

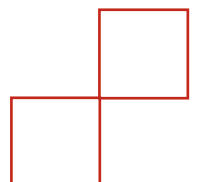


Estudio de Caso de Una Persona con Trastorno por consumo de Cocaína con Tratamiento de Modelo Matrix

Máster de Psicología General Sanitaria

Autora Miriam Martínez Fernández Tutora D^a. Marta Santacreu Ivars

15 de febrero de 2022



Gracias a mi madre por haberme enseñado a estar motivada por mis sueños

Resumen

El consumo de cocaína ha aumentado durante los últimos años del siglo XX en muchos países del mundo. Actualmente se considera un problema de salud pública. En España, debido a su potencial adictivo, es la segunda droga ilegal más consumida en personas adultas. Esta situación ha hecho que hayan aumentado los programas para tratar a las personas con abuso de sustancias. El Modelo Matrix, procedente de Estados Unidos, ha resultado eficaz en el tratamiento desde su creación en los años ochenta. En España fue introducido en el año 2005 en la región de Murcia y desde entonces se ha considerado como un tratamiento eficaz por las principales organizaciones relacionadas con el abuso de sustancias. Este artículo realiza un estudio de caso sobre el tratamiento con el Modelo Matrix en una persona con adicción desde la adolescencia. A lo largo de los 6 meses del tratamiento se producen mejoras en la reducción del consumo, la calidad de vida, la ansiedad, el sueño, el control de impulsos, la autoestima, la mejora en las relaciones sociales y la reinserción en sociedad.

Palabras clave: abuso de sustancias, adicción, cocaína, estudio de caso, Modelo Matrix

Abstract

Cocaine use has increased in many countries around de world during the last years of the 20th century. Currently, it is considered a public health issue In Spain, due to its addictive potential, it has become the second most consumed illegal drug in adults. This situation has led to an increase in programs to treat people with substance abuse. The Matrix Model, from the United States, has been effective in treatment since its creation in the eighties. In Spain it was introduced in 2005 in the region of Murcia and since then it has been considered an effective treatment by the main organizations related to substance abuse. This article carries out a case study on the treatment with the Matrix Model in a person with addiction since adolescence. Throughout the 6 months of treatment there are improvements in the reduction of consumption, quality of life, anxiety, sleep, impulse control, self-esteem, improvement in social relationships and reintegration into society.

Keywords: addiction, case study, cocaine, Matrix Model, substance abuse

Índice

1. INTRODUCCIÓN	1
1.1. OBJETIVOS DE TRATAMIENTO	7
2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE Y MOTIVO DE CONSULTA	8
3. ESTRATEGIAS DE EVALUACIÓN	10
3.1. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN PROPIOS	10
3.2. CUESTIONARIOS Y TEST.....	10
4. FORMULACIÓN CLÍNICA DEL CASO.....	13
4.1. HIPÓTESIS.....	14
4.2. ANÁLISIS FUNCIONAL	14
5. TRATAMIENTO.....	17
6. VALORACIÓN DEL TRATAMIENTO	23
7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	30
7.1. LIMITACIONES.....	32
7.2. LÍNEAS FUTURAS.....	33
7.3. CONCLUSIONES.....	33
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34
9. ANEXOS	40
ANEXO 1. ENTREVISTA INICIAL.....	40
ANEXO 2. PTI	48
ANEXO 3. ASI6	65
ANEXO 4. CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACUERDO CON LOS SERVICIOS DEL PROGRAMA	81

1. Introducción

El ser humano ha usado drogas para prácticas religiosas, culturales y con fines curativos, desde tiempos inmemoriales (Escohotado, 2002). El abuso de ellas ha dado lugar a los términos habituación y adicción en las décadas de 1920 a 1960, y hubo diferentes debates según la interpretación que los diferentes autores hacían de estos términos (Trujillo, 2019). Es durante la década de los años 60 cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1965) los sustituye por el de dependencia. A pesar de haber sido sustituido el término adicción sigue siendo usado por muchos profesionales de la salud (Trujillo, 2019). La OMS (1994) ha realizado una definición sobre la dependencia del alcohol y de otras sustancias, indicando que es la necesidad de consumir una sustancia que tiene una persona cuando siente malestar y quiere disminuirlo.

