a sus familiares su malestar. Otro elemento que puede establecer el terapeuta es en clarificar cuál es el problema específico, ya que en ocasiones el paciente puede hacer una interpretación muy vaga de lo que le pasa, desmenuzando en pequeñas partes las dificultades para facilitar la recuperación.

En esta sesión podemos realizar la técnica de tormenta de ideas, introduciendo todas las alternativas posibles de solución al problema independientemente de si las opciones son malas o buenas, también es relevante decirles que no tomar una alternativa inmediata es una opción que pueden escoger.

Posteriormente se seleccionan las opciones más afines al paciente para solucionar el problema, y se intenta intuir las consecuencias de tomar una decisión. El terapeuta también tiene en esta sesión una función orientadora de informar a los pacientes que unos problemas serán más fáciles que otros a resolver, siendo necesario repetir varias veces un problema difícil.

### **SESIÓN 19: Prevención de recaídas SESIÓN GRUPAL Duración de 1 hora**

1. Diferenciar desliz de recaída
2. Señalar situaciones de elevado riesgo
3. Enseñar a manejar a los pacientes los consumos puntuales y recaídas de cocaína
4. Realizar actividades placenteras incompatibles con el consumo haciendo ver al paciente que se puede llevar una vida plena libre de la adicción a la cocaína
5. Manejar con asertividad los ofrecimientos de la sustancia, de amigos, conocidos, se realiza un entrenamiento durante todo el tratamiento con el fin de no sucumbir a la presión grupal
6. Generar estrategias de afrontamiento del craving, como elemento estructural del programa, que no incluye únicamente esta sesión
7. Dotar de la importancia de la toma de la medicación para lograr la abstinencia

**Materiales:** Folios, bolígrafo, pizarra

**Metodología:** El terapeuta tratará estas sesiones sobre todo en formato grupal no obstante en ocasiones debido a la particularidad de cada paciente, su exposición elevada a situaciones de riesgo puede modificarse en una mayor frecuencia en la prevención de recaídas incluyendo algunas de las sesiones

individuales, siendo flexibles en el tiempo disponible, poniendo de ejemplo una dedicación de una sesión que acaba 15 minutos antes, puede ser un buen momento para tratar algún evento que pueda facilitar la recaída, identificarlo y aportar soluciones (Martínez et al., 2009).

## **SESIÓN 20: Evaluación final de creencias irracionales y los ensayos conductuales**

### **Objetivos:**

1. Ver cambios en las creencias relacionadas con el consumo de cocaína
2. Comentar situaciones problemáticas en las cuáles el paciente resuelve de forma asertiva (Ejemplo ofrecimiento de la sustancia, festivos, cumpleaños, eventos donde se recurre al consumo).

**Metodología:** Se trata de una sesión individual en la que el paciente es capaz de analizar tanto las ventajas que veía en el consumo, como las desventajas. Al paciente en la sesión se le pregunta si pasa por sitios donde solía consumir, que emociones le suscita, pensamientos que le vienen a la cabeza y que hace para afrontar esa situación. Por último, el paciente comparte con el terapeuta el balance final de cómo ha afrontado la abstinencia, y se puede poner de ejemplo las navidades o los cumpleaños, donde el consumo está presente en muchas familias.

## **6. Conclusiones**

El programa de intervención se realiza con el objetivo de obtener soluciones a las diferentes dificultades que presentan los pacientes en la vida cotidiana. El consumo de cocaína se ha generalizado, abarcando todos los estratos sociales. Este consumo de cocaína ha facilitado que se instaure una adicción, que empieza con un uso recreativo para posteriormente generar una dependencia (González, 2009). No obstante, existen otros problemas relacionados con la adicción que merecen una especial atención. Es el caso de las dificultades neuropsicológicas derivadas del consumo de cocaína. Los pacientes que consumen cocaína tienen numerosos déficits cognitivos (atención, memoria de trabajo, flexibilidad

mental, funciones ejecutivas), en definitiva, un conglomerado de dificultades que afectan al funcionamiento diario de estas personas (Alonso et al., 2019; Arenas et al., 2017; Arroyo, 2014; Madoz y Ochoa, 2012; Lorea et al., 2010). En la línea de lo mencionado anteriormente, la alteración de la vida cotidiana del paciente con adicción a la cocaína no se limita exclusivamente a su ámbito personal, laboral o social, sino que también es extrapolable al desempeño que pueda realizar en terapia.

Con frecuencia el paciente puede experimentar dificultades para recordar las sesiones, para asimilar conceptos, contenidos de terapia, para prevenir situaciones de riesgo de consumo, para gestionar el autocontrol (Arroyo, 2014). Por todo ello puede ser importante tener en cuenta un tratamiento cognitivo conductual que se integre con una terapia de rehabilitación neuropsicológica. De esta manera se logra una complementariedad de terapias centradas en la problemática del paciente con adicción a la cocaína (Arroyo, 2014). Las principales fortalezas del programa de intervención realizado son:

1. Metodología innovadora incorporando dos orientaciones cognitivo conductual y neuropsicológica
2. Integración de pilares fundamentales de otros estudios como la reestructuración cognitiva, la prevención de recaídas, las estrategias de afrontamiento y la familia (Caballo, 2015; Carroll, 1998; Rawson et al., 1993).

