



Servicio de
Asistencia

Protocolo de intervención psicológica



*j*MADRID!



Servicio de
Asistencia

Protocolo de intervención psicológica



iMADRID!

PARTICIPANTES EN EL GRUPO DE MEJORA PARA LA REALIZACIÓN DEL PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN A DROGODEPENDIENTES DEL INSTITUTO DE ADICIONES DE MADRID SALUD

Belén Alonso Verdugo

Psicóloga Clínica del C.A.D de Latina

M^a José de Antonio de las Heras

Psicóloga Clínica del C.A.D de Hortaleza

Purificación Camarena Rodriguez

Psicóloga clínica del C. A. D. de Tetuán

Jesús Casla Gil

Psicólogo Clínico del C.A. D. de Arganzuela

Sol de Ena de la Cuesta

Psicóloga Clínica. Adjunta a la Jefatura del Dpto. de Reinserción y Jefa de Sección de Programas de Reinserción.

Elena Martín Maganto

Psicóloga Clínica. Adjunta a la Jefatura del Servicio de Asistencia y Jefa de Sección de Programas Asistenciales.

Carmen Mosteiro Ramírez

Psicóloga Clínica. Adjunta a la Jefatura de Sección de Programas Asistenciales del Servicio de Asistencia.

Belén Orozco Jabato

Psicóloga Clínica del C.A.D de Villaverde

Cristina Redondo Carmena

Psicóloga Clínica del CAD de San Blas.

Pilar Soler Torroja

Psicóloga Clínica del CAD de Vallecas.

Coordinadoras:

Elena Martín Maganto

Psicóloga Clínica. Adjunta a la Jefatura del Servicio de Asistencia y Jefa de Sección de Programas Asistenciales.

Carmen Mosteiro Ramirez

Psicóloga Clínica. Adjunta a la Jefatura de Sección de Programas Asistenciales del Servicio de Asistencia.

Sumario

1. INTRODUCCIÓN	5
2. OBJETIVOS DEL PROTOCOLO	6
3. MARCO NORMATIVO	6
4. POBLACIÓN DIANA	8
5. FUNCIONES DEL ÁREA PSICOLÓGICA EN EL MARCO DE LA INTERVENCIÓN MULTIDISCIPLINAR	8
6. LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN EL PROCESO DE ATENCIÓN INTEGRAL	9
6.1 Atención a la demanda inicial. Acogida	10
6.2 Valoración interdisciplinaria y Evaluación multidimensional	11
6.3 Diseño del programa personalizado de intervención	13
6.4 Información al paciente y consenso del programa personalizado de intervención	14
6.5 Desarrollo del programa personalizado de intervención	14
6.5.1 Intervención individual con el paciente	14
6.5.2 Intervención familiar	23
6.5.3 Intervención grupal	27
6.5.4 Intervención con colectivos con necesidades especiales	36
6.5.5 Evaluación de la intervención	38
7 ANEXOS	41
7.1 Marco teórico	41
7.1.1 Modelo Transteórico de cambio	41
7.1.2 Estrategias psicoterapéuticas de intervención	43
7.1.3 Niveles de intervención	44
7.1.4 Objetivos y estrategias de intervención en función de los estadios de cambio	45
7.2 Valoración psicológica. Historia psicológica	49
7.3 Evaluación diagnóstica	57
8 BIBLIOGRAFIA	63

I. INTRODUCCIÓN

El origen multicausal de las drogodependencias y las diversas áreas y facetas personales que suelen verse afectadas por las mismas, hace necesario plantearse un abordaje del problema desde una perspectiva integral e integradora, que ponga en juego diferentes disciplinas profesionales de forma que puedan contemplarse los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y ocupacionales de cada paciente.

Desde esta perspectiva, la interdisciplinariedad en drogodependencias aúna las aportaciones de cada profesional, de modo que no se planteen intervenciones compartimentadas sino que se articulen en un proceso dinámico, flexible y personalizado, capaz de acomodarse a las necesidades de cada individuo y situación en cada momento del proceso, mediante un sistema de evaluación continua del paciente y teniendo en cuenta que la mejora de cada una de las áreas afectadas va a influir de forma directa e inmediata en el resto.

Dada la complejidad de la intervención interdisciplinar, se hace necesaria la existencia de protocolos de actuación para las distintas áreas profesionales, a fin de promover la coordinación en las intervenciones terapéuticas.

Dichos protocolos tienen por objetivo definir, homogeneizar, enriquecer y ajustar las actuaciones de las distintas áreas profesionales, como garantía de una intervención interdisciplinar de calidad, en el marco del modelo de intervención del Plan de Adicciones para la Ciudad de Madrid.

El presente “Protocolo de Intervención Psicológica en los CAD”, se ha elaborado a partir del trabajo desarrollado por un grupo de mejora en el que han participado Psicólogas y Psicólogos de todos los centros municipales de atención a las drogodependencias y representa un importante esfuerzo, por parte de estos profesionales, de desarrollar y protocolizar la tarea del psicólogo en el equipo interdisciplinar y registrar las mejores prácticas desarrolladas en el área psicológica en estos dispositivos, evidenciando un compromiso con el modelo de calidad implantado en Madrid Salud.

2. OBJETIVOS DEL PROTOCOLO

- Establecer pautas comunes de actuación homogeneizando la intervención de los psicólogos de la red del Instituto de Adicciones
- Organizar y facilitar la intervención del área psicológica dentro del equipo interdisciplinar con objeto de ajustar las intervenciones a las necesidades de los pacientes.
- Aunar criterios comunes de intervención que contemplen las diferentes orientaciones y escuelas
- Facilitar la toma de decisiones y la evaluación de las intervenciones

3. MARCO NORMATIVO

Estrategia Nacional sobre drogas: Plan de Acción 2009-2012 PNSD

Principios rectores: La intersectorialidad. Ofrece un enfoque y un abordaje multifactorial, intersectorial y multidisciplinar, y aspira a una optimización de esfuerzos y recursos mediante la coordinación y cooperación de los distintos agentes.

Dentro del Plan de Acción 2009-2012 se establece, en relación con la reducción de la demanda, asistencia e integración social, en su objetivo nº 7: Garantizar una asistencia de calidad y adaptada a sus necesidades, a todas aquellas personas directa o indirectamente afectadas por consumo de drogas. Normalizar la asistencia sanitaria a los Drogodependientes en base a la evidencia científica mediante la elaboración de protocolos, guías y catálogos de intervenciones.

Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Profesiones Sanitarias

Art. 6: Son, también, profesionales sanitarios de nivel Licenciado quienes se encuentren en posesión de un título oficial de especialista en Ciencias de la Salud establecido, conforme a lo previsto en el artículo 19.1 de esta Ley, para psicólogos, químicos, biólogos, bioquímicos u otros licenciados universitarios no incluidos en el número anterior.

Estos profesionales desarrollarán las funciones que correspondan a su respectiva titulación, dentro del marco general establecido en el artículo 16.3 de esta Ley.

Los psicólogos que desarrollen su actividad en centros, establecimientos y Servicios del Sistema Nacional de Salud, o concertados con él, para hacer efectivas las prestaciones sanitarias derivadas de la cartera de servicios comunes del mismo que correspondan a dichos profesionales, tanto en el ámbito de la atención primaria como en el de la especializada, deberán estar en posesión del título oficial de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica al que se refiere el apartado 3 del anexo I del Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada

RD 1277/2003, Centros Sanitarios

Anexo II Definiciones de centros, unidades asistenciales y establecimientos sanitarios.

OFERTA ASISTENCIAL

La oferta asistencial de los centros sanitarios anteriormente indicados podrá estar integrada por uno o varios de los siguientes servicios o unidades asistenciales:

U.70 PSICÓLOGO: Psicología clínica: unidad asistencial en la que un especialista en Psicología clínica es responsable de realizar el diagnóstico, evaluación, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales, emocionales, relacionales y del comportamiento.

Ley 5/2002 de 27 de junio sobre Drogodependencias y otros trastornos adictivos. Comunidad de Madrid

Define el “Trastorno adictivo” como un patrón desadaptativo de comportamiento que provoca un trastorno psíquico, físico o de ambos tipos, por abuso de sustancias o conducta determinada, repercutiendo negativamente en las esferas psicológica, física y social de la persona y su entorno.

Considera las drogodependencias y otros trastornos adictivos como enfermedades comunes con repercusiones en las esferas biológica, psicológica y social de la persona.

Considera el proceso continuado de la prevención de drogodependencias, asistencia e integración social del drogodependiente de manera integral e interdisciplinar

Establece que los servicios sanitarios públicos de atención a drogodependientes de la Comunidad de Madrid adecuarán sus actuaciones a los siguientes criterios:

La oferta terapéutica para la atención a las personas drogodependientes deberá ser accesible y diversificada, profesionalizada y de carácter interdisciplinar,

La Administración de la Comunidad de Madrid, dentro del ámbito de sus competencias y en colaboración con las Administraciones Públicas correspondientes, así como las entidades e instituciones privadas, convenientemente acreditadas, promoverá las siguientes actuaciones:

1. La atención a los drogodependientes desde las redes generales de los sistemas sanitarios y de servicios sociales, siempre desde un enfoque multidisciplinar, especialmente en el nivel primario.
2. La realización de programas encaminados a la disminución de riesgos, reducción de daños y mejora de las condiciones sociales y sanitarias del drogodependiente, incluyendo actividades de educación sanitaria, asesoramiento y apoyo psicológico a personas usuarias de drogas portadoras de enfermedades transmisibles y a sus familiares

Plan de Adicciones de la ciudad de Madrid 2011-2016

Principios y criterios orientadores:

Enfoque Integral. Entender las adicciones como un fenómeno complejo, multicausal y multifactorial, propiciando respuestas que tengan en cuenta los diversos factores intervinientes, desde la aplicación de un modelo bio-psico-social, tanto para la

prevención como para la asistencia y reinserción de las adicciones y sus consecuencias en las diversas facetas de la vida de las personas y de su entorno.

Integración y Normalización. Orientar todos los procesos de intervención que se realicen, ya sean de carácter preventivo o se refieran al continuo “asistencia-reinserción”, hacia el objetivo último de conseguir el mayor grado posible de integración social, seleccionando siempre que sea posible, la utilización de los recursos normalizados existentes y potenciando el mantenimiento o la recuperación de los vínculos familiares y sociales.

Características del Modelo de Atención Integral

Se considera la interdisciplinariedad en drogodependencias como base de un proceso capaz de enlazar las intervenciones de las diferentes áreas de conocimiento en la consecución de objetivos comunes, ya sean éstos específicos de las diferentes disciplinas como comunes a todas ellas.

Se trata, por lo tanto, de aunar las aportaciones de cada profesional, de modo que no se planteen intervenciones compartimentadas sino que se articulen en un proceso dinámico, flexible y personalizado, capaz de acomodarse a las necesidades de cada individuo y situación en cada momento del proceso, mediante un sistema de evaluación continua del paciente y teniendo en cuenta que la mejora de cada una de las áreas afectadas va a influir de forma directa e inmediata en el resto

Otra de las características del modelo es su perspectiva de género que transversalmente está presente en todas las intervenciones garantizando la adecuación de los programas y servicios a las características diferenciadas de hombres y mujeres.

4. POBLACIÓN DIANA

Personas afectadas por un Trastorno por Uso de Sustancias(T.U.S.), así como a sus familias, independientemente de que las demandas sean realizadas por la propia persona afectada, por ésta y su familia o por la familia sola.

5. FUNCIONES DEL ÁREA PSICOLÓGICA EN EL ÁMBITO DE LA INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINAR

Atención directa a usuarios.

1. Análisis de la demanda.
2. Análisis de la motivación y expectativas.

3. Evaluación y diagnóstico psicológico de adolescentes y adultos.
4. Elección y priorización de objetivos terapéuticos desde el Área Psicológica.
5. Valoración interdisciplinar: determinación y priorización de las secuencias de intervención así como también de la elección de estrategias y actividades terapéuticas referidas al modelo bio-psico-social.
6. Planificación y coordinación de los tratamientos psicológicos en los niveles individual, grupal y familiar.
7. Detección y valoración de patología dual: derivación de casos y coordinación con los Servicios de Salud Mental.
8. Participación activa en los procesos de reinserción y seguimiento post-alta.

Formación y tutorización

- Supervisión y seguimiento de los alumnos en prácticas de las diferentes Facultades de Psicología de Madrid, así como también de la tutorización general de las diferentes etapas de las rotaciones.
- Asesoramiento y elección de los contenidos teóricos en los que deben profundizar los alumnos.
- Colaboración, como docente en diferentes foros científicos y/o institucionales en aspectos relacionados con el papel del psicólogo en adicciones y con los programas y servicios del Instituto de Adicciones.

Investigación y Evaluación de Programas

- Ejecución y participación en estudios a nivel clínico, preventivo y educativo.
- Participación y apoyo a todos los procesos evaluadores de la actividad psicológica en los diferentes programas.

Actividad Forense

- Realización de informes tanto de parte como a petición de los Juzgados.
- Presencia en los tribunales, tanto de testigo experto como de perito.

6. LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN EL MARCO DEL PROCESO DE ATENCIÓN INTEGRAL

Perspectiva transversal de género

El Plan de Adicciones de la ciudad de Madrid 2011-2016 plantea como línea estratégica la oferta de programas de tratamiento y recursos integrales, adaptados a la especificidad de las distintas poblaciones y perfiles.

Plantea también, la necesidad de considerar las características diferenciales de la mujer y el varón, a la hora de abordar el trastorno adictivo, y la pertinencia de adaptar los tratamientos a las necesidades de uno u otro género.

La perspectiva de género es un modelo de análisis complementario y necesario del comportamiento humano y por tanto de la salud, que permite visibilizar, realidades y dificultades que pueden no ser observables desde otra mirada, facilitando una mejor comprensión y abordaje del mismo.

Esta perspectiva se orienta a identificar y atender a las desigualdades en la salud y en la atención a las drogodependencias que se vinculan con las relaciones de poder entre hombres y mujeres.

Existen cada vez más indicios en todos los ámbitos de investigación de la salud, de que los factores de riesgo, los mecanismos biológicos, las manifestaciones clínicas, causas, consecuencias y manejo de la enfermedad puede ser diferente entre los hombres y las mujeres. En este sentido, la prevención, tratamiento, rehabilitación así como la atención necesitan ser adaptados a las mujeres y los hombres.

En relación a las drogodependencias los avances en los tratamientos han estado basados en resultados de estudios realizados fundamentalmente con población masculina y se ha tendido a generalizar dichos resultados a toda la población drogodependiente.

Parece claro que la adaptación de los Programas de tratamiento a las necesidades y diferencias específicas de los distintos individuos facilita el éxito, la implicación y retención en los tratamientos.

En este sentido se incorpora transversalmente la perspectiva de género a la intervención con las mujeres drogodependientes, lo que supone tener en cuenta a lo largo de todo el proceso y en las distintas etapas de tratamiento el hecho diferencial de ser mujeres en esta cultura y momento histórico, así como la asimetría que existe en las relaciones entre hombres y mujeres, y en la diferente valoración social de ambos.

Perspectiva transversal multicultural.

Así mismo, en el Plan de Adicciones de la Ciudad de Madrid de 2011-2016 se considera prioritario reorientar las actuaciones del nuevo Plan, teniendo en cuenta la **perspectiva de la multiculturalidad**, de forma que se pueda dar una respuesta ajustada a las necesidades y respetuosa con las diferencias culturales.