En el presente trabajo abordo el caso de una persona que comenzó a consumir cocaína para evitar malestar emocional en la adolescencia. Esta persona con los años desarrolló trastorno de adicción a sustancias y acude a tratamiento en centro de día para recibir el modelo de tratamiento Matrix.

Como puntos que considero relevantes en el caso abordado, empiezo indicando qué es la cocaína, y como se fue introduciendo su consumo en todo el mundo a través de una breve historia. Analizo sus principales formas de consumo y su prevalencia en los diversos países y continentes. Describo cómo se explica el proceso de adicción en el cerebro, y las consecuencias de su consumo y los trastornos que se relacionan con este.

La cocaína se considera una sustancia estimulante y que tiene un alto potencial adictivo. Se elabora con las hojas de plantas *Erythroxylum coca* que son nativas del América del Sur (Ministerio de Sanidad, s. f.) .

Para tratar de entender cómo aparece como sustancia de consumo nos encontramos que Albert Niemann sintetizó la cocaína por primera vez en el año 1860 y Carl Koller en 1884 inició su uso como anestésico (Martínez, 2020). Según indican Betancourt y Betancourt (2020) en 1898 se logró explicar su constitución y en 1902 Richard Willstätter logró su síntesis. La primera persona que empezó a prescribirla para tratar a las personas con adicción a la morfina fue el Dr. Freud (Betancourt y Betancourt, 2020). Fue en 1905 cuando el hecho de esnifar cocaína se convirtió en algo popular y los médicos comenzaron a informar de los primeros casos de daño nasal (Fundación por un mundo sin drogas, s. f.). En 1912, se notificaron en Estados Unidos 5 mil personas fallecidas cuya muerte estaba relacionada con el consumo de cocaína, y el gobierno la prohibió oficialmente en 1922 (Betancourt y Betancourt, 2020). Durante los años 70, la cocaína se convirtió en una droga que llegó a estar de moda entre todas las clases sociales y comenzaron a aparecer diversos canales de contrabando con traficantes (OMS, 1994). En los 90, su consumo ya se había expandido a Europa y Asia (Rojas, 2019). Según refiere el National Institute on Drug Abuse (NIDA, 2021) si bien su uso puede tener fines médicos por ejemplo como anestesia, su consumo como recreativo se considera ilegal.

Desde sus inicios como sustancia de consumo han ido apareciendo diferentes formas de consumirla, siendo la más habitual la cocaína en polvo también conocida como clorhidrato de cocaína que se consume esnifada o mezclada con heroína por vía inyectada, lo que se conoce como speed-ball o pelotazo, cuyo efecto dura de 2 a 3 horas (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones [OEDA], 2021)). Otra forma de consumo es el basuko, o también llamada pasta de coca que es sulfato de cocaína y se consume realizando una mezcla con tabaco o marihuana, siendo su consumo minoritario en España (OEDA, 2021). Por último, como en el caso de la persona que se presenta en el artículo, encontramos el crack o también denominando cocaína base que es muy adictiva y se consume de manera fumada y produce un efecto muy rápido e intenso al mismo tiempo que breve.

Debido a su gran potencial adictivo se ha visto incrementado el número de consumidores. Según el Informe Mundial sobre las drogas que se publicó en el año 2021 y que fue publicado por la Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el Delito (UNODC), (2021), a lo largo del año 2019 unos 20 millones de personas cuyas edades estaban entre 15 y 64 años habían consumido cocaína en el mundo. La mayor prevalencia de consumo la podemos encontrar en Oceanía, Norteamérica, Europa occidental y central. El informe presentado por el Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías (2021) indica que en Europa el consumo de cocaína se sitúa detrás del cannabis, y sigue siendo la segunda droga ilegal más consumida, con unas cifras de 3,5 millones de personas, de ellos casi 2,2 millones de consumidores tienen entre 15 y 34 años.