Como principales limitaciones del estudio son:

1. La temporalización de las sesiones, ya que se pretende abordar 20 sesiones en 6 meses con espaciamiento en las semanas a partir de la semana 9. El motivo del espaciamiento de las sesiones se debe a una mejoría en las habilidades del paciente y para observar cómo el paciente incorpora su aprendizaje en la vida cotidiana. Esta desventaja puede dificultar la adquisición de conocimientos en escasas sesiones.
2. No haber tenido la oportunidad de aplicar la propuesta de intervención y poder comprobar su eficacia.
3. Encontrar estudios que informen de la integración de la terapia cognitivo conductual con la rehabilitación neuropsicológica.

## 7. Referencias

- Arenas, M.C., Caballero, C., Navarro, C.I., y Manzanedo, C. (2017). Efecto de la cocaína sobre la inhibición por prepulso de la respuesta de sobresalto. *Revista de Neurología*, 65(11), 507-519.
- Alonso, L., Reyes, E., González, J.J. (2019). Funcionamiento cognitivo en sujetos con trastorno de dependencia a cocaína durante la abstinencia temprana. *Revista de Neurología*, 68(7), 271-280.
- Arroyo, D. (2014). Hacia un cambio en el tratamiento de las adicciones: una perspectiva neuropsicológica. *Revista Eureka*, 11(1), 118-133.
- Bickel, W.K., Yi, R., Landes, R.D., Hill, P.F., y Baxter, C. (2011). Remember the Future Working Memory Training Decreases Delay Discounting Among Stimulant Addicts. *Biological Psychiatry*, 69(3), 260-265.
- Bobes, J., Bascarán, M. T., Bobes-Bascarán, M. T., Carballo, J. L., Diaz-Mesa, E. M., Flórez, G., García-Portilla, M.P., Sáiz, P. A. (2007). *Valoración De La Gravedad De La Adicción*. In Plan Nacional de Salud Drogas. <http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/ValoracionGravedadAdiccion.pdf>
- Caballo (Eds). (2015). *Manual de tratamiento cognitivo conductual de trastornos psicológicos*. <https://cideps.com/wp-content/uploads/2015/04/CaballoV.-Manual-para-el-tratamiento-cognitivo-conductual-de-los-trastornos-psicol%C3%B3gicos-Vol.2-ebook.pdf>.
- Carroll, K. M. y Onken, L. S. (2005). Behavioral Therapies for Drug Abuse. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1-9.
- Carroll, K. M. (1998). A cognitive-behavioral approach: Treating cocaine addiction. Therapy manuals for drug addiction. Rockville, Maryland, EU: NIDA.
- Castillo, A. (2002). Rehabilitación Neuropsicológica en el siglo XXI. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 3(4), 223-229.

- Damin, C., Grau, G. (2015). Cocaína. *Acta Bioquímica Clínica Latinoamericana*, 49(1), 127-134.
- Díaz, M., Ruiz, M., y Villalobos, A. (2012). Historia de la terapia cognitivo conductual. *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*.
- Fals-Stewart, W., y Lam, W. K. K. (2010). Computer-assisted cognitive rehabilitation for the treatment of patients with substance use disorders: A randomized clinical trial. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 18(1), 87–98.
- García, A., Enseñat, A. (2019). La rehabilitación neuropsicológica en el siglo xx. *Revista de Neurología*, 69, 383-391.
- García, G., García, O., Secades, R., Fernández, J. R., y Sánchez, E. (2010). Evolución de las funciones ejecutivas de adictos a la cocaína tras un año de tratamiento. *Revista Española de Drogodependencias*, 35(2), 155-169.
- García, G., García, O., Secades, R., Álvarez, J.C. y Sánchez, E. (2008). Rendimiento neuropsicológico de pacientes en tratamiento por adicción a la cocaína. *Salud y Drogas*, 8(1), 11-28.
- García-Laredo, E. (2016). La influencia de las funciones ejecutivas en los procesos de memoria en el trastorno esquizofrénico paranoide y bipolar con y sin sintomatología psicótica. [Repositorio digital. Universidad Complutense de Madrid]. Disponible en: <http://eprints.sim.ucm.es/35826/>
- LA CAIXA (2017, marzo). *Ejercicios y actividades de estimulación cognitiva*.  
<https://www.orientacionandujar.es/wp-content/uploads/2017/03/Ejercicios-y-actividades-para-la-estimulaci%C3%B3n-cognitiva.pdf>
- García, O. (2008). Tratamiento conductual de la adicción a la cocaína. *Trastornos adictivos*, 10(4), 242-251.
- Gómez, J., Valderrama, J.C., Girva., Tortajada, S., y Guillot, J. (2008). Mujeres dependientes de alcohol o cocaína: un estudio comparativo desde una perspectiva cualitativa. *Adicciones*, 20(3), 237-244.