Esta perspectiva multicultural es especialmente importante en cuanto a la intervención psicológica para:

- el establecimiento de una adecuada relación psicoterapéutica
- el diseño de actuaciones psicoterapéuticas respetuosas con las diferencias culturales.
- impresiones diagnósticas influenciadas o sesgadas por actitudes o características de índole cultural

6.1. ATENCIÓN A LA DEMANDA INICIAL: ACOGIDA

Se realiza en el marco de la primera entrevista con un técnico, miembro del equipo interdisciplinar, una vez que el paciente o la familia ha solicitado ser atendido/a, ya sea por primera vez o como reingreso después de una atención previa.

La atención a la demanda inicial puede ser llevada a cabo por cualquiera de los técnicos pertenecientes a las diferentes áreas que integran los equipos

interdisciplinarios de los CAD: área de enfermería, de trabajo social, de terapia ocupacional, psicológica y médica.

Los objetivos generales de esta entrevista de acogida son:

- Escucha activa de la demanda.
- Recabar información mínima imprescindible.
- Comprobar si existe algún motivo de prioridad en la atención:
 - Embarazo
 - Riesgo para los hijos
 - Estilo de consumo de alto riesgo (comparte jeringuillas, ausencia de medidas higiénicas en la administración de la droga, etc.)
 - Presencia de enfermedades o trastornos físicos que requieran tratamiento urgente
 - Trastornos psiquiátricos que requieran tratamiento urgente
 - Riesgo de autolesiones
 - Amenaza para la seguridad de otras personas.
- Dar información y orientar sobre las actuaciones posibles, canalizando aquellas demandas que no correspondan al centro hacia los servicios más adecuados.
- Generar empatía y establecer el vínculo terapéutico, que favorezca la retención y minimice los abandonos en estas fases iniciales, que suponen un mayor riesgo.
- Motivar al paciente para iniciar el proceso de tratamiento, fortaleciendo sus expectativas de cambio.
- Motivar a la familia para su implicación en el tratamiento del paciente
- Realizar el encuadre terapéutico
- Firmar el contrato terapéutico
- Asignar cita o citas con los profesionales que vayan a intervenir en la valoración.

La entrevista motivacional breve puede resultar una herramienta de gran utilidad en estas primeras fases de la intervención, independientemente de la sustancia o sustancias consumidas, ya que se trata de intervenciones sencillas, que refuerzan y apoyan el deseo de cambio del paciente, ayudándole a salir de su ambivalencia inicial.

6.2. VALORACIÓN INTERDISCIPLINAR Y EVALUACIÓN MULTIDIMENSIONAL

A. VALORACIÓN INTERDISCIPLINAR: APORTACIÓN DEL PSICÓLOGO

El proceso de valoración del paciente en sus aspectos bio/psico/sociales resulta fundamental como primer paso para establecer un plan de acción o unas estrategias de intervención adecuadas.

La aportación del psicólogo para esta primera valoración interdisciplinaria es la siguiente:

-Todos los datos e información recogida a través de la cumplimentación de la **Hª Psicológica** (ver anexos) donde se valoran básicamente los siguientes aspectos:

- El nivel de gravedad de la conducta adictiva
- La evaluación de los estadios de cambio
- Los problemas que se pueden presentar durante la intoxicación o la abstinencia
- Los trastornos psicopatológicos. Trastornos mentales distintos al trastorno de abuso o dependencia de sustancias. Aproximación diagnóstica según DSMIVR y/o CIE 10
- El estado psicológico del individuo.
- El estado neuropsicológico.

-Primera aproximación diagnóstica de la situación del paciente y propuesta de intervención desde el área psicológica para el diseño del PPI (Plan Personalizado de Intervención)

B.EVALUACIÓN MULTIDIMENSIONAL

La información recogida en la primera valoración y puesta en común por parte del equipo interdisciplinar permite realizar una evaluación multidimensional de los pacientes.

Las áreas, o ejes en los que se realiza esta evaluación son:

- 1. Área de salud y autocuidados
- 2. Área psicopatológica
- 3. Área de consumo de sustancias
- 4. Área familiar
- 5. Área socio-relacional
- 6. Área formativo-laboral
- 7. Área de ocio y tiempo libre

Ejes y variables

EJES	VARIABLES
AREA DE SALUD Y AUTOCUIDADOS	<ul style="list-style-type: none"> • Quejas somáticas. Valorar funcionalidad y estilo de afrontamiento. Diagnostico diferencial. Somatizaciones. • Afectación psicológica derivado de enfermedades físicas: lesiones, dolor.etc... • Hábitos de autocuidado: motivación, facilitadores y barreras • Alteraciones del sueño: recursos de afrontamiento y su funcionalidad • Alteraciones de la conducta alimentaria: recursos de afrontamiento y su funcionalidad • Alteraciones en la sexualidad: recursos de afrontamiento y su funcionalidad • Utilización de medidas de protección de contagio. Facilitadores y barreras. • Utilización de medidas de prevención embarazos no deseados. Facilitadores y barreras

AREA DE CONSUMO	<ul style="list-style-type: none"> • Consumo actual: sustancias/s consumidas. Lugar y forma de consumo. • Conciencia de problema(Según M. Transteórico) • Periodos de Abstinencia/Reducción • Consumo de otras drogas • Daños y riesgos asociados al consumo • Recaídas • Motivación para el consumo • Identidad de género: condicionantes que puedan afectar el proceso adictivo • Habilidades de autocontrol
AREA FAMILIAR	<ul style="list-style-type: none"> • Relaciones familiares • Estructura y dinámica familiar: Ajuste de la comunicación familiar a la situación y edad del paciente • Significado del consumo en la familia <ul style="list-style-type: none"> ○ Identificación de la función del consumo ○ Generación de alternativas • Capacidad de la familia para afrontar las crisis con cohesión y adaptabilidad • Transmisión de patrones de conducta relativos a relación emocional y violencia. • Roles asignados/roles deseados
AREA SOCIORELACIONAL	<ul style="list-style-type: none"> • Acontecimientos significativos en la vida del paciente • Historia de aprendizaje en las diferentes fases evolutivas y en la gestión de los eventos significativos • Capacidad para establecer y mantener relaciones sociales satisfactorias • Estilo relacional: actitudes personales en las relaciones sociales • Responsabilidad y conflictividad social
AREA PSICOPATOLOGICA	<ul style="list-style-type: none"> • Contacto con la realidad <ul style="list-style-type: none"> ○ Alteraciones de pensamiento ○ Alteraciones de la percepción • Deterioro Cognitivo, afectación de las capacidades cognitivas del paciente y su funcionalidad • Evaluación de la afectividad y las emociones <ul style="list-style-type: none"> ○ Presencia de síntomas de alteración del estado de ánimo ○ Presencia de síntomas de ansiedad ○ Presencia de otras alteraciones de la afectividad y las emociones • Presencia de episodios de descontrol de impulsos • Riesgo de suicidio • Evaluación de la personalidad
AREA DE OCIO Y TIEMPO LIBRE	<ul style="list-style-type: none"> • Recursos personales para la planificación de ocio seguro • Ocio de riesgo. • Funcionalidad. y nivel de motivación para el cambio

6.3 DISEÑO DEL PROGRAMA PERSONALIZADO DE INTERVENCIÓN:

El diseño del PPI incluye:

- La identificación de los objetivos a conseguir en cada uno de estos ejes o áreas.
- La selección de las estrategias terapéuticas que se consideren más adecuadas para la consecución de los mismos
- La planificación de una serie de actuaciones, según una metodología determinada, y la utilización de los recursos y las herramientas terapéuticas de diversa índole, disponibles en los Centros de Atención a Drogodependencias o fuera de ellos, que resulten necesarios para apoyar el proceso de tratamiento y de reinserción.

6.4 INFORMACIÓN AL PACIENTE Y CONSENSO DEL PPI:

El diseño inicial del PPI no puede considerarse cerrado hasta consensuarlo con el paciente. Resulta fundamental realizar una devolución de los resultados de la valoración multidimensional al paciente y, a veces también, a la familia, como paso previo a la definición y concreción del programa de intervención.

6.5 DESARROLLO DEL PPI:

Una vez definido el programa de intervención para cada paciente se procede al desarrollo del mismo, que consiste básicamente, en poner en juego la metodología, las estrategias, las actuaciones específicas y los recursos necesarios, ya sean éstos internos de los propios Centros de Atención a las Drogodependencias, o externos a los mismos, conjugando las distintas intervenciones en función de las necesidades y de la evolución del paciente. Y en concreto, desde el área psicológica, el desarrollo del programa personalizado de intervención consistiría en:

6.5.1 INTERVENCIÓN INDIVIDUAL CON EL PACIENTE

La intervención individual vendrá determinada por la evaluación, desde la que se establecerán los objetivos sobre los que trabajar. El eje rector de nuestra intervención será el de consumo de la droga por la que solicita la demanda si bien habrá que abordar también aquellos otros aspectos, problemas y/o patologías concomitantes cuyo abordaje, de acuerdo con el paciente, sea conveniente para su proceso. A la hora de abordar problemas o patologías habrá que tener presente si se puede llevar a cabo desde el propio centro o estaría indicada la derivación a un recurso especializado.

Para abordar la intervención en pacientes que pertenecen a grupos de población con características específicas (patología dual, crónicos, etc), existe unas pautas de intervención **específicas**, que habrá que tener presente a la hora de la intervención individual. (ver capítulo 6.5.4 y protocolos de intervención específicos).

Uno de los aspectos que más influyen en el éxito del tratamiento de las drogodependencias es el tiempo de permanencia del paciente en el mismo y al parecer es el tipo de dinámica de la relación entre terapeuta y paciente la que más afecta, positiva o negativamente, en la adherencia al tratamiento. En cierta medida, los pacientes continúan asistiendo a terapia si consideran que están siendo ayudados, lo que sucederá si terapeuta y paciente parten de la misma etapa de cambio. Por este motivo, si el terapeuta utiliza estrategias terapéuticas adecuadas para una etapa diferente a aquella en la que se encuentra el paciente aparecerán resistencias que afectarán negativamente a la evolución del tratamiento y hará más probable el abandono por parte del paciente.

6.5.1.1.-OBJETIVOS Y ACTUACIONES ESPECÍFICAS POR ÁREAS DE INTERVENCIÓN

VECTOR 2: AREA PSICOPATOLÓGICA			
OBJETIVO GENERAL			
<i>Lograr la mayor estabilidad psíquica del paciente</i>			
Objetivos Específicos	Contenidos a trabajar	Actuaciones del Psicólogo	Técnicas de intervención
1. Restablecer el contacto con la realidad, alterado por trastornos del pensamiento y/o la percepción, de forma que no afecten o lo hagan en la menor medida posible, a la funcionalidad del paciente.	Percepción de la realidad y alteraciones del pensamiento (Trastorno psicótico inducido por sustancias; Esquizofrenia Tipo Paranoide; Trastorno Delirante, etc...)	<p>Ayuda al paciente a tomar conciencia de la vinculación entre las sustancias que consume y la función que cumplen en relación a su psicopatología.</p> <p>Intervención en crisis: contiene al paciente cuando se produce un brote de un proceso delirante, el tiempo previo a su derivación para ingreso</p> <p>Confronta al paciente con sus ideas delirantes o inadecuadas como forma de mejorar su percepción de la realidad</p> <p>Apoya y refuerza al paciente ante las percepciones, pensamientos y conductas adecuadas</p> <p>Contacta y se coordina con su centro correspondiente de Salud Mental</p> <p>Ayuda al paciente a tomar conciencia de la vinculación entre las sustancias que consume y la función que cumplen en relación a su psicopatología.</p>	<p>Psicoeducación</p> <p>Contención</p> <p>Confrontación</p> <p>Refuerzo</p>

<p>2.Reducir el nivel de ansiedad patológico. y sus síntomas, de forma que no afecten o lo hagan en la menor medida posible, a su funcionalidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Emociones desadaptativas • Pensamientos y creencias irracionales • Pensamientos automáticos • Elementos facilitadores de la respuesta ansiosa; posibles orígenes • Respuestas disfuncionales 	<ul style="list-style-type: none"> • Facilita al paciente a través de las técnicas utilizadas la prevención, reducción y reestructuración de sus pensamientos irracionales asociados a los estados de ansiedad y la reducción de respuestas físicas ansiosas. • Ayuda al paciente a que analice y esclarezca las emociones ligadas a sus estados ansiosos. • Aumenta las habilidades del paciente para la toma de decisiones y resolución de problemas • Refuerza las fortalezas en el manejo de la ansiedad • Aumentar las habilidades del paciente para la organización del tiempo libre en actividades alternativas 	<ul style="list-style-type: none"> • Relajación • Parada de pensamiento • Reestructuración cognitiva • Prevención de respuesta • Auto-observación • Auto-instrucciones • Auto-refuerzo • Auto-motivación • Entrenamiento en habilidades sociales. • Señalamiento • Confrontación • Esclarecimiento • Asociación libre • Rol playing • Modelado de conductas.
<p>3. Estabilizar el estado de ánimo. reducción de las alteraciones del estado de ánimo del paciente y sus síntomas, de forma que no afecten o lo hagan en la menor medida posible, a su funcionalidad</p>	<p>Estados de ánimo y emoción asociada: Conductas disfuncionales/desadaptativas Impulsividad. Pensamientos irracionales Sentimientos de culpa</p>	<p>Entrena al paciente en habilidades asertivas y habilidades de Autocontrol Emocional</p> <p>Elimina o reduce los pensamientos irracionales asociados a los estados de ánimo.</p> <p>Estimula la instauración de pensamientos mas positivos y proactivos en el paciente</p> <p>Reinterpreta los acontecimientos asociados a sentimientos de culpa.</p>	<p>Técnicas para la adquisición de habilidades de autocontrol emocional.</p> <p>Reestructuración cognitiva. Resolución de problemas Rol playing Señalamiento Confrontación Esclarecimiento Asociación libre Análisis de transferencia</p>

<p>4. Minimizar o reducir el riesgo de suicidio del paciente y/o la presencia de ideas o intentos autolíticos</p>	<p>Conductas manipulativas. Sentimientos Depresivos: Sentimientos de culpa, Desesperanza/Deseo Sentimientos Melancólicos(sent. de vacío)</p>	<p>Valora riesgo, y necesidad de apoyos externos y/o ingreso terapéutico</p> <p>Confronta al paciente con interpretaciones alternativas de la realidad que el percibe y las diversas opciones de respuesta que se derivarían de esa nueva percepción.</p> <p>Interviene y entrena a la familia para potenciar conductas seguras y reducir el riesgo.</p>	<p>Balance Decisional :(Balance entre deseos de morir/deseos de vivir, pros y contras , razones para, proyección positiva en el tiempo)</p> <p>Auto-intervención preventiva ante los deseos de morir:</p> <p>Manejo del deseo</p> <p>Técnicas motivacionales</p> <p>Técnicas de Contención y Apoyo individual y familiar</p>
<p>5. Incrementar la capacidad de autocontrol y minimizar el riesgo de violencia de forma que no afecten o lo hagan en la menor medida posible, a su funcionalidad</p>	<p>Impulsividad y emociones asociadas Violencia / V. de género Estereotipos de género (creencias, juicios, etc...) Pautas comportamiento adaptadas Pensamientos erróneos/ Auto-concepto y autoestima Asertividad Tolerancia a la frustración</p>	<p>Enseña al paciente a detectar las señales fisiocorporales que inician el proceso de violencia y le entrena en técnicas dirigidas a reducir y contener el impulso</p> <p>Entrena al paciente en habilidades sociales y resolución de problemas con pautas alternativas de conducta para solucionar los conflictos</p> <p>Entrena a las familias y/o parejas en el afrontamiento de situaciones de violencia</p> <p>Contiene y entrena al paciente para que logre aumentar su capacidad de tolerancia a la frustración y postergación del deseo</p>	<p>Reestructuración cognitiva centrada en la detección y modificación de ideas erróneas en relación a la violencia.</p> <p>Técnicas de Auto-observación y Autocontrol. Modificación de conducta. Técnicas par la adquisición de habilidades asertivas. Técnicas Corporales y Expresivas. Relajación (mediante el control de la respiración). Rol playing. Confrontación y Señalamiento. Análisis de la transferencia.</p>