La Encuesta sobre Alcohol y Drogas (EDADES) elaborada por OEDA (2021) revela que las personas que consumen cocaína en España suelen iniciar su consumo con una media de edad de 21,1 años y que su consumo es más prevalente entre los hombres que las mujeres. La incidencia de consumo de cocaína en polvo es de alrededor de un 2% de población y la de la cocaína base de un 0,2 %.

El consumo recurrente de cocaína puede tener consecuencias en el organismo. Según se ve reflejado en los datos del Ministerio de Sanidad (2021) los efectos a corto plazo de la cocaína duran entre unos minutos y una hora e incluyen el hecho de que la persona sienta más energía, sienta menos apetito, que se encuentre más vigilante y tenga una falsa sensación de agudeza mental, la presión arterial puede aumentar así como el ritmo cardíaco, los vasos sanguíneos pueden sufrir una contracción, la temperatura corporal puede variar aumentando y aparece una dilatación de las pupilas.

Los efectos a largo plazo pueden ser variados. La adicción puede generar una compulsión física y psicológica, así como producir cambios conductuales que afecten a las relaciones familiares, el ámbito laboral y las relaciones sociales (Koob y Volkow, 2010). Como consecuencia del consumo, las personas con adicción presentan problemas emocionales como pueden ser estar más irritables o tener poca tolerancia a la frustración, así como realizar conductas impulsivas, cometer errores a la hora de emitir juicios, presentar

dificultades con las relaciones y tener dificultades en la toma de decisiones (Aguilar, 2019). Asimismo, pueden presentar problemas físicos como infartos, arritmias, dolor torácico, problemas respiratorios, hemorragias cerebrales, problemas relacionados con la conducta alimentaria o cefaleas (Castaño, 2020). También pueden existir efectos específicos relacionados con la vía de administración intranasal, oral o inyectada: entre otros anosmia, perforación del tabique, isquemia intestinal, problemas en la deglución, alergias, VIH o infecciones (del Bosque et al., 2014).

Una vez vistos los diversos efectos que produce la cocaína, tanto a nivel físico como psíquico, se puede explicar la base neurológica del proceso de adicción mediante tres etapas que se producen de manera cíclica (Volkow et al., 2016).

1) En la primera etapa es en la que aparece el estímulo positivo (droga), pueden aparecer sensaciones relacionadas con agitación o impulsividad, las vías dopaminérgicas sufren una activación, y aumenta la sinapsis de dopamina, serotonina y noradrenalina que activan el sistema nervioso central produciendo euforia, energía, falta de apetito y acciones periféricas que eleven la tasa cardiaca o produzcan sudor. Cuando se consume cocaína pueden aparecer problemas de sueño, un cambio en el apetito, inestabilidad afectiva o ganas de consumir debido a que se agota la dopamina. Las vías mesolímbica y mesocortical, son importantes para el sistema de motivación y recompensa que se activan cuando se produce el consumo (Russo y Nestler, 2013).

2) En la segunda fase denominada neuroadaptación biológica, donde el individuo consume repetidamente cocaína, y lleva a que el núcleo accumbens se sensibilice mucho, se produzca una sensación de placer y se instale la adicción como dependencia (Liu et al., 2018). Puede que la persona no consuma durante un periodo determinado que se conoce como abstinencia, pero van a aparecer memorias de consumir, llevando a que la persona experimente el deseo y se sienta estresada.

3) La tercera fase, es el craving, que es el deseo irrefrenable de consumir, se genera estrés y hay riesgo de recaída. El núcleo accumbens segrega una sustancia llamada péptido opioide dinorfina, y en la persona va a aparecer una sensación desagradable con la que no se va a poder enfrentar correctamente si no consume (Koob y Volkow, 2010).