- González, C. (2009). Uso recreativo de la cocaína. De la diversión a la adicción. *Offarm*, 8(1).
- Grant, J.E., y Chamberlain, S.R. (2017). Expandir la definición de adicción. *RET: revista de toxicomanías*, (81), 1-1.
- LA CAIXA (2017, marzo). *Ejercicios y actividades de estimulación cognitiva*.  
<https://www.orientacionandujar.es/wp-content/uploads/2017/03/Ejercicios-y-actividades-para-la-estimulaci%C3%B3n-cognitiva.pdf>
- Lahera, G., Ruiz, A., Brañas, A., Vicens, M., y Orozco, A. (2017). Tiempo de reacción, velocidad de procesamiento y atención sostenida en esquizofrenia: impacto sobre el funcionamiento social. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 10(4), 197–205.
- Larrosa, D., Ramón, C., Benavente, L., Álvarez, R., Zeidan, N., Calleja, S., Pascual, J. (2013). Diagnóstico de ictus por cocaína y sus complicaciones. *Revista de Neurología*, 57(4), 167-170.
- Llorente, J.M. e Iraurgi, J. (2008). Tratamiento cognitivo-conductual aplicado en la deshabituación de cocaína. *Trastornos Adictivos*, 10, 252-274.
- Lorea, I., Fernández, J., Tirapu, J., Landa, N., y López, J.J. (2010). Rendimiento neuropsicológico en la adicción a la cocaína. Una revisión crítica. *Revista de Neurología*, 51, 412-426.
- Lorea, I., Tirapu, J., Landa, N. Y López, J.J. (2005). Deshabituación de drogas y funcionamiento cerebral: una visión integradora. *Adicciones*, 17, 121-129.
- Lubrini, G., Periañez, J., y Ríos, M. (2009). Estimulación cognitiva y rehabilitación neuropsicológica de la atención. *Estimulación cognitiva y rehabilitación neuropsicológica*, 35-81.
- Madoz, A. y Ochoa, E. (2012). Alteraciones de funciones cognitivas y ejecutivas en pacientes dependientes de cocaína: estudio de casos y controles. *Revista de Neurología*, 54(4), 199-208.
- Madoz, A. (2009). El consumo de cocaína y sus repercusiones neuropsicológicas. *Psiquiatria. com*, 13(2).

- Mambrin, O.J. (2010). COCAÍNA: IMPORTANCIA FORENSE DE SUS EFECTOS CLÍNICOS. *ATENEO N* 4, 8.
- Martínez, J. M., Graña, J. L., y Trujillo, H. M. (2009). Influencia de los trastornos de la personalidad y patrones de consumo en la eficacia de un programa de prevención de recaídas para el tratamiento del alcoholismo. *Adicciones*, 21(2), 105-112.
- Naranjo, T., Poveda, S., Lara, M., y Eduardo, E. H. (2019). Impacto del consumo de cannabis y base de cocaína sobre la memoria. *Cuadernos de Neuropsicología/ Panamerican Journal of Neuropsychology*, 13(3).
- Observatorio Español sobre Drogas. (2017). *Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España (EDADES), 1995-2017*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Pedrero, E.J., Rojo, G., Ruiz, J.M., Fernández, L.M., Morales, S. y Prieto, A. (2014). Reserva cognitiva en adictos a sustancias en tratamiento: relación con el rendimiento cognitivo y las actividades cotidianas. *Revista de Neurología*, 59, 481-489.
- Pérez, N. (2020). Protocolo de intervención multicomponente para pacientes adultos con un problema de dependencia a la cocaína. *Revista de Criminología Psicología y Ley*, 3, 146-201.
- Portero, G. (2015). Trastornos por consumo de sustancias. ¿Son problemáticos los nuevos cambios en el ámbito forense? *Cuadernos de Medicina Forense*, 21(3-4), 96-104.
- Kernpharma. (2015, Noviembre). *Ejercicios de estimulación cognitiva*.  
<https://www.kernpharma.com/sites/default/files/documentos/Cuadernillo%20Ejer%20Estimulaci%C3%B3n%20Leve2.pdf>
- Rawson, R. A., Obert, J. L., McCann, M. J., y Ling, W. (1993). Neurobehavioral treatment for cocaine dependency: A preliminary evaluation. *NIDA research monograph*, 135, 92-92.

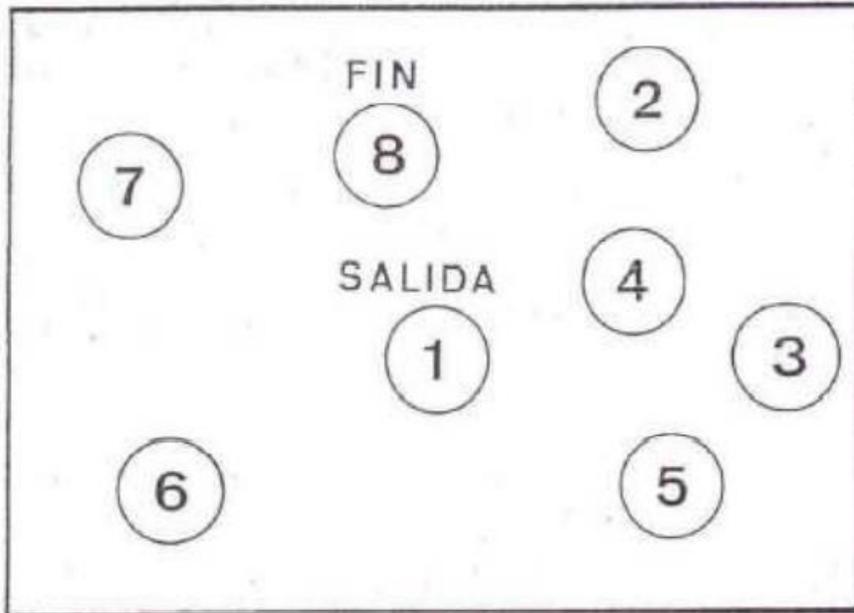
- Ruiz, J. M., Pedrero, E., Llanero, M., Rojo, G., Olivar, Á., Bouso, J. C., y Puerta, C. (2009). Perfil neuropsicológico en la adicción a la cocaína: consideraciones sobre el ambiente social próximo de los adictos y el valor predictivo del estado cognitivo en el éxito terapéutico. *Adicciones*, 21(2), 119-132
- Ríos, M., y de Noreña, D. (2007). El papel del neuropsicólogo. *Acción psicológica*, 4(3), 9-15.
- Sánchez, C. (2015). *Perfil funcional y ocupacional del adicto a la cocaína*. Universidad Rey Juan Carlos, Madrid.
- Sánchez, L., Díaz, S., Grau, L., Moreno, A., Eiroa, F.J., Roncero, C.,... Casas, M. (2011). Tratamiento ambulatorio grupal para dependientes de cocaína combinando terapia cognitivo conductual y entrevista motivacional. *Psicothema*, 23, 107-113.
- Sardinero, A. (2010). Presentación y Guía Didáctica. Colección: Estimulación Cognitiva para Adultos. España: Grupo Gesfomedia S.L.
- Serfaty, E. (2011). Consumo de cocaína en la mujer. *Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 16(4), 360-364.