<p>6.Optimizar las capacidades cognitivas del paciente</p>	<p>Atención Memoria Funciones ejecutivas</p>	<p>Valora la pertinencia de derivación a recurso específico en función del grado de deterioro del paciente y de su funcionalidad</p> <p>Interviene terapéuticamente para la recuperación de las capacidades cognitivas deterioradas y el mantenimiento y ejercitación de las capacidades cognitivas conservadas</p>	<p>Estimulación cognitiva. Rehabilitación cognitiva</p>
--	--	---	---

<p>VECTOR 3: CONSUMO</p>			
<p>OBJETIVO GENERAL</p>			
<p>Lograr la abstinencia, la máxima reducción del consumo o el consumo de menor riesgo</p>			
<p>Objetivos Específicos</p>	<p>Contenidos a trabajar</p>	<p>Actuaciones del Psicólogo</p>	<p>Técnicas de intervención e instrumentos de apoyo</p>
<p>1. Conocer e identificar efectos y riesgos de las drogas que consume.</p> <p>Reconocer cuales son las consecuencias que el consumo de drogas tiene en su propia vida para incrementar su motivación en el tratamiento</p>	<p>Drogas y sus efectos</p> <p>Riesgos asociados al consumo</p> <p>Expectativas de cambio</p>	<p>Proporciona al paciente una información veraz y no sesgada acerca de las diferentes sustancias y sus efectos.</p> <p>Ayuda al paciente a realizar una valoración adecuada sobre los costes y beneficios ligados al consumo (ámbito familiar, laboral, legal, etc....).</p>	<p>Documentación sencilla sobre drogas y sus efectos</p> <p>Entrevista motivacional (Confrontación. Desarrollo de discrepancias)</p> <p>Reestructuración cognitiva (en relación con las percepciones inadecuadas sobre las drogas y sus</p>

			efectos)..... Señalamiento y Esclarecimiento Balance decisional
<p>2.Abandonar o reducir el consumo de las drogas por las que solicita tratamiento</p> <p>Mantenimiento de periodos libres de consumo o disminución de la cantidad y frecuencia de consumo de la droga o drogas que el paciente identifica como generadoras de la demanda de tratamiento</p>	<p>Expectativas de cambio</p> <p>Auto-motivación y auto-refuerzo</p> <p>Habilidades de auto-observación</p> <p>Control estimular</p> <p>Control externo</p> <p>Control de respuesta</p> <p>Autoinstrucciones</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Refuerza expectativas positivas de cambio • Refuerza sentimientos de autoestima y auto-eficacia. • Posibilita el análisis y esclarecimiento de la funcionalidad emocional de su adicción • Aumentar sus habilidades de auto-observación, y autocontrol estimular y de respuesta • Entrena a los familiares para un efectivo y adecuado acompañamiento y contención externa • Ayuda a disminuir los estímulos asociados, por el paciente, al consumo • Potencia entornos alternativos libres de riesgos • Refuerza conductas alternativas al consumo 	<p>Entrenamiento familiar en contención y control externo eficaz</p> <p>Técnicas de Refuerzo</p> <p>Grupos prevención de Recaídas</p> <p>Entrenamiento en autocontrol</p> <p>Planificación de metas y organización de tiempo libre</p>
<p>3.Evitar o reducir el consumo de drogas, que no han generado la demanda,</p> <p>No iniciar el consumo o, si ya se</p>	<p>Drogas y sus efectos</p> <p>Hábitos de auto-cuidado</p>	<p>Potencia hábitos de vida saludables en relación al ocio y al auto-cuidado de la salud</p> <p>Aumenta su conciencia sobre su</p>	<p>Entrevista motivacional</p> <p>Balance decisional</p> <p>Reestructuración cognitiva</p> <p>Entrenamiento en autocontrol</p>

<p>consume, disminuir la cantidad y frecuencia. de las drogas que no generan la demanda, con la finalidad de evitar que se desplace el problema a otra droga</p>		<p>problemática adictiva</p> <p>Aumenta el conocimiento del paciente sobre los riesgos del consumo de sustancias y ventajas de la abstinencia, motivando para la reducción o eliminación del consumo</p> <p>Mejora sus habilidades de autocontrol</p>	
<p>4.Evitar o reducir los daños(*) y riesgos(*) asociados al consumo</p> <p>Disminuir las consecuencias negativas que el consumo produce y prevenir la aparición de otros daños y riesgos directamente asociadas al acto del consumo</p> <p>(*) Daño: Consecuencia negativa concreta asociada directamente al acto de consumo de drogas</p> <p>(*)Riesgo: Probabilidad que tiene la conducta de consumir drogas de causar alguna consecuencia negativa</p>	<p>Enfermedades asociadas a las sustancias y al comportamiento de consumo.</p> <p>Conductas de riesgo de consumo vs conductas mas seguras.</p> <p>ETS Conductas para un Sexo seguro.</p>	<p>Enseña y ayuda a modificar comportamientos de riesgo para la salud.</p> <p>Refuerza comportamientos de menor riesgo y de mayor autocuidado</p>	<p>Entrevista motivacional</p> <p>Grupos de Educación para la salud: modificación de hábitos</p> <p>Psicoeducación</p> <p>Balance decisional sobre conductas de riesgo/conductas alternativas</p>

<p>5. Evitar, disminuir o distanciar las recaídas(*) y reducir su impacto</p> <p>(*)<u>Recaída</u>: Después de un periodo de abstinencia (mínimo de 3 meses), vuelta a un patrón mantenido de consumo con repetición de conductas que conformaban el estilo de vida previo a tratamiento.</p>	<p>Recaídas</p> <p>Autoestima</p> <p>Tolerancia a la frustración</p> <p>Auto-control</p> <p>Auto-motivación</p> <p>Auto-intervención</p>	<p>Mejora la capacidad para la autoobservación</p> <p>Ayuda a analizar el proceso personal de recaída: claves personales, facilitadores, conductas adictivas, conductas alternativas, búsqueda de apoyos.</p> <p>Incrementa sus habilidades de autogestión emocional.</p>	<p>Grupo de Prevención de recaídas.</p> <p>Grupo de autogestión /auto-intervención.</p> <p>Habilidades de comunicación, asertiva.</p> <p>Habilidades para la resolución de problemas.</p>
---	--	---	---

VECTOR 5: Sociorelacional			
OBJETIVO GENERAL			
Objetivos Específicos	Contenidos a trabajar	Actuaciones del Psicólogo	Técnicas de intervención e instrumentos de apoyo
<p>1. Establecer y mantener vínculos sociales fuera del ámbito del consumo</p> <p>2. Adquirir, potenciar y mejorar las habilidades sociales</p> <p>3. Adquirir y mantener una actitud social autónoma y responsable</p>	<p>Relaciones y vínculos sociales</p> <p>Conocimiento y ejercicio de sus derechos y deberes como individuo.</p>	<p>Valora junto con el paciente su red social y la existencia o no de relaciones de apoyo fuera del ámbito del consumo.</p> <p>Apoya al paciente para el establecimiento de vínculos sociales positivos</p> <p>Refuerza las conductas sociales saludables (relaciones familiares, laborales, y sociales fuera del ámbito del consumo).</p> <p>Potencia la capacidad para responsabilizarse de su propia conducta y para reconocer sus consecuencias.</p> <p>Apoya y refuerza la disminución de conductas antisociales y el aumento de conductas pro sociales.</p> <p>Refuerzo de la competencia personal y la autoestima.</p>	<p>Entrenamiento en habilidades sociales y de comunicación (empatía, resolución de problemas, expresión adecuada de emociones y necesidades, etc...)</p> <p>Entrenamiento en asertividad.</p> <p>Roll-playing.</p>

Los vectores 1, 6(formativo/ laboral) y 7 (ocupación y tiempo libre) no serían específicos de la intervención psicológica, aunque como integrantes de un trabajo interdisciplinar el psicólogo apoyará en sus intervenciones terapéuticas los objetivos propuestos y consensuados con el paciente desde las áreas sanitaria, social y ocupacional.

6.5.2 INTERVENCIÓN FAMILIAR

En drogodependencias, la terapia familiar ha mostrado su eficacia para:

- Aumentar el compromiso de los pacientes y sus familias con los programas de tratamiento.
- Aumentar la adherencia al tratamiento
- Disminuir el riesgo de recaída post-tratamiento
- Mejorar el funcionamiento familiar y facilitar la normalización de los pacientes en cuanto a su incorporación social.

La importancia y valor de esta intervención aumenta y se hace indispensable en la intervención con adolescentes y jóvenes, y muy necesaria en otros como patología dual, mujeres, etc...

En los CAD consideramos fundamental la incorporación de los familiares desde las primeras fases del tratamiento., no obstante es importante tener en cuenta que determinados colectivos, como población “sin hogar”, crónicos, mujeres, suelen acudir solos a los tratamientos, existiendo numerosos obstáculos para retomar las relaciones familiares y con una escasa o nula red de apoyo normalizada. Por tanto la intervención sobre dichas barreras, es fundamental con el objetivo de restablecer en la medida de lo posible un contexto o red social mínima que facilite el apoyo y el mantenimiento de los cambios iniciados.

Según el modelo de evaluación e intervención multidimensional los objetivos principales relacionados con esta área son los que se apuntan en el siguiente cuadro:

VECTOR 4: FAMILIAR			
OBJETIVO GENERAL			
Conseguir y mantener unas relaciones familiares adecuadas y satisfactorias para el paciente			
Objetivos Específicos	Contenidos a trabajar	Actuaciones del Psicólogo	Técnicas de intervención e instrumentos de apoyo
1. Tomar conciencia de su posición en la estructura y dinámica familiar y mejorar su funcionalidad.	<p>Roles familiares y estereotipos/igualdad de género.</p> <p>Normas, límites, pautas relacionales.</p> <p>Comunicación familiar</p> <p>Violencia intrafamiliar</p> <p>Violencia de género</p>	<p>Facilita la toma de conciencia y la redefinición de los roles, sistemas de comunicación y pautas relacionales que resulten disfuncionales.</p> <p>Facilita la incorporación de todos los miembros de la familia al proceso de cambio.</p> <p>Facilita la adquisición y refuerza la utilización de pautas relacionales mas saludables y adaptativas.</p> <p>Incrementa la capacidad de introspección y auto-observación de los miembros de la unidad familiar.</p> <p>Apoya y motiva para el autocuidado y cuidado mutuo de los miembros familiares</p>	<p>Clarificación</p> <p>Consejo y orientación</p> <p>Entrenamiento en habilidades de comunicación</p> <p>Entrenamiento en solución de problemas</p> <p>Manejo de contingencias y refuerzo</p> <p>Dramatización y Rol Playing</p> <p>Terapia Sistémica</p>
2. Identificar la función del consumo y generar alternativas	<p>Distinción entre abuso /dependencia, Consumos aislados/recaídas.</p> <p>Proceso de cambio.</p> <p>Aspectos familiares facilitadores del consumo: antecedentes y consecuentes.</p>	<p>Facilita la comprensión del proceso motivacional y de las estrategias de apoyo</p> <p>Ayuda a identificar y señalar los comportamientos y pautas familiares que facilitan la aparición de comportamientos adictivos y los que facilitan el cambio</p>	<p>Entrevista motivacional</p> <p>Psicoeducación</p> <p>Manejo de contingencias</p>

	<p>Aspectos facilitadores de la abstinencia y de hábitos saludables en la familia.</p> <p>Emociones.</p> <p>Dificultades en la comunicación familiar.</p> <p>Significado del consumo en la estructura familiar.</p>	<p>Ayuda a detectar y señala consumos de sustancias no identificados en el entorno familiar y facilita el proceso de cambio.</p> <p>Coopera con la familia para reforzar los comportamientos saludables facilitadores del cambio</p> <p>Ayuda a identificar y reestructura ideas erróneas en relación al consumo y consecuencias de la abstinencia.</p> <p>Facilita la identificación de barreras familiares para poner en marcha los cambios adaptativos.</p> <p>Facilita la adquisición de habilidades de gestión emocional y comunicación asertiva.</p>	<p>Habilidades asertivas</p> <p>Gestión emocional</p> <p>Rol-playing y dramatización</p> <p>Planificación de tareas</p> <p>Terapia sistémica</p>
<p>3. Adecuar el grado de implicación de la familia en el tratamiento.</p>	<p>Funciones familiares durante las fases del proceso de tratamiento.</p> <p>Dependencia emocional/codependencia</p>	<p>Identifica y señala comportamientos que conforman un apoyo familiar funcional.</p> <p>Facilita a la familia un marco terapéutico adecuado.</p>	<p>Terapia Sistémica</p> <p>Confrontación</p> <p>Señalamiento</p> <p>Esclarecimiento</p> <p>Rol playing</p>
<p>4. Afrontar las diferentes situaciones de crisis de forma eficaz minimizando las repercusiones de la historia familiar en la</p>	<p>Situaciones críticas para la familia: pérdidas, separaciones y otros cambios en la unidad familiar.</p> <p>Acontecimientos graves y secretos familiares</p>	<p>Ayuda a restablecer el equilibrio de la unidad familiar tras consolidarse la abstinencia.</p> <p>Facilita y acompaña en situaciones de duelo y/o cambio.</p> <p>Facilita que emerjan los secretos y</p>	<p>Grupo de mujeres que acompañan a los pacientes(madres y parejas)</p> <p>Esclarecimiento</p> <p>Confrontación</p>

<p>conducta adictiva.</p>	<p>Violencia familiar y/o de género</p> <p>Naturalización de la violencia</p> <p>Vínculos de pareja y/o familiares</p>	<p>conflictos silenciados, no resueltos y ayuda a la familia a realizar nuevas posibles lecturas de dichos acontecimientos</p> <p>Ayuda a clarificar el tipo de vínculo que mantiene a la pareja y acompaña en el proceso de reconstrucción o ruptura.</p> <p>Facilita una toma de conciencia de la violencia en familia y ayuda a desarrollar otras pautas relacionarse.</p>	<p>Señalamiento</p> <p>Terapia sistémica</p> <p>Técnicas psicodramáticas</p> <p>Técnicas para el manejo de conflictos</p>
---------------------------	--	---	---

Con respecto a la intervención con la pareja:

Generalmente las parejas no consumidoras que acuden acompañando a los pacientes son mujeres. Las consecuencias negativas que el trastorno adictivo del varón ha causado en las relaciones familiares suele desencadenar estados emocionales negativos de ansiedad, rabia, depresivos en las mujeres y en los hijos, así como otros trastornos de conducta que también tienen que ser atendidos.

Si consideramos la necesidad de un espacio terapéutico para la mujer y sus hijos se plantea la derivación a los recursos específicos correspondientes y la coordinación con los mismos.

En el caso de las pacientes mujeres cuyas parejas son consumidoras y no se encuentran en tratamiento se trabaja con la mujer para favorecer estrategias que faciliten la motivación de estos por solucionar el problema y acudir a tratamiento, y en caso en que no sea posible, el acompañarla en el análisis y reducción de riesgos así como en la toma de decisiones.