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5 por sus siglas en inglés) (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014) lo denomina trastorno por consumo de estimulantes. Este trastorno se clasifica según el número de criterios que cumpla en leve cuya presencia es de 2-3 síntomas, moderado con presencia de 4-5 síntomas y grave con presencia de 6 o más síntomas.

El DSM-5 refiere que los trastornos asociados al consumo de cocaína son trastorno de ansiedad, trastorno depresivo, trastorno bipolar, trastorno del sueño, trastorno psicótico, disfunción sexual, trastorno

obsesivo-compulsivo. El trastorno relacionado con consumo de cocaína se suele asociar con otros trastornos por consumo de sustancias relacionadas con sustancias sedantes. Los consumidores suelen ingerir alcohol y es frecuente encontrar problemas cardiopulmonares y presentar dolor en el pecho, así como agranulocitosis y neutropenia febril.

La OMS en la última Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11, 2018) define los diagnósticos de intoxicación por cocaína que se desarrollan durante o después del consumo en los que la persona presenta alteraciones de la conciencia, cognición, percepción, comportamiento y afecto. El CIE-11 también incluye el diagnóstico de abstinencia que se produce cuando se reduce o se hace discontinuo su consumo. Se indica también que el consumo de cocaína puede llevar a la dependencia que aparece tras su consumo repetido o continuo. Existe como rasgo determinante un impulso interno para consumir cocaína no pudiendo controlar su consumo y dando prioridad al consumo sobre otras actividades continuándolo a pesar del daño que le provoca o sus consecuencias negativas. El diagnóstico de la dependencia se puede realizar cuando el consumo se produce a diario o casi a diario durante al menos 3 meses. La dependencia se clasifica atendiendo al consumo actual, a la remisión completa temprana, parcial prolongada, completa prolongada o sin especificación.

En el caso de la persona que forma parte de este estudio podemos encontrar similitudes con el estudio realizado por Blanco et al. (2018). En este se analizan los factores de riesgo que pueden llevar a que una persona se inicie en el consumo de sustancias y se vio que el mayor riesgo de iniciar el consumo se encuentra en la segunda década de vida, disminuyendo las posibilidades en la tercera década. Blanco et al. (2018) también encontraron que los hombres tienen más probabilidades de consumir que las mujeres y, que las personas separadas, divorciadas o viudas tienen más riesgo de consumir cocaína. Como se puede ver posteriormente en el estudio de caso la persona inició su consumo a los 13 años, disminuyéndolo en la tercera década, y las épocas de mayor consumo coinciden con las rupturas de pareja.

El estudio realizado por Blanco et al. (2018) indica que tener un trastorno de personalidad del grupo B está asociado con el consumo de cocaína. Blanco et al. (2018) encontraron que el abuso de cocaína se asoció con un mayor riesgo de consumir alcohol y que tener familiares que han sido consumidores también es un factor de riesgo. Cuando realizamos el análisis de este caso podemos encontrar que la persona también tiene trastornos de personalidad y que en su familia había casos de personas con trastorno de abuso de sustancias.

Las persona con un retraso en la maduración de la corteza prefrontal en comparación con el núcleo accumbens tienen una mayor impulsividad y pueden ver aumentadas sus conductas de riesgo (Meyer y Bucci, 2016). Otro dato a destacar es que los estudios realizados en gemelos han demostrado que existen variantes genéticas que contribuyen a que la dependencia a la cocaína sea una condición heredable en una

proporción de 65 a 79 % (Ducci y Goldman, 2012). Las últimas investigaciones han encontrado factores compartidos de riesgo genético entre la dependencia a la cocaína y algunos rasgos psiquiátricos comórbidos (Cabana-Domínguez et al., 2019).

Los estudios que han tratado de demostrar la eficacia farmacológica en el tratamiento de los trastornos por consumo de estimulantes, indican que actualmente no existen medicamentos que prueben su validez y que hayan sido aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA) (Shorter et al., 2015). La dopamina fue la principal vía de estudio, pero se ha visto que también están implicados otros neurotransmisores y actualmente hay abiertas varias líneas de investigación (Kohut y Bergman, 2017). Algunos medicamentos que se usan en otras enfermedades (por ejemplo, baclofeno, modafinilo, tiagabina, disulfiram y topiramato) han mostrado en estudios clínicos controlados que pueden disminuir el consumo de cocaína pero no eliminarlo (NIDA, s. f.).