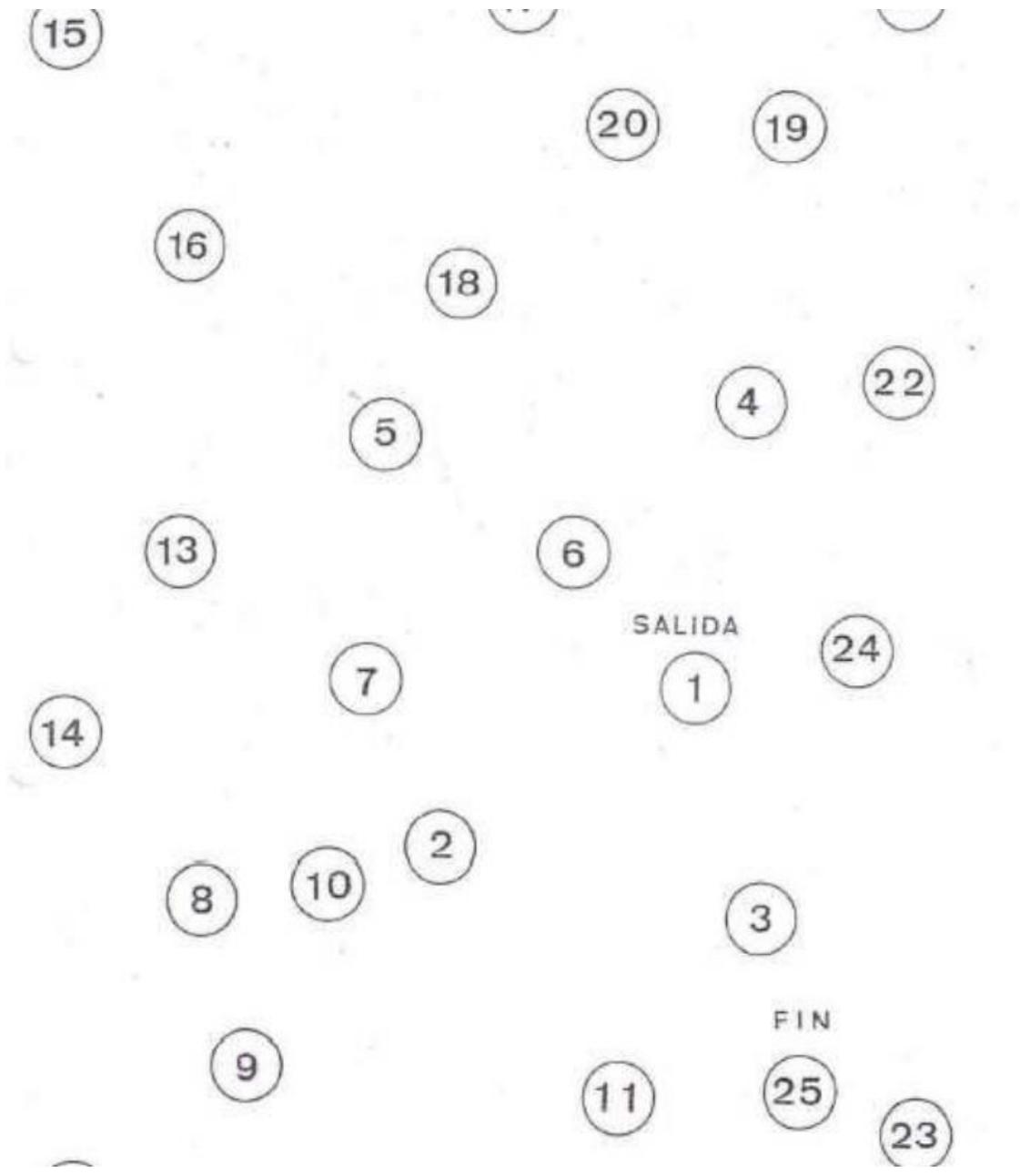
Anexo I

TRAIL MAKING TEST  
Parte A

---

PRÁCTICA



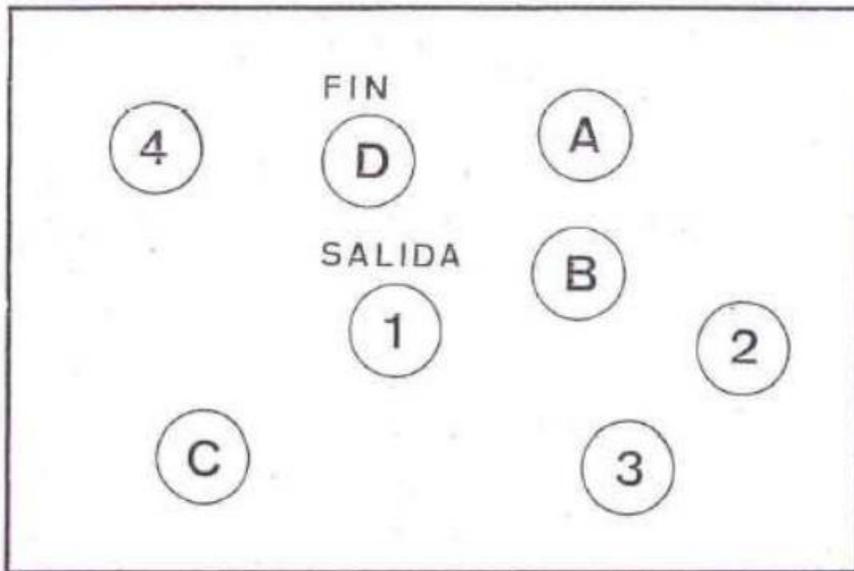


Anexo II

TRAIL MAKING TEST  
Parte B

---

PRÁCTICA



Anexo III

Dígitos (subprueba del test WAIS).

**DÍGITOS**

	ORDEN DIRECTO		Punt.		Puntuación		
	Elemento/Intento		intento		elemento		
1	1-7		0	1	0	1	2
	6-3		0	1	0	1	2
2	5-8-2		0	1	0	1	2
	6-9-4		0	1	0	1	2
3	6-4-3-9		0	1	0	1	2
	7-2-8-6		0	1	0	1	2
4	4-2-7-3-1		0	1	0	1	2
	7-5-8-3-6		0	1	0	1	2
5	6-1-9-4-7-3		0	1	0	1	2
	3-9-2-4-8-7		0	1	0	1	2
6	5-9-1-7-4-2-8		0	1	0	1	2
	4-1-7-9-3-8-6		0	1	0	1	2
7	5-9-1-9-2-6-4-7		0	1	0	1	2
	3-8-2-9-5-1-7-4		0	1	0	1	2
8	2-7-5-8-6-2-5-8-4		0	1	0	1	2
	7-1-3-9-4-2-5-6-8		0	1	0	1	2
Puntuación orden directo (máxima 16)							