En el caso en que exista una alta conflictividad familiar, o haya otros miembros consumidores en la unidad familiar, puede recomendarse el apoyo de recursos convivenciales

En relación a los objetivos además de los ya apuntados en relación a la intervención psicológica familiar, añadimos:

- análisis y especificación de la función de la sustancia en el vínculo afectivo
- análisis e intervención sobre las áreas afectadas por el problema de consumo.
- análisis, mantenimiento y/o mejora de las áreas conservadas
- estrategias y habilidades funcionales en las relaciones

- detección de posibles comportamientos violentos así como estrategias de afrontamiento de conflictos y modificación de los mismos
- facilitar relaciones igualitarias y equilibradas
- aumentar las actividades reforzantes compartidas
- afrontar la crianza de los hijos
- sexualidad y prevención de riesgos

La Teoría Sistémica ha sido el hilo conductor de las diferentes modalidades de intervención centradas en la familia dentro del ámbito de las adicciones. Independientemente del desarrollo de diferentes intervenciones basadas en otras orientaciones y modelos teóricos.

Por otro lado las intervenciones dirigidas a la familia pueden desarrollarse a través de diferentes contextos terapéuticos:

- Citas individuales de uno o varios miembros de la familia
- Citas individuales incluyendo al o la paciente
- Grupos terapéuticos:
 - Para familias/parejas
 - Para familias/parejas y pacientes

En función de los objetivos terapéuticos podemos llevar a cabo:

- Grupos psicoeducativos
- Grupos psicoterapéuticos

6.5.3 INTERVENCIÓN GRUPAL

La intervención grupal psicoterapéutica en los centros, se organiza en torno a los diversos estadios de cambio donde se encuentra el paciente. En este protocolo sólo se reflejan aquellos grupos psicoterapéuticos conducidos por psicólogos, sin perjuicio de que éste pueda estar en otros grupos como apoyo de otro profesional. Por tanto, los psicólogos, como mínimo y en función de la demanda realizan los grupos que se especifican en este apartado..

Inclusión de la perspectiva de género en la intervención grupal

Transversalmente en toda la intervención grupal mixta se trabajarán los siguientes aspectos::

- Detección y discusión estereotipos y mandatos de género
- Identidad masculina/Identidad femenina.
- Corrección lenguaje sexista
- Mitos y creencias que justifican, minimizan y mantienen la violencia
- Función del consumo en el mantenimiento de la desigualdad y la violencia en las relaciones afectivas
- Corresponsabilidad en situaciones que tradicionalmente han estado relacionadas con roles femeninos (educación hijos, manejo de los conflictos familiares, sexualidad, cuidado de los mayores,....)

En el desarrollo de la intervención grupal se incluirá alguna sesión específica, desde esta perspectiva de género, sobre los siguientes aspectos:

- Autoregulación emocional: impulsividad, agresividad, violencia específica en relación a la desigualdad de género
- Afectividad y relaciones
- Habilidades de Comunicación
- Afrontamiento y resolución de problemas

A) Intervención grupal inespecífica:

1. Grupo de inicio
2. Grupo de prevención de recaída
3. Grupo de mantenimiento
4. Grupo de familias

<u>1. Grupo de inicio</u>	
Pacientes en estado de preparación o de acción, que han conseguido la abstinencia	
<u>OBJETIVOS:</u>	<u>PROCEDIMIENTO:</u>
<ul style="list-style-type: none">• Prestar ayuda en las fases iniciales de abstinencia• Reforzar la decisión• Reforzar el esfuerzo y los cambios conseguidos• Mejorar y adecuar la organización de su tiempo, y potenciar el ocio alternativo• Enseñar estrategias de afrontamiento para mantener la abstinencia• Abordar problemas iniciales de sueño, alimentación y ansiedad	<ul style="list-style-type: none">• Criterios de exclusión:<ul style="list-style-type: none">• Menor de 25 según perfil• Patología psiquiátrica o trastorno cognitivo que imposibilite su acceso a este tipo de grupo.• Periodicidad: Semanal con una duración aproximada de 1h.30m• Tipología: abierto y semiestructurado

<u>2. Grupo de Prevención de recaídas</u>	
Pacientes que hayan conseguido la abstinencia y la hayan mantenido por un periodo aproximado de 2 meses	
<u>OBJETIVOS:</u>	<u>PROCEDIMIENTO:</u>
<p>El programa de Prevención de Recaídas pretende dotar a los usuarios de habilidades que les ayuden a afrontar aquellas situaciones que pongan en peligro su abstinencia así como fomentar e impulsar cambios en su estilo de vida y alejarlo del consumo de drogas.</p> <p>El programa se encuadra en el Proceso de Recaídas desarrollado por Marlatt y Gordon (1985) y se adapta a características del grupo con el que se trabaja.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar un modelo a los usuarios para comprender y analizar su problema de drogas. • Aprender a identificar qué situaciones, pensamientos y/o estados emocionales pueden acercarlos al consumo y cómo afrontarlos adecuadamente utilizando determinadas técnicas. • Aprender a identificar las claves y señales que anuncian la posibilidad de una recaída. • Aprender a enfrentarse a una recaída antes y después de que se produzca un consumo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Criterios de exclusión: <ul style="list-style-type: none"> • Menor de 25 años según perfil • Que presenten trastorno psiquiátrico en fase aguda o trastorno cognitivo que imposibilite su acceso a este tipo de grupo. • Frecuencia: Semanal con una duración aproximada de 1h 30m • Tipo: abierto (máximo 14 personas) y estructurado

3.Grupo de Mantenimiento/Preparación al alta

Dirigido a pacientes que se encuentran en un estadio de acción o mantenimiento en diferentes niveles de cambio y de mantenimiento en el nivel de sintoma-situación.

<u>OBJETIVOS:</u>	<u>PROCEDIMIENTO:</u>
<p>Las estrategias de intervención grupal van especialmente dirigidas a favorecer que</p> <ul style="list-style-type: none"> • Minimizar o superar el riesgo de recaída. • Aumentar su autoconocimiento y generalizar las estrategias aprendidas para el cambio conductual y actitudinal ante su problemática adictiva a otras áreas personales, favoreciendo así el proceso de finalización de tratamiento. • Realizar grupalmente un seguimiento de los procesos de cambio, definidos como. necesarios y concretados en tareas que puedan ser evaluadas. • Planificar y revisar estrategias para el mantenimiento de los cambios logrados e incentivar otros, en áreas no tan manifiestamente vinculadas al consumo. • Profundizar en estrategias de comunicación y relación interpersonal • Facilitar la expresión emocional, canalización y control de las emociones. • Profundizar en estrategias de afrontamiento de problemas incentivando la capacidad de resiliencia (aprendizaje en situaciones negativas)) • Aumentar la percepción de autoeficacia y consolidar su autonomía personal • Generalización del entrenamiento en la demora de la urgencia a otras áreas personales distintas del consumo • Detección y toma de conciencia de problemas intrapsíquicos y/o psicopatológicos que requerirían un trabajo psicoterapéutico independiente del problema de adicción 	<ul style="list-style-type: none"> • Criterios de exclusión: • Patología psiquiátrica o trastorno cognitivo que imposibilite su acceso a este tipo de grupo. • Frecuencia: Quincenal con una duración aproximada de 1h 30m • Tipología: abierto.(máximo 14 personas), semiestructurado

<u>4. A-Grupo de familiares en tratamiento 1º nivel</u>	
<p>Familiares de usuarios iniciando tratamiento por primera vez, con consumo activo y/o con un tiempo de abstinencia menor a 2 meses.</p> <p>Familiares de usuarios en situación de reingreso y/o recaída cuando así lo considere su equipo de tratamiento</p>	
<u>OBJETIVOS:</u>	<u>PROCEDIMIENTO:</u>
<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar información sobre sustancias y conceptos básicos de drogodependencias. • Dar seguridad y generar confianza en el rol que ejerzan con el paciente (padres, hermanos, esposo/a etc...). • Reducir el nivel de angustia y culpa. • Proporcionar un espacio de expresión de emociones facilitando el manejo y elaboración de las mismas. • Generar alternativas y estrategias para afrontar el consumo de sustancias desde la familia: límites, comunicación, manejo de conflictos, etc.... 	<ul style="list-style-type: none"> • Criterios de exclusión: Patología psiquiátrica o trastorno cognitivo que imposibilite su acceso al grupo. • Periodicidad semanal. con una duración de 1h30m. • Tipología: semiabierto y semiestructurado(14/16 sesiones)
<ul style="list-style-type: none"> • <u>CONTENIDOS:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Sustancias. • Ansiedad y depresión. • Normas y límites. • Autoestima. • Expresión de sentimientos. • Comunicación. • Resolución de conflictos 	

<u>4.B-Grupo de familiares en tratamiento 2º nivel</u>	
Familiares que han cubierto objetivos del grupo de 1º nivel, y siempre que sus familiares lleven, al menos 2-3 meses de abstinencia a la sustancia principal.	
<u>OBJETIVOS:</u>	<u>PROCEDIMIENTO:</u>
<ul style="list-style-type: none"> • Normalizar la vida cotidiana • Controlar la propia ansiedad (trasladar el locus de control de la familia al paciente) • Detectar situaciones de riesgo y aceptar los consumos esporádicos y recaídas como una fase esperable del proceso de tratamiento • Realizar un acompañamiento efectivo en momentos de recaída facilitando retomar el tratamiento 	<p>Criterios de exclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patología psiquiátrica o trastorno cognitivo que imposibilite su acceso al grupo. • Periodicidad Quincenal con una duración de cada sesión de 75-90m. • Tipología: Cerrado(12 a 14 integrantes), y estructurado (12-13 sesiones)

B) Intervención grupal específica:

1. Grupo específico para mujeres.
2. Grupo para pacientes con Patología Dual.

Grupo específico para mujeres

Mujer en tratamiento por trastorno adictivo, derivada por cualquier profesional del equipo, que se encuentre en cualquier estadio de cambio con respecto a la violencia de género, y al menos en contemplación-preparación con respecto al consumo. Motivada para la psicoterapia grupal. No es necesario abstinencia pero si el compromiso de abstinencia en la sesión grupal.

OBJETIVOS:

- Lograr o consolidar abstinencia
- Eliminar aislamiento, aumentando apoyos y refuerzo del grupo
- Identificar los mandatos de género, reconstrucción de la identidad femenina personal
- Fomentar la autonomía, la reorganización del tiempo
- Equilibrar el autocuidado y el cuidado a otros
- Analizar los modelos afectivos aprendidos
- Analizar la funcionalidad de los mandatos de género/adicción/violencia
- Analizar la funcionalidad dependencia afectiva/violencia
- Aumentar la autoestima, autoeficacia
- Visibilizar y detectar la violencia
- Elaborar las situaciones de violencia
- Manejar emociones: miedo, tristeza, angustia, ira
- Afrontar la culpa/ la justificación del agresor
- Potenciar los recursos de la mujer
- Reparar las heridas
- Detección de riesgos vitales y diseño plan de seguridad
- Aumentar el conocimiento y utilización de recursos comunitarios de apoyo, normalizados (Centro de mujeres, servicios sociales, centros culturales, asociaciones...) y específicos (centros municipales y regionales de apoyo a las mujeres víctimas de violencia, asociaciones de apoyo....)

PROCEDIMIENTO:

Grupo abierto

Sesiones semanales de hora y media

Sesiones no estructuradas

La salida del grupo se realizará en función de la consecución de los objetivos personales

Grupo específico para pacientes con Patología Dual

El diseño de este grupo se ha realizado combinando el Modelo Transteórico con la Psicoeducación (que ha demostrado su gran utilidad en pacientes psiquiátricos).

OBJETIVOS

- Adquirir conocimientos básicos sobre la enfermedad
- Tomar conciencia de enfermedad
- Identificar los diferentes síntomas de su psicopatología diferenciándolos de reacciones emocionales no patológicas.
- Desmitificación de mitos populares sobre la enfermedad
- Identificar desencadenantes de la enfermedad: haciendo hincapié en el consumo de tóxicos
- Fomentar la adherencia al tratamiento y concienciar de los riesgos derivados del abandono de la medicación.

PROCEDIMIENTOS

Grupo cerrado, de 8 a 10 miembros.

Pacientes diagnosticados de Patología dual que en el momento de incorporación al grupo se encuentren compensados

Sesiones semanales de hora y media

Sesiones estructuradas

6.5.4. INTERVENCIÓN CON COLECTIVOS CON NECESIDADES ESPECIALES

Una de las líneas estratégicas del Plan de Adicciones de la Ciudad de Madrid 2011-2016 es prestar una atención especial a los **colectivos mas vulnerables** o con mayores dificultades en el acceso y la utilización adecuada de los recursos de la red: pacientes con larga historia de consumo y bajo potencial de cambio, pacientes con patología dual, drogodependientes sin hogar, etc. por lo que se han elaborado protocolos específicos de intervención con estos colectivos.

Se reseñan aquí, por tanto, únicamente los aspectos mas relevantes de la intervención psicoterapéutica con cada uno de ellos.

A) Patología dual

Definición de la población:

El concepto de Patología dual hace referencia a la comorbilidad entre trastornos psiquiátricos clásicos y trastornos adictivos, particularmente drogodependencias.

Aunque el tratamiento farmacológico es fundamental para el manejo de las patologías duales, la intervención psicológica con esta población tiene un papel relevante puesto que:

- Mejoran la adherencia terapéutica y la continuidad de cuidados
- Refuerzan la toma de medicación de manera adecuada
- Mejoran las respuesta frente a estresores o situaciones que pueden llevar a recaídas

Intervención Psicoterapéutica centrada en:

- Psicoeducación para paliar las consecuencias de la enfermedad , adherencia a tratamiento y cumplimiento psicofarmacológico
- Prevenir recaídas
- Mejorar el funcionamiento social y la adaptación de los pacientes.
- Disminuir la vulnerabilidad del paciente ante situaciones de estrés.

Al ser las drogas (en muchas ocasiones) factores etiopatogénicos de trastornos mentales o de su exacerbación de los síntomas se debe encaminar desde el principio al paciente hacia la abstinencia.

B) Deterioro Cognitivo

Definición de la población:

Personas con abuso o dependencia del alcohol y/o de otras drogas, que tienen una edad avanzada, con largas historias de consumo, múltiples recaídas y tratamientos prolongados que, si bien consiguen llegar a una situación de estabilidad, han logrado

pocos cambios significativos en su proceso de normalización e integración social. La droga principal de abuso suele ser el alcohol y /o los opiáceos.

Intervención psicoterapéutica centrada en.

- Aprendizaje de estrategias básicas para prevenir recaídas y en caso de consumo, conductas a adoptar para la reducción del daño.
- Mejora de la calidad de vida
- Mantenimiento y ejercitación de las capacidades cognitivas conservadas.
- Desarrollo de habilidades sociales básicas.

C) Población sin hogar

Definición de la Población

Personas con problemas de abuso o dependencia del alcohol y de otras drogas con grave riesgo de exclusión social y carencia de medios para cubrir necesidades básicas: alojamiento, alimentación, vestido, desarraigo familiar y social, etc.

Intervención Psicoterapéutica centrada en:

- mejora de la autoestima,
- motivación para el cambio
- recuperación de los vínculos familiares y/o sociales

D) Población menor de 25 años (*)

Intervención psicoterapéutica centrada en:

- el desarrollo de factores de protección, determinantes para la confirmación de su identidad (autoestima, autoconocimiento, presión de grupo, gestión de conflictos).
- La mejora de la funcionalidad familiar y su implicación en el tratamiento del adolescente o joven.
- Prioridad de la intervención grupal:
 - La intervención grupal se entiende como la actuación básica con esta población ya que a través del sentido de pertenencia y la identificación con sus pares se consigue que el joven aumente su motivación y adhesión al tratamiento así como su capacidad de escucha y aprendizaje entre iguales.
 - Las sesiones de terapia grupal desde el área psicológica deben trabajar al menos estos aspectos:
 - Información sobre efectos y consecuencias de las sustancias de consumo, corrigiendo falsas creencias y mitos existentes en este grupo de población.
 - Autoestima.
 - Autonomía.
 - Comportamiento y comunicación asertivos (presión de grupo y toma de decisiones).
 - Competencia social (relaciones interpersonales con los pares y figuras normativas: padres, profesores, etc.)