El hecho de que no haya una medicación fiable para llevar al paciente a la abstinencia hace necesario el uso de otros tratamientos de tipo psicológico que puedan resultar eficaces.

Según el NIDA los tratamientos conductuales con base científica se han mostrado eficaces en el tratamiento de la adicción a la cocaína entre ellos destacan los siguientes:

1. El enfoque de refuerzo comunitario (García-Rodríguez et al., 2009) es una terapia intensiva de 24 semanas de duración cuyas metas son mantener la abstinencia y reducir el consumo de alcohol en personas asocian cocaína y alcohol. Se combina con un programa de reforzadores.
2. La terapia cognitivo conductual (Carroll y Kiluk, 2021) empezó como un método para prevención de recaídas en el tratamiento del alcohol, y luego se adaptó a las personas con trastorno por consumo de cocaína. Se basa en que los procesos de aprendizaje conforman luego el desarrollo de conductas desadaptativas. Carroll y Kiluk (2021) indican que en terapia los pacientes son capaces de identificar y poner solución a las conductas problemáticas mediante habilidades que se usan para parar el abuso de drogas y los problemas asociados. Se basa en desarrollar estrategias eficaces para manejar problemas y conseguir autocontrol.
3. El Modelo Matrix de tratamiento ambulatorio se desarrolló en la década de los 80, y surgió al tratar de emitir una respuesta al creciente número de personas que acudían con adicción a cocaína o metanfetaminas para recibir tratamiento en el sistema sanitario (Zarza González et al., 2011). Este modelo pone su confianza en la buena relación entre terapeuta y paciente (NIDA, s. f.-c). En este modelo se fomenta la autoestima, la dignidad y el valor del paciente. Se fundamenta en otros enfoques como las teorías cognitivo conductuales, las técnicas de prevención de recaídas, la terapia motivacional, el apoyo social, el programa de apoyo de los 12 pasos y la educación familiar (Hernández, 2019). Se complementa

con un análisis de orina semanal para comprobar si ha existido recaída. El Modelo Matrix se basa en una actitud motivacional del terapeuta continuada. El terapeuta no es una figura autoritaria, es cercano, no tiene un perfil profesional determinado, debe tener formación en el modelo y habilidades de manejo de grupo, es una persona empática y tiene la ayuda de un co-lider o facilitador que es una persona que ya ha pasado por las situaciones por lo que sus aportaciones en las sesiones son valiosas debido al aporte de su experiencia. No se culpa o se confronta con el paciente por haber tenido recaídas, sino que se utilizan técnicas motivacionales (Miller y Rollnick, 2012) para tratar de que continúe involucrado en el proceso. Debido a que en el tratamiento de abuso de sustancias la tasa de abandono es alta se trata de que el paciente vuelva a la siguiente sesión (Zarza González et al., 2011). Uno de los principios en los que se basa es en el refuerzo positivo de conductas deseables (Zarza et al., 2011). Este refuerzo se hace a través de verbalizaciones positivas hacia el paciente por parte del terapeuta. Por ejemplo, se refuerzan el dar negativo en los resultados de orina que se realizan semanalmente o el terminar las tareas o el participar en los grupos. Una de las técnicas es utilizar agendas y calendarios en los que se hacen auto-observaciones de abstinencia o consumo y en las que se realiza la planificación de actividades diarias. El modelo presenta sesiones grupales, individuales y familiares. En España el modelo Matrix se introdujo en el año 2005 en Murcia en colaboración con el Plan Nacional de Drogas (Consejería de Sanidad, 2017) y, actualmente está implantado en los centros penitenciarios de la región. Es un modelo intensivo para usuarios y sus familias y se desarrolla en 16 semanas de programación estructurada y 36 semanas de seguimiento (Consejería de Sanidad, 2017).