	ORDEN INVERSO		Punt.		Puntuación		
	Elemento/Intento		intento		elemento		
1	2-4		0	1	0	1	2
	5-7		0	1	0	1	2
2	6-2-9		0	1	0	1	2
	4-1-5		0	1	0	1	2
3	3-2-7-9		0	1	0	1	2
	4-9-6-8		0	1	0	1	2
4	1-5-2-8-6		0	1	0	1	2
	6-1-8-4-3		0	1	0	1	2
5	5-3-9-4-1-8		0	1	0	1	2
	7-2-4-8-5-6		0	1	0	1	2
6	8-1-2-9-3-6-5		0	1	0	1	2
	4-7-3-9-1-2-8		0	1	0	1	2
7	9-4-3-7-6-2-5-8		0	1	0	1	2
	7-2-8-1-9-6-5-3		0	1	0	1	2
Puntuación orden inverso (máxima 14)							

	+		=	
Puntuación orden directo		Puntuación orden inverso		Total (máxima=30)

## Anexo IV

### Test del Zoo (BADS).

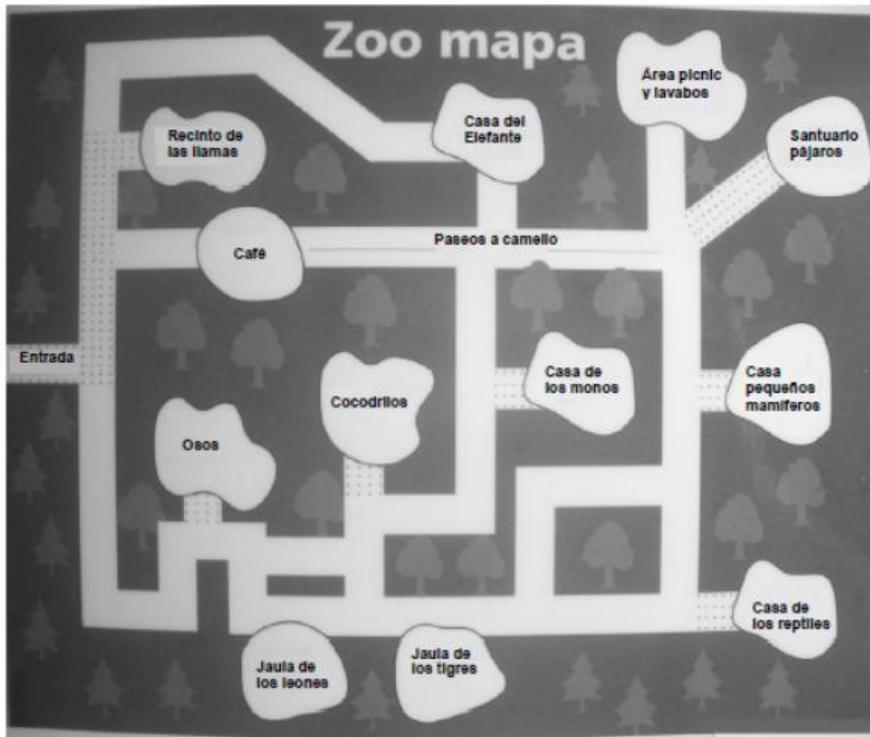
#### Reglas

Imagine que va a visitar un zoo.  
Su tarea es planificar una ruta para visitar lo siguiente (no necesariamente por este orden):