- Manejo de la impulsividad (la norma y el límite como formas externa e interna de contención).
- Sexualidad: concepto amplio, riesgos de las practicas sexuales y sexo seguro.
- Motivación y apoyo para la incorporación posterior a actividades de carácter educativo, cultural y/o de capacitación laboral.

()Ver Protocolo específico de intervención elaborado por el Instituto de Adicciones de Madrid Salud*

E) Mujeres en especial situación de vulnerabilidad

Definición de la población:

Mujeres que presentan abuso o dependencia de alcohol y/o de otras drogas y que se ven afectadas por otras situaciones de riesgo a nivel individual, familiar o social.

Intervención psicoterapéutica:

Teniendo en cuenta la perspectiva de género y las especiales necesidades de las mujeres en el diseño del tratamiento, la intervención psicoterapéutica se centra en:

- Las actitudes psicológicas negativas frente a su rehabilitación:
 - inseguridad
 - baja autoestima
 - temor a la estigmatización
 - ansiedad
 - codependencia afectiva
 - sentimientos de culpa y vergüenza
- Aspectos concretos como :
 - prevención o tratamiento de la violencia de género,
 - sexualidad
 - salud reproductiva
 - rol materno
- La expresión de temores y emociones, la comunicación y el intercambio de experiencias entre ellas

6.5.5.-EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

La evaluación de la intervención se lleva a cabo en las reuniones semanales que el equipo multiprofesional mantiene para el seguimiento conjunto de los pacientes y la revisión correspondiente de sus tratamientos, ajustando y/o modificando aquellos aspectos que se consideren pertinentes. En estas reuniones cada profesional aporta datos sobre la consecución de los objetivos específicos de su área de trabajo (médica, psicológica, social ocupacional) consensuados con el paciente. En función de ellos se deciden las derivaciones a otros recursos de apoyo al tratamiento o a la reinserción, el

tipo de atención familiar que se va a realizar, la incorporación del paciente a los grupos terapéuticos.

Se revisan así mismo las evaluaciones realizadas al comienzo del tratamiento en los diversos ejes. En el área psicológica, especialmente en lo referente a los aspectos psicopatológicos, emocionales/relacionales y cognitivos, muy influenciados por el consumo.

La finalización del tratamiento se realizará atendiendo a los siguientes criterios:

- A petición del paciente: objetivos parcialmente cumplidos.
- Consecución del mantenimiento en la abstinencia, según criterios de DSMIVR de “remisión total sostenida de la dependencia” (no cumple criterios de abuso/ dependencia durante un periodo igual o mayor de 12 meses)
- Consecución de los objetivos consensuados con el paciente: alta terapéutica

The background features a vertical split. The left side is composed of several overlapping, wavy, semi-transparent blue shapes of varying shades, creating a layered effect. The right side is composed of several overlapping, wavy, semi-transparent grey shapes of varying shades, also creating a layered effect. The overall composition is modern and minimalist.

Anexos

7.-ANEXOS

7.1.-MARCO TEÓRICO

En los objetivos recogidos en este protocolo está la necesidad de aunar criterios comunes de intervención que contemplen las diferentes orientaciones y escuelas. Desde esta perspectiva uno de los planteamientos teóricos más aceptados y con mayor nivel de evidencia, el Modelo Transteórico de Cambio de Prochaska y DiClemente (1992) pone en valor las aportaciones que las distintas escuelas y orientaciones teóricas en el ámbito de la Psicología hacen en el tratamiento de las drogodependencias y en el cambio motivacional del paciente y facilita el trabajo de los equipos interdisciplinarios, ya que da cabida al papel desempeñado por los diferentes miembros del equipo terapéutico en la consecución de los objetivos de cambio.

7.1.1. Resumen del Modelo Transteórico de Cambio de Prochaska y DiClemente

El modelo se fundamenta en la premisa básica de que el cambio comportamental es un proceso y que las personas tienen diversos niveles de motivación, de intención de cambio. Los pacientes que demandan tratamiento parten de predisposiciones diferentes y no siempre adecuadas para poder iniciar y mantener cambios en su conducta adictiva, analizando los aspectos motivacionales de la misma. Explica cómo la motivación cambia a lo largo del tiempo y cómo esto es importante para evaluar la disposición para el cambio.

El modelo explica el cambio espontáneo o inducido del comportamiento de los individuos según cinco variables o constructos teóricos intervinientes: estadios del cambio, procesos de cambio, balance decisorio, tentación y auto-eficacia (Prochaska & Velicer, 1997).

ESTADIOS DE CAMBIO: El Modelo utiliza una dimensión temporal, las etapas del cambio (Prochaska & Velicer, 1997), para integrar los procesos y principios explicativos del cambio comportamental. Explica el cambio como la progresión a través de una serie de etapas que delimitan el momento en el que una persona está preparada para cambiar, teniendo en cuenta que el abandono de las conductas adictivas no sigue un curso de acción lineal (**Cuándo**)

- **Precontemplación:** No existe planteamiento de modificar la conducta ya que no son conscientes (o lo son minimamente), de que dicha conducta representa un problema., por lo que no acuden a tratamiento o si lo hacen es presionados por circunstancias ambientales; abandonando el cambio en cuanto disminuyen dichas presiones. No es consciente del problema. Los aspectos gratificantes que obtiene a través del consumo de drogas son percibidos como mayores que los aversivos.
 - No piensan seriamente en cambiar (al menos en los próximos 6 meses)
 - No están informados o muy poco de las consecuencias de las conductas adictivas
 - Desmoralizados respecto a su capacidad de cambiar y no quieren pensar en ello
- **Contemplación:** Conciencia de que existe un problema considerando seriamente la posibilidad de cambiar, pero sin haber desarrollado un compromiso firme de cambio. Aunque su actitud ante la adicción es

ambivalente, se encuentran más abiertos a la información sobre su comportamiento adictivo.

- Están pensando en cambiar seriamente a lo largo de los próximos 6 meses
- Más abiertos al feed-back y a la información sobre sus problemas y la manera de cambiarlos
- Pueden mostrarse ambivalentes en relación al coste-beneficio de sus conductas adictivas
- Sustituyen la actuación por la acción de pensar
- **Preparación:** Etapa en la que el adicto toma la decisión y se compromete a abandonar su conducta adictiva, realizando algunos pequeños cambios conductuales (disminución de dosis, por ejemplo) aunque dichos cambios no cumplan el criterio (abstinencia, por ejemplo) para considerar que se encuentra en la fase de actuación.
 - Preparados para actuar con intención de empezar al mes siguiente
 - Han dado algunos pasos como: reducir consumo o intentos de dejarlo durante el año anterior.
- **Acción:** Etapa en la que el individuo cambia, con o sin ayuda especializada, su conducta y el estilo de vida asociado con el objetivo de superar su adicción. Esta etapa requiere un compromiso importante, además de una considerable dedicación de tiempo y energía, implicando los cambios conductuales más manifiestos.
 - Se produce abiertamente la modificación de la conducta adictiva
 - Suspensión del consumo
- **Mantenimiento:** El individuo trata de conservar y consolidar los cambios realizados en la etapa anterior, intentando prevenir una posible recaída
- **Recaída**

PROCESOS DE CAMBIO: Los procesos de cambio (Prochaska Velicer, 1997) son estrategias y técnicas cognitivas, afectivas, experienciales y comportamentales que las personas usan regularmente para cambiar su conducta. Representan los principios básicos que diversos y reconocidos sistemas de psicoterapia señalan como responsables de cambios comportamentales de los individuos. Los procesos de cambio explican cómo se va incrementando el nivel de predisposición al cambio y qué actividades lleva a cabo

NIVELES DE CAMBIO: El Modelo plantea cinco niveles de intervención que siguen una organización jerárquica y se encuentran interrelacionados de modo que los cambios en uno de ellos repercuten en los restantes niveles.

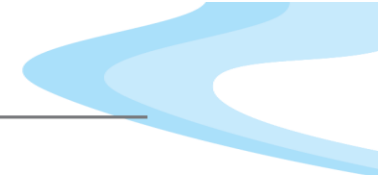
Los niveles son:

- Síntoma/situación
- Cogniciones desadaptativas
- Conflictos interpersonales actuales
- Conflictos sistémicos/familiares
- Conflictos intrapersonales

BALANCE DECISORIO: El balance decisorio (Prochaska Velicer, 1997) refleja el peso relativo que el individuo otorga a pros y a contras de cambiar su comportamiento de riesgo para la salud. La investigación acumulada respecto de este constructo permitió la simplificación de las dimensiones del balance decisorio en pros o beneficios y contras o costos de cambiar

7.1.2.-Estrategias psicoterapéuticas según el momento de cambio ¿cómo?

PROCESOS DE CAMBIO	PRECONTEMPACIÓN	CONTEMPLACIÓN	PREPARACIÓN	ACCIÓN	MANTENIMIENTO	
	AUMENTO DE LA CONCIENCIACIÓN: intensificación del procesamiento de información respecto a la problemática asociada a la conducta adictiva y a los beneficios. de modificarla					
	Reevaluación ambiental: valoración de impacto de la conducta adictiva sobre el comportamiento interpersonal y sobre las personas significativas del individuo, así como en el reconocimiento de los beneficios para dichas relaciones derivados de la modificación de la conducta adictiva					
	Alivio por dramatización: Experimentación y expresión de relaciones emocionales provocadas por la observación y/o advertencias de los aspectos negativos asociados a la conducta adictiva.					
			Autoreevaluación: valoración afectiva y cognitiva del impacto de la conducta adictiva en los valores y autoconcepto del adicto y en el reconocimiento de la mejoría que representa para su vida el abandono del hábito adictivo.			
				Autoliberación: Representa un compromiso personal y un aumento de percepción de la propia capacidad para decidir y elegir, y requiere por tanto la creencia de que uno mismo es un elemento esencial en el cambio de la conducta adictiva, ya que se poseen, o se pueden adquirir las habilidades necesarias para cambiar.		
				Liberación social: toma de conciencia de la representación social de la conducta adictiva, y de la voluntad social de combatirla mediante el aumento de alternativas adaptativas disponibles, por lo que implica también un aumento en la capacidad del adicto para decidir y escoger nuevos cursos de acción.		
				Manejo de contingencias: estrategia conductual que aumenta la probabilidad de que una determinada conducta relacionada con el cambio ocurra. Consiste por tanto, en el auto y/o heteroreforzamiento de dichas conductas.		
				Relaciones de ayuda: Representa la existencia y utilización del apoyo social que pueda facilitar el cambio de la conducta adictiva.		
					Contracondicionamiento: modificación de la respuesta elicitada por los estímulos condicionados asociados, generando y desarrollando conductas alternativas.	
				Control de estímulos: evitación de la exposición a situaciones de alto riesgo asociadas a la realización de la conducta adictiva.		



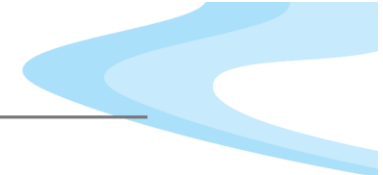
7.1.3 Niveles de intervención ¿qué?-

NIVELES DE CAMBIO	SÍNTOMA/SITUACIÓN	Identificar y Actuar sobre los síntomas y las situaciones que generan esos síntomas
	COGNICIONES DESADAPTATIVAS	Identificar y Actuar sobre las creencias irracionales disfuncionales.
	CONFLICTOS INTERPERSONALES ACTUALES	Identificar y Actuar sobre los circuitos de interacción en las relaciones
	CONFLICTOS SISTÉMICOS/FAMILIARES	Identificar y Actuar a nivel de los "patrones" familiares
	CONFLICTOS INTRAPERSONALES	Identificar y Actuar en la problemática intrapsíquica , ya sea su estructura psíquica, mecanismos defensivos o impulsos

7.1.4.- Objetivos y estrategias en función de los estadios de cambio.

Las técnicas e instrumentos psicoterapéuticos más utilizadas en el tratamiento de las adicciones son.

TERAPIAS	COMPONENTES Y ESTRATEGIAS
CONDUCTUALES Y COGNITIVO- CONDUCTUALES	<ul style="list-style-type: none"> • Entrenamiento en habilidades sociales y de afrontamiento • Manejo de contingencias • Exposición a señales • Prevención de recaídas • Detección de pensamiento • Entrenamiento en habilidades sociales • Entrenamiento en solución de problemas y toma de decisiones • Reestructuración cognitiva
HUMANISTAS	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista y Terapia Motivacional • Imaginación guiada
PSICODINÁMICAS	<ul style="list-style-type: none"> • Terapia de soporte expresivo • Terapia interpersonal • Focalización • Confrontación • Clarificación • Señalamiento • Escucha y validación enfática • Análisis de la transferencia • Interpretación focalizada y cribada • Elaboración • Dramatizaciones
TERAPIAS CENTRADAS EN LA FAMILIA	<ul style="list-style-type: none"> • Terapia familiar multisistémica • Terapia familiar breve estratégica • Terapia familiar multidimensional • Terapia conductual familiar y de pareja



Desde la perspectiva del modelo transteórico, los principales objetivos y estrategias en función de las diferentes etapas de cambio serían los siguientes:

PREPARACIÓN	
<p>En la motivación del paciente se han producido avances en relación a las etapas anteriores, bien como consecuencia de la intervención terapéutica, bien por la autorregulación y producción del propio paciente. Empieza a tomar la decisión de trabajar para conseguir la abstinencia, comienza a realizar cambios y nuestra intervención debe ir encaminada a conseguir los siguientes objetivos:</p>	
OBJETIVOS	ESTRATEGIAS
<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar la capacidad de elegir y tomar decisiones, desde la creencia de que uno mismo es un elemento esencial en el proceso de cambio. • Incrementar su capacidad de valoración afectiva y cognitiva de la conducta adictiva en torno a cómo afecta esa conducta a sus valores y manera de ser, así como también en lo relativo a los beneficios que se derivarían del abandono de la conducta adictiva. • Facilitar el establecimiento de compromisos con el cambio y con el tratamiento en aquellas áreas en las que si sea posible asumir este compromiso. • Incrementar sus expectativas positivas de cambio, su percepción de autoeficacia • Identificar barreras para el tratamiento, y facilitar la reducción y/o eliminación de las mismas • Mejorar las relaciones funcionales de apoyo • Conseguir la implicación familiar para apoyar y refuercen el cambio 	<ul style="list-style-type: none"> • Balance Decisional • Clarificación de valores. El objetivo de la técnica es que el paciente defina sus valores así como las cosas que más valora en la vida, para analizar la discrepancia con el consumo de drogas • Promover el apoyo familiar

ACCIÓN

El estadio de acción hace referencia a los 6 primeros meses de cambio

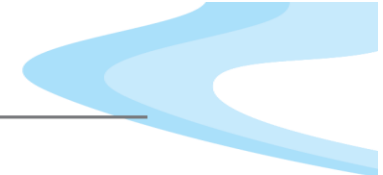
Este estadio se caracteriza porque es en el que deja de consumir. Dependiendo de la valoración interdisciplinar la abstinencia la puede conseguir o bien en régimen cerrado (Unidad de desintoxicación hospitalaria) o bien de manera ambulatoria con o sin apoyo farmacológico.