La persona que forma parte de este estudio de caso ha sido diagnosticada con trastorno por abuso de Estimulantes, cumpliendo toda la sintomatología referida en el DSM-5, y está diagnosticado con depresión y trastorno de personalidad. Se ha sometido a diversos tratamientos en diversas ocasiones obteniendo un resultado no satisfactorio, ya que ha vuelto a tener recaídas en el consumo de la sustancia. Es derivado al centro con el objeto de tener un tratamiento con el Modelo Matrix alternativo a los previos. Como se ha formulado el Modelo Matrix es un enfoque integrador. Se ha probado su eficacia en diversas ocasiones con población que sufre trastorno por abuso de sustancias, obteniendo resultados positivos en Irán (Ehteshami Pouya et al., 2018). En Sudáfrica también se implementó comparando los resultados con personas que consumían otras sustancias obteniendo resultados satisfactorios (Magidson et al., 2017). Se ha comparado el modelo con otras terapias y se ha visto la eficacia en evitar recaídas a largo plazo (Juarez, 2021). Su eficacia ha sido probada para mejorar el tratamiento en intervenciones con metadona (Eghbali et al., 2013). También se ha probado su eficacia en reducción de síntomas de depresión, ansiedad y calidad de vida en usuarios del programa y sus cuidadores (Kaviani et al., 2021; Masaeli et al., 2018; Massah et al., 2017). Se formulan los siguientes objetivos a alcanzar en este estudio de caso:

1.1. Objetivos de tratamiento

Objetivo general:

- Abstinencia y mejora de la calidad de vida

Objetivos específicos

- Prevención de recaídas
- Control de impulsos
- Disminución de la ansiedad
- Mejora de la autoestima
- Trabajar higiene del sueño
- Reinserción en sociedad (vivir de forma autónoma y retomar hobbies)
- Mejorar relación familiar con hermano y retomar contacto con la madre

2. Identificación del paciente y motivo de consulta

Según la Ley Orgánica de Protección de Datos, se protegerá la identidad del cliente, y en el presente estudio de caso se respetará el código deontológico. Se llamará Alberto, en lugar de su nombre real, y se mantendrá en el anonimato el nombre de sus familiares y seres queridos, para evitar que la persona pueda ser reconocido.

Alberto es un varón de 52 años que nació en una ciudad del sureste de España. Su infancia se caracteriza por vivir con sus padres y hermanos y por los frecuentes conflictos entre sus padres que finalizaron separándose. La relación familiar nunca ha sido buena, solo ha estado unido a uno de sus hermanos. Alberto cursó solo estudios de primaria. Se ha dedicado desde la adolescencia al tráfico de drogas, siendo esta su profesión habitual. Desde muy joven las drogas formaron parte de su entorno, ya que uno de sus hermanos era consumidor y en el barrio donde vivía era frecuente encontrar a personas con adicciones. Él se inició en el consumo de cocaína y heroína de manera pulmonar o fumada a la edad de 13 años. Desde entonces ha tenido periodos intermitentes de abstinencia y consumo. En este periodo adolescente sufrió abusos físicos por parte de un familiar y al intentar contárselo a su familia nadie le apoyó. Esto le causó graves trastornos emocionales. En su juventud debido a su situación anímica se produce su primer ingreso psiquiátrico hospitalario. Cuando sale del ingreso decide ir a vivir a otra ciudad lejos de su entorno familiar. En la década de los 30 abandonó el consumo varios años motivado por una de sus parejas. Cuando la relación terminó volvió a consumir cocaína frecuentemente y de modo abusivo. Este patrón de conducta de consumo se ha repetido con todas sus parejas y ha sufrido frecuentemente maltrato psicológico que le ha provocado muchos altibajos emocionales. Ha estado ingresado en cuatro centros de tratamiento de deshabitación, siendo la estancia más larga de un año. La mayoría de las veces ha abandonado el recurso de manera voluntaria sin haber alcanzado el principal objetivo propuesto de conseguir la abstinencia. En su entorno se encuentran generalmente personas consumidoras y ha compartido piso en diversas ocasiones con ellas.