- Casa Elefante
- Jaula León
- Recinto de las llamas
- El Café
- Los Osos
- El Santuario pájaros

Cuando planifique su ruta debe cumplir las siguientes reglas:

- empezar en la entrada y finalizar con un picnic
- puede usar los caminos sombreados tantas veces como quiera, pero los no sombreados sólo una vez
- puede tomar sólo un paseo a camello



### Zoo Map Test Versión Z

#### Reglas

Imagine que va a visitar un zoo.  
Su tarea es visitar los siguientes animales en el orden indicado.

- 1 desde la entrada visite el recinto de las llamas
- 2 desde el recinto de las llamas visite la Casa del Elefante
- 3 después de visitar los Elefantes vaya al Café para tomar un refresco
- 4 desde el café vaya a ver los Osos
- 5 visite los leones después de los osos
- 6 desde los leones vaya al Santuario de los pájaros
- 7 finalmente, termine su visita con un picnic

Cuando planifique su ruta debe de cumplir las siguientes reglas:

- empezar en la entrada y finalizar con un picnic
- puede usar los caminos sombreados tantas veces como quiera, pero los no sombreados sólo una vez
- puede tomar sólo un paseo a camello



NOMBRE:

FECHA EXAMEN:

EDAD:

El texto completo y el procedimiento figuran en la pag. 9 del Manual.

**Versión 1**

- Situar una fotocopia de la versión 1 del mapa del zoo frente al sujeto.
- Aquí tienes el mapa del zoo. Tu tarea es planificar una ruta para visitar todos los lugares indicados en las instrucciones.
- Permitir que el sujeto lea las instrucciones (en voz alta).
- Aclarar las reglas leyéndolas una vez más.
- Mientras usaré este cronómetro para ver cuanto tardas en hacer la tarea, el tiempo realmente no es importante.
- Empezar a cronometrar.
- Para los criterios de puntuación véase el Apéndice 9.3 en la pag. 23 del Manual.

Secuencia del sujeto	1 punto por respuesta correcta	Respuestas correctas	Ocasiones en que usa una ruta más de 1 vez
		Entrada	A
		Llamas/café/elefantes	B
		Elefantes/café	C
		Café/elefantes/llamas	D
		Ocos	E
		Leones	F
		Pájaros	G
		Área de picnic	H
			I
			J
			K
			L
			M

Puntuación de secuencia

Total

Tiempo de planificación

Tiempo total

**Versión 2**

- Situar la fotocopia de la versión 2 del mapa del zoo frente al sujeto.
- "Al día siguiente regresas al zoo para otra visita..."
- Aclarar las reglas y registrar los tiempos como en la versión 1.

Secuencia del sujeto	1 punto por respuesta correcta	Respuestas correctas	Ocasiones en que usa una ruta más de 1 vez
		Entrada	A
		Llamas	B
		Elefantes	C
		Café	D
		Oscos	E
		Leones	F
		Pájaros	G
		Área de picnic	H
			I
			J
			K
			L
			M
			Total
Puntuación de secuencia			
Tiempo de planificación		Tiempo total	

**Errores**

Nº total de ocasiones en que usó una ruta más de 1 vez (arriba)	
Nº de desviaciones de las rutas (atajar por el campo)	
Nº de fracasos en trazar una línea continua	
Nº de lugares inapropiados visitados	
<b>Total de errores</b>	
<b>Puntuación directa en la Versión 2 = puntuación de secuencia menos total de errores</b>	

• **Apéndice 3: Puntuación del test del mapa del zoo**

1. Chequear cada una de las 13 secciones señaladas en el mapa nombradas como caminos de la A- M, para comprobar si cualquiera de ellos ha sido utilizado más de una vez. Los errores se contabilizan a partir de la segunda vez que una

persona utiliza un mismo camino, es decir, si una persona utiliza tres veces un mismo camino se contabilizarán dos errores. En el ejemplo encontramos 5 errores: 1 para la sección h, otro para la sección l, otro para la sección K y dos para la sección C (cruzar desde los elefantes hacia los cocodrilos cuenta como uso del camino de los camellos.)

2. Se contabiliza un error para las desviaciones del camino. En el ejemplo ocurre una vez (en la ruta de los osos)
3. Se contabiliza un error en cada fallo para realizar una línea continua. Esto solo se contabiliza cuando el sujeto salta desde un sitio a otro. En el ejemplo, el sujeto primero visita a las llamas, pero salta a los elefantes. Esto se registra como un error. No se penaliza para líneas rotas en, por ejemplo, los osos, tigres o el santuario de los pájaros.
4. En la hoja de puntuación se marcará con una equis (x) al lado de cada lugar inapropiado visitado. En el ejemplo nos encontramos con tres.
5. Hay cuatro posibles secuencias correctas:

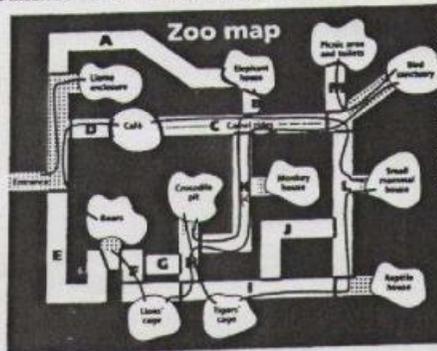
Primero	Segundo	Tercero	Cuarto	Quinto	Sexto	Séptimo	Octavo
Entrada	Llamas	Elefantes	Café	Osos	Leones	S.pajaros	Picnic
Entrada	Llamas	Café	Elefantes	Osos	Leones	S.pajaros	Picnic
Entrada	Elefantes	Café	Llamas	Osos	Leones	S.pajaros	Picnic
Entrada	Café	Elefantes	Llamas	Osos	Leones	S.pajaros	Picnic

6. Para obtener un punto por secuencia el lugar debe ser correcto en el número de la secuencia correspondiente, así, por ejemplo, los osos sólo se puntuarán si son el quinto lugar visitado, mientras que los elefantes se puntuarán tanto si se visitan los segundos, como los terceros o los cuartos. En el ejemplo, la secuencia puntuada obtiene una puntuación de 3. Aunque finaliza en el santuario de los pájaros y en el área de picnic, no se puntúan porque no se visitaron en el orden correcto.
7. Si un sujeto toma la ruta entrada, osos, leones, café, llamas, elefantes, santuario de los pájaros y picnic, y va desde los leones al café por el camino K y C, y desde los elefantes al santuario se los pájaros por los caminos B y C, se contabilizará como dos usos del camino de los camellos, incluso cuando las líneas no se solapan, por lo que se incurrirá en la contabilización de un error.

**EJEMPLO:**

**Secuencia del sujeto:**

Primero:	Entrada	✓
Segundo:	Llamas	✓
Tercero:	Elefantes	✓
Cuarto:	Cocodrilos	x
Quinto:	Tigres	x
Sexto:	Pequeños Mamíferos	x
Septimo:	Café	
Octavo:	Osos	
	Leones	
	Santuario de los Pajaros	
	picnic	
<b>Puntuación de la Secuencia:</b>		<b>3</b>



Anexo V

**ÍNDICE EUROPEO DE GRAVEDAD DE LA ADICCIÓN (EuropASI)**

**INSTRUCCIONES**

- Cumplimentar totalmente. Cuando sea preciso utilizar: X = pregunta no contestada N = pregunta no aplicable Use un solo carácter por ítem
- Las preguntas rodeadas por un círculo van dirigidas al estudio de seguimiento. Las preguntas con asterisco son acumulativas, y deberían ser reformuladas para el seguimiento
- Existe espacio al final de cada sección para realizar comentarios adicionales.

**ESCALAS DE GRAVEDAD**

Las escalas de gravedad miden estimaciones de necesidades de tratamiento en cada área. El rango de la escala oscila desde 0 (no necesita ningún tratamiento) hasta 9 (tratamiento necesario en situación de riesgo vital). Cada escala está basada en historia de síntomas problema, estado actual y valoración subjetiva de sus necesidades de tratamiento en cada área. Para una mejor calificación de la gravedad, consultar el manual.

**ESCALA DE LA AUTOEVALUACIÓN DEL PACIENTE**

- Ninguna
- Leve
- Moderado
- Considerable
- Extrema

**A** N.º de identific.: □□□□□□□□

**B** TIPO DE TRATAMIENTO: □

- Desintoxicación ambulatoria
- Desintoxicación residencial
- Tratamiento sustitutivo ambulatorio
- Tratamiento libre de drogas ambulatorio
- Tratamiento libre de drogas residencial
- Centro de día
- Hospital psiquiátrico/ Servicio de psiquiatría
- Otro hospital/servicio
- Otro:
- Sin tratamiento

**C** FECHA DE ADMISIÓN: □□□□□□

**D** FECHA DE LA ENTREVISTA: □□□□□□

**E** Hora de inicio: □□ □□

**F** Hora de finalización: □□ □□

**G** TIPO: □

- Ingreso
- Seguimiento

**H** CÓDIGO DE CONTACTO: □

- Personal
- Telefónico

**I** SEXO: □

- Varón
- Mujer

**J** CÓDIGO DEL ENTREVISTADOR: □□□

**K** ESPECIAL: □

- Paciente finalizó la entrevista
- Paciente rehusó
- Paciente incapaz de responder

**INFORMACIÓN GENERAL**

1. LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL: □

- Ciudad grande (> 100.000)
- Mediana (10-100.000)
- Pequeña (rural) (< 10.000)

2. CIUDAD/ CÓDIGO POSTAL: □□□□□□

3. Desde cuándo vive usted en esa dirección □□ años □□ meses

4. Ese lugar de residencia, ¿es propiedad de usted o de su familia? □  
0 = No 1 = Si

5. EDAD □□

6. NACIONALIDAD □□□□

7. PAÍS DE NACIMIENTO DEL:

- Entrevistado □□□□
- Padre □□□□
- Madre □□□□

8. ¿Ha estado ingresado en el último mes en un centro de este tipo? □

- No
- Cárcel
- Tratamiento de alcohol o drogas
- Tratamiento médico
- Tratamiento psiquiátrico
- Únicamente desintoxicación
- Otro:

9. ¿Cuántos días? □□

**RESULTADOS DE LOS INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN ADICIONALES**

..... □□□□  
..... □□□□  
..... □□□□  
..... □□□□

**PERFIL DE GRAVEDAD**

9									
8									
7									
6									
5									
4									
3									
2									
1									
0									
	PROBLEMAS	SALUD FÍSICA	EMPLEO/RECURSOS	ALCOHOL	DROGAS	SITUACIÓN LEGAL	FAMILIA/SOCIAL	SALUD MENTAL	

**SALUD FÍSICA**

1. ¿Cuántas veces en su vida ha estado hospitalizado por problemas de salud física? (incluir sobredosis, delirium tremens, excluir desintoxicaciones)

2. ¿Hace cuánto tiempo estuvo hospitalizado por última vez por problemas de salud física?  
□□ años □□ meses

3. ¿Padece algún problema de salud física crónico que continúe interfiriendo en su vida?

- No □
- Si □

4. ¿Alguna vez ha estado infectado de hepatitis? □

- No
- Si
- No lo sé
- Rehusa contestar

5. ¿Alguna vez se ha realizado las pruebas del VIH? □  
0. No  
1. Si  
2. No lo sé  
3. Rehusa contestar

6. En caso afirmativo, ¿hace cuántos meses? □□  
0. VIH-negativo  
1. VIH-positivo  
2. No lo sé  
3. Rehusa contestar

7. ¿Está tomando alguna medicación prescrita de forma regular para un problema de salud física? □  
0. No 1. Si

8. ¿Recibe alguna pensión por invalidez física? (excluir invalidez psiquiátrica) □  
0. No 1. Si

9. ¿Ha sido tratado por un médico por problemas de salud física en los últimos 6 meses? □□  
0. No 1. Si

10. ¿Cuántos días ha tenido problemas de salud física en el último mes?  
PARA LAS PREGUNTAS 12 Y 13. POR FAVOR, PIDA AL PACIENTE QUE UTILICE LA ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN

11. ¿Cuánto le han molestado o preocupado estos problemas médicos en el último mes? □  
0. No 1. Si

12. ¿Qué importancia tiene ahora para usted el tratamiento de estos problemas médicos? □  
0. No 1. Si

13. ¿Cómo puntuaría la necesidad del paciente de tratamiento médico? □

**PUNTUACIONES DE VALIDEZ**  
La información anterior está significativamente distorsionada por:  
15. ¿Imagen distorsionada del paciente? □  
0. No 1. Si  
16. ¿La incapacidad para comprender del paciente? □  
0. No 1. Si

**EMPLEO/RECURSOS**  
1. Años de educación básica: □□  
2. Años de educación superior (Universidad/Técnicos): □□  
3. Título académico superior obtenido: □  
4. ¿Tiene carnet de conducir en vigor? □  
0. No 1. Si

5. ¿Cuánto duró el período más largo de empleo regular? (ver el manual para definición)  
□□ años □□ meses

6. ¿Cuánto duró el período más largo de desempleo? años meses  
□□ años □□ meses

7. Profesión habitual (o última): ..... □  
(especificar detalladamente)

8. Patrón de empleo usual en los últimos 2 años: □  
1. Tiempo completo  
2. Tiempo parcial (horario regular)  
3. Tiempo parcial (horario irregular, temporal)  
4. Estudiante  
5. Servicio militar  
6. Retirado/invalidez  
7. Desempleado (incluir ama de casa)  
8. En ambiente protegido

**USO DE DROGAS/ALCOHOL**

	Edad de inicio	A lo largo de la vida	Último mes	Via introna*
1. Alcohol: cualquier dosis				
2. Alcohol: por encima del umbral				
3. Heroína				
4. Metadona/LAAM				
5. Otros opiáceos/analgésicos				
6. Benzodiazepinas/barbitúricos/ otros sedantes				
7. Cocaína				
8. Anfetaminas				
9. Cannabis				
10. Alucinógenos				
11. Inhalantes				
12. Otros				
13. Más de 1 sustancia (ítems 2 a 12)				

14. ¿Alguna vez se ha inyectado? □  
0. No 1. Si

14A. Edad en que se inyectó por primera vez (años). Se inyectó: □  
- A lo largo de la vida (años) □  
- En los últimos 6 meses (meses) □  
- En el último mes (días) □

14B. Si se inyectó en los últimos 6 meses: □  
1. No compartió jeringuilla  
2. Algunas veces compartió jeringuilla con otros  
3. A menudo compartió jeringuilla

15. ¿Cuántas veces ha tenido delirium tremens? □  
sobredosis por drogas? □

16. Tipo de tratamientos y número de veces que ha recibido tratamiento:  
Alcohol Drogas  
1. Desintoxicación ambulatoria □□ □□  
2. Desintoxicación residencial □□ □□  
3. Tratamiento sustitutivo ambulatorio □□ □□

17. ¿Cuántos meses duró el período más largo que estuvo abstinente como consecuencia de uno de estos tratamientos? Alcohol (meses) □□ Drogas (meses) □□

18. ¿Qué sustancia es el principal problema? □□  
Por favor, utilice los códigos anteriores: 00 = no problema, 01 = alcohol y otros drogas (excluir cocaína), 02 = psicostimulantes. Cuando tenga dudas, pregunte al paciente

19. ¿Cuánto tiempo duró el último período de abstinencia voluntaria de esta sustancia principal, sin que fuese como consecuencia de tratamiento? (meses) (00 = nunca abstinente)