OBJETIVOS	ESTRATEGIAS
<ul style="list-style-type: none"> • Conseguir la abstinencia a la sustancia por la que demanda tratamiento • Iniciar cambios en el estilo de vida que favorezcan la abstinencia • Abandonar/ disminuir consumo de otras sustancias que dificulten la abstinencia • Toma de conciencia de la función que cumple la adicción en la subjetividad del paciente 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrenamiento en habilidades de auto-observación • Entrenar en la detección de los antecedentes y consecuencias que facilitan el consumo para poder evitar, enfrentar o modificar así como desarrollar estrategias efectivas y alternativas al consumo de sustancias, ante los riesgos • Análisis intrapersonal de la funcionalidad emocional de su adicción • Entrenar en evitar, escapar o modificar las situaciones, actividades y personas asociadas al consumo y que suponen una situación de riesgo. • Entrenar en el manejo del deseo de consumo • Promover el apoyo familiar • Buscar apoyos sociales no relacionados con el consumo • Reforzar el compromiso • Reforzar todos los cambios que está realizando.

MANTENIMIENTO

En este estadio se consolidan y generalizan los cambios iniciados, tanto en relación con la abstinencia, como con el nuevo estilo de vida.

OBJETIVOS	ESTRATEGIAS
<ul style="list-style-type: none"> • Reequilibrar el estilo de vida • Aprender a identificar qué situaciones, pensamientos y/o estados emocionales pueden acercar al consumo posibilitando una recaída y cómo afrontarlos adecuadamente utilizando determinadas técnicas • Avanzar en la comprensión y elaboración de la conflictiva emocional que ha propiciado su adicción 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrenamiento en habilidades de auto-observación • Entrenamiento en la detección y manejo de las decisiones aparentemente irrelevantes • Profundizar en el análisis personal de la funcionalidad emocional de su adicción en el ámbito intra e intersubjetivo



<ul style="list-style-type: none"> • Aprender a enfrentarse a una recaída antes y después de que se produzca un consumo • Potenciar habilidades de auto-motivación y auto-refuerzo • Reforzar y potenciar sus sentimientos de Autoestima y Auto-eficacia • Si se detectan alteraciones psicopatológicas tras consolidación de abstinencia, facilitar la comprensión del paciente de su multiproblemática y funcionalidad • Potenciar e incrementar las fortalezas de los paciente • Adecuar su capacidad de autoregulación emocional . • Mejorar sus habilidades de comunicación • Mantener los cambios iniciados en las diferentes áreas, generalizar esos cambios a otras situaciones o áreas, reforzar las nuevas estrategias de afrontamiento no adictivas 	
--	--

RECAÍDA	
<p>Ocurre cuando las estrategias de cambio utilizadas fracasan en estabilizar al adicto en su situación de acción y mantenimiento del cambio. Provoca un retroceso a estadios previos.</p>	
OBJETIVOS	ESTRATEGIAS
<ul style="list-style-type: none"> • Conseguir la abstinencia a la sustancia por la que demanda tratamiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Reforzar la estrategia de solicitar apoyo y acompañamiento terapéutico • Manejo de las secuelas emocionales y distorsiones cognitivas derivadas de la recaída (Efecto de Violación de la abstinencia) • Análisis de la recaída. Detección de claves personales y del entorno que han facilitado el consumo. Funcionalidad y beneficios secundarios desde la subjetividad del paciente. • Cambios en el entorno necesarios para restablecer la abstinencia. Control estimular. Acompañamiento. • Valorar y negociar objetivos y alternativas terapéuticas • Reforzar estrategias y fortalezas, • Potenciar auto-refuerzo, autoestima y auto-eficacia debilitada

7.2.-VALORACIÓN PSICOLÓGICA: Hª Psicológica

A la hora de llevar a cabo la evaluación psicológica, como hemos visto, es necesario valorar:

- El nivel de gravedad de la conducta adictiva
- Los trastornos psicopatológicos. Trastornos mentales de los ejes I y II distintos al trastorno de abuso o dependencia de sustancias.
- El estado psicológico del individuo.
- El estado neuropsicológico.
- La evaluación de los estadios de cambio.

Hª Psicológica

1. MOTIVO DE CONSULTA	2. SITUACIÓN FRENTE AL TRATAMIENTO	3. CONSUMO DE SUSTANCIAS	4. PSICO-BIOGRAFÍA	5. RELACIONES FAMILIARES	6. RELACIONES SOCIALES	7. EVALUACIÓN DE OTRAS ÁREAS	8. DIAGNÓSTICO	9. OBJETIVOS	10. RESUMEN
-----------------------	------------------------------------	--------------------------	--------------------	--------------------------	------------------------	------------------------------	----------------	--------------	-------------

Motivo actual por el que acude a consulta explicitado por el paciente (*Espacio literal*)

Circunstancias actuales especiales (Por qué en este momento, qué ha cambiado, qué circunstancia nueva le hace dar el paso) (*Espacio literal*)

Hipótesis del entrevistador sobre motivaciones no explícitas (*Desplegable con posibilidad de selección múltiple*)

- Conflicto interpersonal.
- Presión social.
- Ambientes propicios
- Estados emocionales negativos.
- Estados físicos negativos.
- Estados emocionales positivos

LITERAL

1. MOTIVO DE CONSULTA	2. SITUACIÓN FRENTE AL TRATAMIENTO	3. CONSUMO DE SUSTANCIAS	4. PSICOBIOGRAFÍA	5. RELAC. FAMILIARES	6. RELAC SOCIALES	7. EVALUACIÓN DE OTRAS ÁREAS	8. DIAGNÓSTICO	9. OBJETIVOS	10. RESUMEN
-----------------------	---	--------------------------	-------------------	----------------------	-------------------	------------------------------	----------------	--------------	-------------

Grado de autoconciencia del problema adictivo (Según concepto de disposición hacia el cambio de Prochaska y Di Clemente). *(Desplegable con posibilidad de una sola elección)*

- No es consciente de que el consumo representa un problema. No se plantea modificar su conducta. Acude presionado por elementos ambientales (precontemplación).
- Comienza a plantearse la posibilidad de abandonar, reducir, controlar el consumo, pero se muestra ambivalente (contemplación).
- Ha tomado la decisión de abandonar, reducir o controlar el consumo y asume algún compromiso para realizar cambios en ese sentido (preparación).
- Tiene un firme compromiso de cambio de la conducta adictiva y está llevando a cabo estrategias de acción para conseguirlo (acción).
- Reafirma y consolida los cambios conseguidos en el estadio anterior e intenta prevenir el retorno a estadios anteriores (mantenimiento)
- Le han fallado las estrategias aprendidas para manejar las posibles situaciones de riesgo. Esto provoca la vuelta a estadios previos: Acción, preparación, contemplación, precontemplación. (Recaída)

Expectativas sobre el tratamiento *(Desplegable con posibilidad de selección múltiple)*

- Desintoxicación:
 - Abstinencia a todo tipo de sustancias (incluido el tabaco)
 - Abstinencia a la sustancia o sustancias que identifica como problema
- Disminución dosis, control del consumo, cambio de vía de administración
- Dispensación de agonistas
- Obtención de otros fármacos
- Tratamiento médico (mejora de su situación de salud)
- Tratamiento psicológico
- Apoyo social
- Ingreso en C Terapéutica o en recurso convivencial urbano
- Apoyo en la búsqueda de empleo
- Apoyo en problemas legales
- Otros, cuales

1. MOTIVO DE CONSULTA	2. SITUACIÓN FRENTE AL TRATAMIENTO	3. CONSUMO DE SUSTANCIAS	4. PSICO-BIOGRAFÍA	5. RELAC. FAMILIARES	6. RELAC SOCIALES	7. EVALUACIÓN DE OTRAS ÁREAS	8. DIAGNÓSTICO	9. OBJETIVOS	10. RESUMEN
-----------------------	------------------------------------	--------------------------	--------------------	----------------------	-------------------	------------------------------	----------------	--------------	-------------

- **Consumo actual**
 - NO
 - SI

- **Forma de consumo (Desplegable con posibilidad de una sola elección)**
 - Solo
 - Acompañado (CON QUIEN – LITERAL)

- **Lugar (literal)**

• Motivación para el consumo	<u>INICIO</u>	<u>MANTENIMIENTO</u>	<u>RECAIDAS</u>
Conflicto interpersonal.			
Presión social.			
Ambientes propicios			
Estados emocionales negativos.			
Estados físicos negativos.			
Deseos y tentaciones.			
Prueba de control personal			
Estados emocionales positivos.			

LITERAL



1. MOTIVO DE CONSULTA	2. SITUACIÓN FRENTE AL TRATAMIENTO	3. CONSUMO DE SUSTANCIAS	4. PSICO-BIOGRAFÍA	5. RELAC. FAMILIARES	6. RELAC SOCIALES	7. EVALUACIÓN DE OTRAS ÁREAS	8. DIAGNÓSTICO	9. OBJETIVOS	10. RESUMEN
-----------------------	------------------------------------	--------------------------	--------------------	----------------------	-------------------	------------------------------	----------------	--------------	-------------

Acontecimientos significativos en la vida del paciente

	3 ÚLTIMOS MESES	ÚLTIMO AÑO	A LO LARGO DE LA VIDA
<input type="checkbox"/> NO			
<input type="checkbox"/> SI (Desplegable con posibilidad de elección múltiple)			
<input type="radio"/> Pérdidas o duelos importantes	_____	_____	_____
<input type="radio"/> Rupturas/abandonos	_____	_____	_____
<input type="radio"/> Enfermedades importantes	_____	_____	_____
<input type="radio"/> Intervenciones quirúrgicas o ingresos hospitalarios con importante capacidad de influencia sobre el paciente	_____	_____	_____
<input type="radio"/> Violencia familiar o maltrato	_____	_____	_____
<input type="radio"/> Abuso sexual	_____	_____	_____
<input type="radio"/> Desarraigo (por inmigración u otros motivos)	_____	_____	_____
<input type="radio"/> Jubilación o invalidez	_____	_____	_____
<input type="radio"/> Otros (cuales) (LITERAL)	_____	_____	_____

1. MOTIVO DE CONSULTA	2. SITUACIÓN FRENTE AL TRATAMIENTO	3. CONSUMO DE SUSTANCIAS	4. PSICO-BIOGRAFÍA	5. FAMILIA	6. RELAC SOCIALES	7. EVALUACIÓN DE OTRAS ÁREAS	8. DIAGNÓSTICO	9. OBJETIVOS	10. RESUMEN
-----------------------	------------------------------------	--------------------------	--------------------	------------	-------------------	------------------------------	----------------	--------------	-------------

RELACIONES FAMILIARES

- **Padre** *(Desplegable con posibilidad de una sola elección)*
 - Satisfactorias
 - Insatisfactorias
 - Muy problemáticas (conflictos graves, violencia verbal o física, situaciones de maltrato o abuso...)
 - No existe relación
 - Otras situaciones (cuales) (LITERAL)

- **Madre** *(Desplegable con posibilidad de una sola elección)*
 - Satisfactorias (Espacio libre en todos los subapartados)
 - Insatisfactorias
 - Muy problemáticas (conflictos graves, violencia verbal o física, situaciones de maltrato o abuso...)
 - No existe relación
 - Otras situaciones (cuales) (LITERAL)

- **Hermanos o hermanas** *(Desplegable con posibilidad de una sola elección)*
 - Satisfactorias (Espacio libre en todos los subapartados)
 - Insatisfactorias
 - Muy problemáticas (conflictos graves, violencia verbal o física, situaciones de maltrato o abuso...)
 - No existe relación

- **Hijos o hijas** *(Desplegable con posibilidad de una sola elección)*
 - Satisfactorias (Espacio libre en todos los subapartados)
 - Insatisfactorias
 - Muy problemáticas (conflictos graves, violencia verbal o física, situaciones de maltrato o abuso...)
 - No existe relación
 - Otras situaciones (cuales) (LITERAL)

- **Pareja** *(Desplegable con posibilidad de una sola elección)*
 - Satisfactorias (Espacio libre en todos los subapartados)
 - Insatisfactorias
 - Muy problemáticas (conflictos graves, violencia verbal o física, situaciones de maltrato o abuso...)
 - No existe relación
 - Otras situaciones (cuales) (LITERAL)

- **Otros miembros significativos de la unidad familiar** *(Desplegable con posibilidad de una sola elección)*
 - Satisfactorias (Espacio libre en todos los subapartados)
 - Insatisfactorias
 - Muy problemáticas (conflictos graves, violencia verbal o física, situaciones de maltrato o abuso...)
 - No existe relación
 - Otras situaciones (cuales) (LITERAL)

Significado del consumo en la familia

- **Identificación de la función del consumo:** El paciente es capaz de identificar para qué le sirve el consumo, qué función juega en la dinámica y estructura de la familia *Desplegable con posibilidad de una sola elección*
 - Casi siempre (mas del 80% de las veces)
 - Con bastante frecuencia (entre el 50% y el 79%)
 - Con poca frecuencia (entre el 25% y el 49%)
 - Casi nunca (menos del 25% de las veces)

- **Generación de alternativas:** Es capaz de utilizar conductas saludables / adaptativas diferentes al consumo *Desplegable con posibilidad de una sola elección*
 - Casi siempre (mas del 80% de las veces)
 - Con bastante frecuencia (entre el 50% y el 79%)
 - Con poca frecuencia (entre el 25% y el 49%)
 - Casi nunca (menos del 25% de las veces)

Afrontamiento de crisis Capacidad de la familia para afrontar las crisis con cohesión y adaptabilidad Desplegable con posibilidad de una sola elección)

- Casi siempre (mas del 80% de las veces)
- Con bastante frecuencia (entre el 50% y el 79%)
- Con poca frecuencia (entre el 25% y el 49%)
- Casi nunca (menos del 25% de las veces)

Otros aspectos importantes a destacar en las relacione familiares (Espacio literal)

1.MOTIVO DE CONSULTA	2. SITUACIÓN FRENTE AL TRATAMIENTO	3. CONSUMO DE SUSTANCIAS	4. PSICO-BIOGRAFÍA	5. RELAC. FAMILIARES	6. RELAC SOCIALES	7. EVALUACIÓN DE OTRAS ÁREAS	8. DIAGNÓSTICO	9. OBJETIVOS	10. RESUMEN
----------------------	------------------------------------	--------------------------	--------------------	----------------------	-------------------	------------------------------	----------------	--------------	-------------

▪ **Estilo relacional:** Actitudes personales que mantiene en su modo de relacionarse (*Desplegable con posibilidad de una sola elección*)

- Mantiene habitualmente una actitud asertiva
- A veces mantiene una actitud asertiva
- Actitud pasiva (no se expresa habitualmente)
- Actitud

• **Capacidad para establecer y mantener relaciones sociales satisfactorias** (*Desplegable con posibilidad de una sola elección*)

- Tiene facilidad para establecer y mantener relaciones sociales satisfactorias
- Tiene facilidad para establecer relaciones sociales, pro no las mantiene
- No es capaz de establecer y mantener relaciones sociales satisfactorias

• **Conflictividad social y relacional** (*Desplegable con posibilidad de una sola elección*)

- No suele tener conflictos ni comportamientos violentos en sus relaciones (familiares, sociales, laborales,etc).
- Agresividad verbal ocasional pero sin antecedentes de actos de violencia.
- Violencia verbal y física ocasional
- Ha tenido denuncias por amenazas o agresiones físicas o verbales o por participar en agresiones o robos.
- Tiene antecedentes por delitos graves (asesinatos, violaciones, etc)