Alrededor de los 40 años recibe la noticia de que uno de sus sobrinos ha fallecido y decide regresar a su ciudad de origen donde permanece desde entonces. Este suceso le llevó a una depresión poco tiempo después y empezó a consumir de manera desmesurada. El hecho de volver a consumir ha deteriorado la relación con su hermano y ha hecho que discuta mucho con su madre alejándose de ella. En estos años realiza varios robos con fuerza de cantidades menores, por los que ha sido juzgado y se le ha condenado a pagar diversas cantidades. Posteriormente, se dieron varios ingresos psiquiátricos hospitalarios y consiguió una incapacidad permanente que le permite contar con una pensión con la que cubrir sus necesidades. Tras el último ingreso psiquiátrico en este año en curso, se realiza derivación a centro sociosanitario para personas que tienen abuso de sustancias con el fin de realizar proceso de deshabitación.

Cuando ingresa en centro derivado por hospital llevaba 30 días abstinente y en el momento en que se realizó la evaluación médica y psicológica refirió consumos puntuales de cocaína. El centro donde ingresa cuenta con varios pisos de autogestión en los que pueden vivir las personas que acuden a tratamiento. Alberto paga una cantidad de su pensión como alquiler de una habitación en una de las casas, allí comparte vivienda con tres personas más que también sufren trastorno de abuso de sustancias y acuden a terapia en el centro.

En el momento de ingreso refiere que su objetivo es conseguir la abstinencia y poder mejorar el sueño, ya que lleva un periodo de un mes en el que no puede estar más de dos horas seguidas durmiendo y le cuesta volver a conciliar el sueño. Le gustaría que si deja de consumir pudiese tener una buena relación con su hermano y su madre.

Alberto cuenta con el diagnóstico de varias enfermedades crónicas como politoxicomanía, trastorno de personalidad, cuadro depresivo, VIH y HCV.

La medicación que toma es la siguiente: Symtuza 800 mg, 1 pastilla en la cena; Deprax 100 mg, 2 pastillas en la cena; Pregabalina 75 mg, 1 pastilla en la cena; Venlafaxina Retard 150 mg, 1 pastilla en el desayuno; Kern Pharma 150 mg, 1 pastilla cada 24 h; Diazepan prodes 25 mg, 1 pastilla cada 8 h.

3. Estrategias de Evaluación

En el momento de ingreso en el centro sociosanitario, se llevan a cabo dos valoraciones con instrumentos creados por el centro.

3.1. Instrumentos de evaluación propios

Entrevista inicial estructurada (Ver anexo 1) En ella se formulan preguntas sobre los datos más relevantes que se valoran para que la persona pueda asistir al centro. Se formulan preguntas de tipo familiar, de ámbito relacional, referidas al consumo, y de ámbito laboral.

Plan de Tratamiento Individualizado de Usuario (PTI) (Ver anexo 2). Es un complemento a la entrevista inicial. En él se realiza una evaluación global, una valoración del estado de salud general, una valoración psicológica en el que se verán reflejados los resultados de los instrumentos de evaluación con medidas pre-test al inicio del tratamiento y post-test a los 6 meses, se establecen los objetivos, se realiza una valoración social, una orientación laboral y se fijan los objetivos personales del plan de recuperación, asimismo se hace un plan individualizado de atención con el psicólogo, la trabajadora social y la enfermera. En la parte final se anotan los resultados de la finalización y seguimiento del tratamiento.

3.2. Cuestionarios y Test

Alberto pasa en el momento de inicio del tratamiento varios cuestionarios y test que volverá a pasar a los 6 meses para comprobar su evolución. Los elementos empleados para la evaluación de Alberto se describen a continuación.