AÑADIR 3.1. EJE SOCIORRELACIONAL

LITERAL

1. MOTIVO DE CONSULTA	2. SITUACIÓN FRENTE AL TRATAMIENTO	3. CONSUMO DE SUSTANCIAS	4. PSICO-BIOGRAFÍA	5. RELAC. FAMILIARES	6. RELAC SOCIALES	7. EVALUACIÓN DE OTRAS ÁREAS	8. DIAGNÓSTICO	9. OBJETIVOS	10. RESUMEN
-----------------------	------------------------------------	--------------------------	--------------------	----------------------	-------------------	------------------------------	----------------	--------------	-------------

Evaluación de las funciones cognitivas,

- ❖ **Alteraciones del pensamiento:** Presencia de síntomas (ideas delirantes, delirios) y gravedad de los mismos *(Desplegable con posibilidad de una sola elección)*
 - Síntomas ausentes
 - Leve (ideas delirantes simples y ocasionales)
 - Moderado (delirio bien sistematizado y/o que condiciona la intervención. El sujeto manifiesta algún nivel de conciencia de su delirio)
 - Grave (delirio bien sistematizado y/o que condiciona la intervención. El sujeto no hace crítica)

- ❖ **Alteraciones de la percepción:** Presencia de síntomas (alucinaciones) y gravedad de los mismos *(Desplegable con posibilidad de una sola elección)*
 - Síntomas ausentes
 - Presencia de alucinaciones ocasionales
 - Presencia persistente de alucinaciones
 - Presencia de más de una modalidad sensorial de alucinación y que condiciona de forma importante el tratamiento

LITERAL

- ❖ **Afectación de las capacidades cognitivas del paciente y de su funcionalidad.** *(Desplegable con posibilidad de una sola elección)*
 - Ausencia de deterioro o funciones cognitivas conservadas
 - Deterioro específico de carácter leve de alguna de las capacidades cognitivas o deterioro leve generalizado, que interfiere pero no compromete la funcionalidad del paciente
 - Deterioro específico de carácter grave de alguna de las capacidades cognitivas o deterioro moderado generalizado, que compromete la funcionalidad del paciente.
 - Deterioro severo de las capacidades cognitivas, que compromete seriamente la funcionalidad del paciente
 - Se detectan problemas en:** *(Desplegable con posibilidad de elección múltiple)*
 - Conciencia, concentración, atención
 - Memoria
 - Orientación y percepción
 - Lenguaje
 - Capacidad de planificación y de toma de decisiones
 - Capacidad intelectual
 - Aptitudes
 - Otras

Evaluación de la afectividad y las emociones

- ❖ **Emociones predominantes** *(Desplegable con posibilidad de elección múltiple)*
 - Presencia de síntomas de alteración del estado de ánimo : Presencia de síntomas de alteración del estado de ánimo más o menos invalidantes para la funcionalidad del paciente. *(Desplegable con posibilidad de una sola elección)*
 - Estado eutímico y ausencia de episodios previos de trastornos el estado de ánimo
 - Antecedentes de episodio de trastorno del estado de ánimo, que hayan requerido intervención terapéutica y/o presencia actual de síntomas que generan malestar pero que no interfieren en la funcionalidad del paciente
 - Presencia de síntomas que dificultan la funcionalidad y que requieren intervención terapéutica
 - Presencia de síntomas invalidantes para la funcionalidad del paciente y que requieren intervención terapéutica
 - Presencia de síntomas de ansiedad; Presencia de síntomas patológicos de ansiedad más o menos invalidantes para la funcionalidad del paciente. *(Desplegable con posibilidad de una sola elección)*
 - Ausencia de ansiedad patológica
 - Presencia de síntomas que generan malestar pero que no interfieren en la funcionalidad del paciente
 - Presencia de síntomas que dificultan la funcionalidad y que requieren intervención terapéutica
 - Presencia de síntomas invalidantes para la funcionalidad del paciente y que requieren intervención terapéutica
 - Labilidad emocional
 - Indiferencia afectiva
 - Otras (cuales)

LITERAL

Intentos previos de suicidio Entendiendo el “intento” como un acto demostrado, con intencionalidad de muerte, que ha requerido algún tipo de intervención para evitarla. *Desplegable con posibilidad de una sola elección*

- Ausencia de ideación autolítica actual y de antecedentes de intentos autolíticos
- Ausencia de ideación suicida actual pero presencia de antecedentes de intentos autolíticos
- Presencia actual de ideas autolíticas no estructuradas, no persistentes, con o sin antecedentes
- Presencia de ideación actual planificada y persistente o intento autolítico reciente (en el último mes), con o sin antecedentes

LITERAL

Evaluación de la personalidad: entendida como repertorio estable de conductas. Se detectan problemas en : *(desplegable con posibilidad de elección múltiple)*

- Autoestima
- Percepción de autoeficacia
- Tolerancia a la frustración
- Regulación y manejo de emociones
- Locus de control

LITERAL

Evaluación de las funciones psicofisiológicas. Se detectan problemas en: *(Desplegable con posibilidad de elección múltiple)*

- Sueño
- Alimentación
- Respuesta psico-sexual
- Dolor y quejas somáticas
- Otros

LITERAL

1. MOTIVO DE CONSULTA	2. SITUACIÓN FRENTE AL TRATAMIENTO	3. CONSUMO DE SUSTANCIAS	4. PSICO-BIOGRAFÍA	5. RELAC. FAMILIARES	6. RELAC SOCIALES	7. EVALUACIÓN DE OTRAS ÁREAS	8. DIAGNÓSTICO	9. OBJETIVOS	10. RESUMEN
-----------------------	------------------------------------	--------------------------	--------------------	----------------------	-------------------	------------------------------	-----------------------	--------------	-------------

Diagnóstico categorial Eje I *(Desplegable con posibilidad de elección múltiple)*

- Delirium (F05.0)
- Demencia (F00xx)
- Trastornos amnésicos (F04)
- Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (F20)
- Trastornos del estado de ánimo (depresión)
- Trastorno de ansiedad
- Trastorno adaptativo
- Juego patológico (F63.09) (Trastorno de control de impulsos)
- Trastornos de alimentación
- Trastornos sexuales y de la identidad sexual
- Otros

Diagnóstico categorial Eje II *(Desplegable con posibilidad de elección múltiple)*

- Retraso Mental** *(Desplegable con posibilidad de única elección)*
 - Leve (F70.9)
 - Moderado (F71.9)
 - Grave (F72.9)
 - Profundo (F73.9)

- **Trastorno de personalidad (Desplegable con posibilidad de única elección)**
 - Trastorno paranoide de la personalidad (F60.0)
 - Trastorno esquizoide de la personalidad (F60.1)
 - Trastorno esquizotípico de la personalidad (F21)
 - Trastorno antisocial de la personalidad (F60.2)
 - Trastorno límite de la personalidad (F60.31)
 - Trastorno histriónico de la personalidad (F60.4)
 - Trastorno narcisista de la personalidad (F60.8)
 - Trastorno de la personalidad por evitación (F60.6)
 - Trastorno de la personalidad por dependencia (F60.7)
 - Trastorno obsesivo- compulsivo de la personalidad (F60.5)
 - Trastorno de la personalidad no especificado (F60.9)

LITERAL

7.3.-EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA

INSTRUMENTOS DIAGNÓSTICOS:

1. Para la evaluación del nivel de gravedad de la conducta adictiva y de los problemas durante la intoxicación o la abstinencia

- Clasificados en el DSM-IV-TR (APA,2000) dentro de la categoría de trastornos por consumo de sustancias y en la sección de trastornos inducidos por sustancias
- Alcohol
- Cocaína y estimulantes
- Opiáceos
- Cannabis

2. Evaluación de los trastornos psicopatológicos

Entrevistas clínicas

Pueden utilizarse de dos formas distintas: para confirmar o rechazar una hipótesis diagnóstica o administrarla de forma completa para garantizar una evaluación sistemática de todos los diagnósticos principales. Las más importantes se indican a continuación. Todas ellas cubren todos los trastornos mentales y del comportamiento del eje I y eje II.

- Entrevista Clínica Estructurada para trastornos del Eje I del DSM-IV (Structured Clinical Interview, SCID I; First, Spitzer, Gibbson y Williams, 1998a). Diagnóstico con criterios DSM-IV.
- Composite International Diagnostic Interview (CIDI; Robins et al., 1988). Diagnóstico con criterios CIE-10.
- Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN; Organización Mundial para la Salud, 1992). Diagnósticos con criterios CIE-10.
- Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders (PRISM; Hasin, Trautman, Miele, Samet, Smith y Endicott, 1996, adaptación en español de Torrens, Serrano, Astals, Pérez-Domínguez y Martín-Santos, 2004). Entrevista semiestructurada para detectar trastornos por uso de sustancias y otros trastornos mentales. Facilita el diagnóstico diferencial entre “primario” o “inducido por sustancias” ya que comienza por la historia del consumo de

drogas para obtener un cronograma de episodios de consumo y abstinencia en el que se intercala la información obtenida para otros trastornos.

Cuestionarios generales

- Cuestionario de 90 Síntomas Revisado (Symptom Check List Revised, SCL-90-R) (Derogatis, 2002). Evalúa nueve escalas sintomáticas (ansiedad, depresión, ansiedad fóbica, somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, hostilidad, ideación paranoide y psicoticismo) y también incluye tres índices globales de psicopatología.
- Cuestionario de Salud General (General Health Questionnaire, GHQ-28; Golberg y Hillier, 1979; validación española en Lobo, Pérez-Echeverría y Artal, 1986). Ofrece resultados en cuatro áreas: síntomas somáticos de origen psicológico, ansiedad/angustia, disfunción social y depresión.

Escalas específicas:

Depresión (no hacen diagnóstico del trastorno depresivo) las escalas más utilizadas son:

- Escala de Hamilton para la Depresión (Hamilton Rating Scale for Depression, HDRS; Hamilton, 1960). Consta de 17 ítems que ofrecen una puntuación global de la gravedad del cuadro depresivo y una puntuación en cada uno de sus cuatro factores: melancolía, ansiedad, sueño y vitalidad.
- Inventario para la Depresión de Beck II (Beck Depression Inventory II, BDI-II; Beck, Steer y Brown, 1996). Evalúa la presencia de sintomatología depresiva en las últimas dos semanas y cuantifica su intensidad. Consta de 21 ítems diferenciados en dos factores:
 - subescala afectiva (pesimismo, los errores del pasado, los sentimientos de culpa, los sentimientos de castigo, el no gustarse uno mismo, la autocrítica, los pensamientos suicidas y la inutilidad)
 - subescala somática (tristeza, pérdida de placer, llanto, agitación, pérdida de interés, indecisión, pérdida de energía, alteración de los patrones de sueño, irritabilidad, alteración del apetito, dificultad en concentrarse, cansancio y/o fatiga y pérdida de interés sexual).
- CET-DE, *cuestionario estructural tetradimensional para la depresión*. Diagnóstico, clasificación y seguimiento de la depresión. Nuevo enfoque en la clasificación de las depresiones: Establece cuatro dimensiones: Humor depresivo, Anergia o vaciamiento energético, discomunicación o falta de sociabilidad y Ritmopatía o distorsión de los ritmos biopsíquicos.
- IDER, *inventario de depresión Estado /Rasgo* Evaluación del componente afectivo de depresión: estado y rasgo. Los elementos de esta prueba aprecian tanto la presencia de depresión (distimia) como la ausencia de ésta (eutimia)

Ansiedad

- Escala de evaluación de la ansiedad de Hamilton (Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS; Hamilton, 1959). Evalúa ansiedad cognitiva y somática pero carece de baremos estandarizados. Todos los ítems son manifestaciones inespecíficas de ansiedad, no mostrándose útiles para evaluar un trastorno de ansiedad concreto.
- Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (Stait-Trait Anxiety Inventory, STAI; Spielberger, Gorsuch y Luchene, 1971). Evalúa únicamente síntomas psicológicos relacionados con la ansiedad pero es uno de los más utilizados principalmente por su brevedad, fácil corrección y por disponer de baremos estandarizados para poder comparar al sujeto con su grupo normativo.

Psicosis

- Escala Breve de Valoración Psiquiátrica (Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS; Overall y Gorhan, 1962). Permite realizar evaluaciones rápidas y altamente eficientes de los cambios producidos en los síntomas de las personas con este trastorno. Actualmente se utiliza preferentemente como una medida de la gravedad e incluso de subtipificación (positivo o negativo) del trastorno esquizofrénico.
- Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia (Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS; Kay, Fiszbein y Oplercols, 1987). Clasifica el trastorno esquizofrénico en positivo, negativo o mixto y evalúa la gravedad del síndrome positivo, del negativo y de la patología general del trastorno.

Riesgo autolítico:

- Escala de Ideación Suicida (Scale for Suicide Ideation, SSI; Beck, Kovacs y Weissman, 1979). Evalúa la intencionalidad suicida o grado de seriedad e intensidad con el que alguien pensó o está pensando suicidarse.
- Escala de Desesperanza (Beck Hopelessness Scale; Beck, Weissman, Lester y Trexler, 1974). Evalúa la actitud del sujeto hacia las expectativas futuras, uno de los tres componentes de la tríada cognitiva de Beck.

Evaluación de la personalidad y de los trastornos de personalidad

- Entrevistas clínicas
 - Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de Personalidad del Eje II del DSM-IV (SCID II; First, Spitzer, Gibbson y Williams, 1998b). Permite al clínico el diagnóstico de los trastornos de personalidad con criterios DSM-IV.
 - Examen Internacional de los Trastornos de Personalidad (International Personality Disorder Examination, IPDE; Loranger, 1995). Este instrumento proporciona dos tipos de información diagnóstica: categorial (es decir, si cada uno de los trastornos de personalidad explorado está ausente, probable o presente) y dimensional (de cada trastorno de personalidad proporciona una medida de la intensidad con la que está presente).
- Cuestionarios autoinformados
 - Inventario Clínico Multiaxial de Millon III (MCMI-III; Millon, 1994). Evalúa 11 patrones clínicos de personalidad: esquizoide, evitativo, depresivo, dependiente, histriónico, narcisista, antisocial, agresivo (sádico), compulsivo, negativista (pasivo-agresivo) y autodestructivo; y tres patrones graves de personalidad: esquizotípico, límite y paranoide. Evalúa también una serie de síndromes del eje I (trastorno de ansiedad, trastorno somatomorfo, trastorno bipolar, trastorno distímico, dependencia del alcohol, dependencia de sustancias, trastorno de estrés postraumático, trastorno del pensamiento, depresión mayor y trastorno delirante).
 - Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota 2 Reestructurado (MMPI-2 RF; Ben-Porath y Tellegen, 2008). Evalúa varios factores o aspectos de la personalidad y contiene 8 escalas de validez, 3 escalas de segundo orden (dimensiones globales), 9 escalas clínicas reestructuradas, 23 escalas de problemas específicos (5 escalas somáticas, 9 de internalización, 4 de externalización, 5 de relaciones interpersonales), 2 escalas de intereses y 5 escalas de personalidad psicopatológica (agresividad, psicoticismo, falta de control,

emocionalidad negativa / neuroticismo e introversión/escasa emocionalidad positiva).

- Cuestionario Exploratorio de la Personalidad (CEPER, Caballo, 1997). Formula los criterios del DSM-IV a modo de preguntas e incluye los criterios de los diez trastornos de personalidad del DSM-IV, más el pasivo-agresivo y depresivo, así como los dos que han desaparecido en el paso del DSM-III al DSM-IV (sádico y autodestructivo).
- 16 PF-5 (Cattell y Cattell, 1995). Tiene 185 ítems y mide, con algunas variaciones y mejoras, las mismas 16 escalas primarias que las versiones previas. Las 5 dimensiones superiores se denominan ahora dimensiones globales (extraversión, ansiedad, dureza, independencia y autocontrol) y están en la línea de los “cinco grandes” medidos por otros instrumentos que se recogen a continuación.
- Inventario NEO de Personalidad - Revisado (NEO-PIR, Costa y McCrae, 1992). Desde un enfoque dimensional evalúa los siguientes factores: neuroticismo, extraversión, apertura, amabilidad y responsabilidad.
- El Cuestionario Big Five (BFQ; Caprara, Barbaranelli, Borgogni y Perugini, 1993). Evalúa cinco factores denominados energía, afabilidad, tesón, estabilidad emocional y apertura mental.
- Inventario del Temperamento y Carácter Revisado (TCI-R; Cloninger, 1999). Evalúa cuatro dimensiones del temperamento (búsqueda de novedad, evitación del daño, dependencia de recompensa y persistencia) y tres de carácter (autodirección, cooperatividad y autotranscendencia).
- Cuestionario de Personalidad de Eysenck- Revisado (EPQ-R; Eysenck y Eysenck, 1985). Considera, al igual que la versión previa, que hay tres dimensiones básicas de la personalidad: extraversión, emotividad y dureza y otra complementaria de disimulo/ conformidad. Fue diseñado para corregir las deficiencias psicométricas de la escala original de dureza en el EPQ. Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1989). Es un autoinforme que presenta una medida global y unidimensional de la autoestima. Consta de 10 ítems y la puntuación mínima es de 10 y la máxima de 40. A mayor puntuación menor autoestima.
- Escala de Impulsividad de Barratt BIS 11 (The Barratt Impulsiveness Scale 11, BIS-11; Patton, Stanford y Barratt, 1995). Cuestionario de 30 ítems, con cuatro respuesta, que están agrupados en tres subescalas: impulsividad cognitiva, impulsividad motora e impulsividad no planeada.
- Escala de Búsqueda de Sensaciones V (Sensation-Seeking Scale, SSS V; Zuckerman, Eysenck y Eysenck, 1978). Cuestionario de 40 ítems con formato de respuesta dicotómico formado por cuatro subescalas con diez ítems cada una: búsqueda de emociones, búsqueda de excitación, desinhibición y susceptibilidad al aburrimiento.
- Inventario de Asertividad de Rathus (Rathus, 1973). Consta de 30 ítems, pudiendo puntuar cada uno de ellos desde +3 (muy característico en mí), hasta -3 (muy poco característico en mí). Una puntuación positiva alta indica una alta habilidad social, mientras que una puntuación negativa alta indica una baja habilidad social. Cuestionario de Esferas de Control (Paulhus y Christie, 1981). Evalúa el locus de control (interno/externo) en tres áreas: eficacia personal, control interpersonal y control sociopolítico.

3. Para la evaluación del estado psicológico

- LAEA, *listado de adjetivos para la evaluación del autoconcepto*. Evaluación del autoconcepto mediante el uso de adjetivos. Contiene elementos referidos al autoconcepto físico, social, emocional e intelectual.
- STAXI-2, inventario de expresión de ira Estado-Rasgo. Medida de la experiencia, expresión y control de la ira. Y sus facetas como Estado y como Rasgo.
- CAPI-A, cuestionario de agresividad premeditada e impulsiva en adolescentes. Evaluación funcional de la agresividad en adolescentes. Evalúa la agresividad premeditada (uso de la agresión como medio para conseguir un objetivo) y la agresividad impulsiva (agresión como respuesta ante una amenaza o provocación real)
- STAXI-NA, inventario de expresión de ira estado -rasgo en niños y adolescentes. Evalúa los diferentes componentes de la ira (Experiencia, Expresión y Control) y sus facetas como Estado y como Rasgo. Consta de 32 elementos adaptados especialmente para estas edades y para la evaluación en distintos países de habla hispana.
- CRI-A, inventario de respuestas de afrontamiento. Identificación de estrategias de afrontamiento empleadas por adultos ante problemas y situaciones estresantes. Sus ocho escalas incluyen estrategias de aproximación al problema (Análisis Lógico, Reevaluación positiva, Búsqueda de guía y soporte, Solución de problemas) y evitación del mismo (Evitación cognitiva, Aceptación o resignación, Búsqueda de recompensas alternativas, Descarga emocional)
- EHS, escala de habilidades sociales. Evaluación de la aserción y de las habilidades sociales en adolescentes y adultos
- SOC, escala de dificultades de socialización de cantoblanco. Evaluación de rasgos temperamentales asociados a problemas de socialización. Es un cuestionario de autoinforme. Se evalúan 3 escalas (Búsqueda de sensaciones, Ausencia de miedo e impulsividad) y un índice global de Dificultades de socialización que permite evaluar la vulnerabilidad hacia los comportamientos antisociales y las conductas disruptivas.
- TECA, test de empatía cognitiva y afectiva. Evaluación de la empatía en adultos. Este test proporciona información tanto de los componentes cognitivos como afectivos de la empatía por medio de cuatro escalas: Adopción de perspectivas, Comprensión emocional, Estrés empático y Alegría empática; además ofrece una puntuación total de empatía.
- BASC, *sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescentes*. Es una de las pruebas más reconocidas internacionalmente para la evaluación de la conducta adaptativa e inadaptativa, de niños y adolescentes, tanto en el campo escolar como en el clínico. Recoge tanto información de padres y profesores (escalas P y T) como del propio sujeto (escalas S)
- ACS, *ESCALAS DE AFRONTAMIENTO PARA ADOLESCENTES*. Evaluación de las distintas formas o modos que los adolescentes utilizan para afrontar sus problemas. No se trata de una evaluación externa sino interna, de autoreflexión. Permite que el adolescente conozca las estrategias que emplea para afrontar sus problemas
- MOLDES, *test de estrategias cognitivo-emocionales*. Evaluación de las estrategias o "moldes mentales" con los que una persona interpreta, evalúa y reacciona ante la realidad (Autoconfianza, Automotivación, Control emocional, Precisión y supervisión, Atribución del éxito, Anticipación previsor, etc...)

4. Para la evaluación Neuropsicológica

- La Escala de Comportamiento del Sistema Frontal (Frontal System Behavior Scale, FrSBe; Grace y Malloy, 2001, validación española de Pedrero, Ruiz Sánchez de León, Llanero, Rojo, Olivar y Puerta, 2009).
- El Cuestionario Disejecutivo (Dysexecutive Questionnaire, DEX; Wilson, Alderman, Burgess, Emslie y Evans, 1996, validación española de Llanero, Ruiz Sánchez de León, Pedrero, Olivar, Bouso, Rojo y Puerta, 2008).
- evaluación de las funciones ejecutivas
 - Stroop, tareas Go/NoGo o Stop signal,
 - Test deHayling,
 - Test de Torre de Hanoi,
 - Test de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin
 - Iowa Gambling_Task.

5. Para la evaluación de los estadios de cambio

- Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island (The University of Rhode Island Change Assesment Scale, URICA; McConaughy, Prochaska y Velicer, 1983). Es un cuestionario de 32 ítems que proporciona puntuaciones en cuatro escalas que se corresponden con los estadios de cambio: precontemplación, contemplación, acción y mantenimiento.
- SOCRATES (Stages of Change and Treatment Eagerness Scales; Miller y Tonigan, 1996). Consta de 19 ítems y contiene tres escalas: ambivalencia, reconocimiento y emprendimiento de cambios, que representarían el proceso motivacional distribuido en un continuo.
- Cuestionario de Preparación para el Cambio (Readiness to Change Questionnaire; Rollnick, Heather, Gold y Hall, 1992, adaptación española de Rodríguez-Martos et al., 2000). Consta de 12 ítems y en él se describen tres estadios motivacionales (precontemplación, contemplación y acción), cada uno de los cuales está representado por 4 ítems. En la versión española se han señalado dificultades de comprensión.
- Cuestionario de Procesos de Cambio para Adictos a la Cocaína (PCQ; Martin, Rossi, Rosenbloom, Monti y Rohsenow, 1992) que evalúa 10 procesos de cambio de Prochaska y Diclemente.

6. Para la evaluación de la situación familiar percibida por el paciente

- ESFA, *escala de satisfacción familiar por adjetivos*. Medida objetiva de la percepción global que el sujeto tiene sobre su situación familiar

8.-BIBLIOGRAFÍA

- Alvarez, J et al
Fundamentos de la psicopatología psicoanalítica
Síntesis. Madrid 2004
- Arechederra, J. J.; Arias, F.
Drogodependencias y Psiquiatría: Aspectos clínicos y legales.
Madrid, You&Us. 2000.
- Asociación Psiquiátrica Americana.
DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.
Barcelona. Ed. Masson. 2003
- Beck, A. T.; Freeman, A.
Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad.
Psicología Psiquiatría Psicoterapia 127. Barcelona. 1995.
- Beck, A. T.; Wright, F.; Newman, C. F.
Terapia cognitiva de las drogodependencias.
Ed. Paidós, 1999.
- Becoña Iglesias E. Y Cortés Tomás T.
Guía Clínica de Intervención Psicológica en Adicciones.
Socidrogalcohol . 2007
- Blasco M.J.et al ;
Seguimiento de la abstinencia y la retención al tratamiento ambulatorio en pacientes con diagnóstico de dependencia de alcohol tras un tratamiento grupal de prevención de recaídas.
Adicciones. 2011 DGPNSD
- Bobes J, Casas M, y Gutierrez Fraile, M
Manual de evaluación y tratamiento en drogodependencias.
Ars Médica. 2002.
- Bolinches, A.
El cambio psicológico.
Barcelona. 2004.
- Carpenter, J.; Treacher, A.
Problemas y soluciones en terapia familiar y de pareja.
Barcelona. Paidós. 1993.
- Carrón, R.
Psicoterapia: Relación y proceso.
Salamanca. Amarú. 1990.
- Casas, M.; Guardia, J.
Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo.
Adicciones 2000.

- Casete Fernández L.; Fraga Ares J.;
Tratamientos psicológicos eficaces de la adicción a cocaína.
Adicciones. 2011; DGPNSD
- Castanedo
Grupos de encuentro en Terapia Gestalt
Editorial Gelder 1990
- Chamorro, L.
Guía del manejo de los trastornos mentales en Atención Primaria. 2003.
- Corey, G.
Teoría y práctica de la terapia grupal.
Bilbao. Biblioteca de Psicología. 1995.
- Costa, M.; Serrat, C.
Terapia de parejas.
Madrid. Alianza. 1993.
- Daigre Alonso C.; et al.
Características clínicas asociadas a los trastornos caracterizados por impulsividad en pacientes drogodependientes.
Adicciones. 2011 DGPNSD
- Díaz Salabert et al.
El modelo de los estadios de cambio en la recuperación de las conductas adictivas
Centro Provincial de Drogodependencias de Málaga. 2001
- Echeburúa Odriozola, E.
Evaluación y tratamiento de los trastornos adictivos.
Edit. Terapia de Conducta y Salud. 1994.
- Ellis, A.
Terapia racional emotiva con alcohólicos y toxicómanos.
Edt. Desclee de Brouwer, S.A. 1992.
- Ena, S. Pedrero, E. J.;
Diferencias de género en personalidad en consumidores de drogas en tratamiento: rasgos, trastornos y variables interaccionales.
Encuentros de profesionales en drogodependencias y Adicciones. Junta de Andalucía 2004.
- Fernandez-Ballesteros, R
Evaluación psicológica: conceptos, métodos y estudio de casos.
Ediciones Pirámide 2004
- Fernandez Miranda et al.
Actuaciones clínicas en trastornos adictivos.
Sociodrogalcohol. Madrid. 2002.
- Florez Menéndez G.;
Respuesta terapéutica a largo plazo en pacientes con dependencia de alcohol.
Adicciones. 2011; DGPNSD

Fundación Spiral.

I Symposium Nacional sobre el tratamiento de la adicción en la mujer.
Debate e Instituto de la Mujer. Madrid. 2002.

Fundación Spiral.

II Symposium Nacional sobre el tratamiento de la adicción en la mujer.
Resúmenes de ponencias y comunicaciones. Madrid. 2003.

Graña, J. L.

Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento.
Edit. Debate. 1994.

Gual, A.; LLigoña, A.; Mondón, S.

Tratamiento de la dependencia alcohólica.
Curso de Formación sobre Prevención y Tratamiento del Alcoholismo.
Ed. Doyma. 1999.

Graña JL, Muñoz JJ y Navas E.

Características psicopatológicas, motivacionales y de personalidad en drogodependientes en tratamiento de la Comunidad de Madrid.
Agencia Antidroga 2007

Herrero Yuste, M.N.

Adolescencia, grupo de iguales, consumo de drogas y otras conductas problemáticas
Revista de Estudios de Juventud, 2003

Instituto de la Mujer.

Mujer y drogas.
Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Ministerio del Interior.
Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid. 2003

Instituto de la Mujer.

Los grupos de mujeres. Metodología y contenido para el trabajo grupal de la autoestima.

Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid

(Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid).

Diseño y pilotaje de un Sistema de evaluación objetiva de resultados de tratamiento en pacientes drogodependientes.
Madrid. 2010.

Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid (Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid).

Plan de Adicciones de la Ciudad de Madrid 2011-2016.
Madrid, 2011.

Instituto de Adicciones (Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid).

Mujer y Adicción
Documento Técnico nº 1 . Instituto de Adicciones de Madrid Salud .2005

Iraurgi, I.; González, F.

Instrumentos de evaluación en drogodependencias.
Barcelona. Aula Médica. 2002.

Harto Cea M.A. et al
Trastornos afectivos y consumo de sustancias en una unidad psiquiátrica de agudos.
Adicciones. 2011; DGPNSD

Kelly, J. A.
Entrenamiento de las habilidades sociales.
Bilbao. Biblioteca de Psicología. 2000.

Martínez González, J. M.; Tujillo Mendoza, H. M.
Tratamiento del drogodependiente con trastornos de personalidad.
Madrid. 2003.

Matellanes et al.
Intervención en drogodependencias: Áreas y Técnicas.
Madrid. Colegio Oficial de Psicólogos. 1996.

Megias et al.
La atención Primaria de Salud ante las drogodependencias
Fundación de Ayuda contra la Drogadicción. 2001

Miller, W.; Rollnick, S.
La Entrevista motivacional. Preparar para el cambio las conductas adictivas.
Ed. Paidós. 1999.

Millon, T.; Davis, R.
Trastornos de la Personalidad en la vida moderna.
Barcelona. 2001.

Monedero, C.
Sentido de la Psicopatología.
I Simposium Nacional sobre Adicción en la Mujer. 2000.

Pinedo González R.; Hernández Sahagún M.I.;
Dependencia interpersonal en personas drogodependientes.
Adicciones. 2011; 23:281. DGPNSD

Raio J.;
Enfermedad mental y toxicomanía. Acompañamiento de dos casos clínicos a lo largo de siete años.
Adicciones. 2011; DGPNSD

Rubio, G. et al.
Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias.
Madrid. Editorial Médica Panamericana S.A. 2001.

Sánchez Suárez J.L.; et al.
Alcohol y malos tratos.
Adicciones. 2011 DGPNSD

Sank; Shaffer, C.
Manual del terapeuta para la terapia cognitiva conductual en grupos.
Bilbao. Biblioteca de Psicológica. 1993.

Stanton, M.; Todd, T.
Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas.
Barcelona. Gedisa. 1985.

Técnicas de Autocontrol Emocional.
Biblioteca de Psicología Psiquiátrica y Salud.
Barcelona. Ed. Martínez Roca. 1988.

Walters, M. et al.
La red invisible.
Pautas vinculadas al género en las relaciones familiares, Ed. Paidós Terapia Familiar.
1991.

Watzlawick, P. et al.
Teoría de la comunicación Humana.
Ed. Herder, 1981.



 **madrid**  **salud**
INSTITUTO DE ADICCIONES Asistencia

www.madridsalud.es