ASI-6 (ver anexo 3)

Es una entrevista semiestructurada con opciones de respuesta que valora la gravedad de la adicción y entiende su necesidad de llevar a cabo un tratamiento (Bobes et al., 2007).

Consta de 257 ítems que recogen información sociodemográfica y sobre el alojamiento, y evalúan siete áreas problema: salud física, empleo y recursos, alcohol y drogas, situación legal, relaciones familiares y sociales, y, por último, salud mental. Los ítems se refieren a 3 periodos que son a lo largo de la vida, en los últimos 6 meses y en los últimos 30 días.

Escala de calidad de vida (GENCAT)

La construcción de la Escala parte del modelo multidimensional propuesto por Verdugo et al. (2007). Consta de 69 ítems que facilitan puntuaciones para las dimensiones de bienestar emocional, bienestar físico, bienestar material, autodeterminación, desarrollo personal, inclusión social, relaciones interpersonales y

derechos. La escala tiene una validez con alfa de Cronbach, entre .749 y .853. En cuanto a la fiabilidad alcanzó valores superiores a .95 en todas las dimensiones (Benito et al., 2016).

Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA)

Basada en el modelo transteórico de Prochaska et al. (1983) tiene como propósito evaluar el grado de intención, disposición o actitud en relación con el cambio. Consta de 32 ítems con escala Likert de 1 al 5 siendo 1 totalmente en desacuerdo, 2 bastante en desacuerdo, 3 ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4 bastante de acuerdo y 5 totalmente de acuerdo. Realiza 4 medidas de estadios de cambio: precontemplación (ítems 1, 5, 11, 13, 23, 26, 29 y 31), contemplación (ítems 2, 4, 8, 12, 15, 19, 21 y 24), acción (ítems 3, 7, 10, 14, 17, 20, 25 y 30) y mantenimiento (ítems 6, 9, 16, 18, 22, 27, 28 y 32). Su fiabilidad es superior a .70 (Dozois et al., 2004).

Escala de Habilidades Sociales (EHS)

La escala EHS (Gismero, 2002) está compuesta por 33 ítems. Esta escala explora la conducta de la persona en situaciones concretas y valora cómo las actitudes son moduladas por las habilidades sociales. Tiene 4 alternativas de respuesta en cada ítem, “no me identifico en absoluto, la mayoría de las veces no me ocurre o no lo haría”, “más bien no tiene que ver conmigo, aunque alguna vez me ocurra”, “me describe aproximadamente, aunque no siempre actúe o me sienta así”, “muy de acuerdo, y me sentiría o actuaría así en la mayoría de los casos”. Tiene buenos índices de fiabilidad, con un coeficiente alfa de Cronbach de .80

Screening del Deterioro Cognitivo en Psiquiatría (SCIP-S)

La versión española (Pino et al., 2008) es un instrumento de cribado que evalúa el deterioro cognitivo en pacientes con enfermedad mental, también evalúa el estado cognitivo de personas adultas sin enfermedad. Tiene cinco subpruebas que evalúan el aprendizaje verbal inmediato el aprendizaje verbal retrasado y la memoria de trabajo, fluidez verbal y velocidad de procesamiento. Presenta una consistencia interna de .73

El Listado de Adjetivos para la Evaluación del Autoconcepto en adolescentes y adultos (LAEA)

El cuestionario (Garaigordobil, 2011) consta de 57 adjetivos positivos que miden el autoconcepto físico, emocional social e intelectual en personas de 12 a 65 años. La persona señala en que grado le describe cada adjetivo en una escala de 0 a 4, donde 0 significa “nada”, 1 “un poco”, 2 “moderadamente”, 3 “bastante”, y 4 “mucho”. La consistencia interna presenta un Alfa de Cronbach de .9.

Cuestionario de Autoevaluación de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)

El cuestionario fue diseñado específicamente para medir la ansiedad (Spielberger et al., 1970). Incluye dos escalas de autoevaluación que miden dos conceptos independientes de la ansiedad: el estado y el rasgo. La

ansiedad estado es como una condición emocional transitoria que no forma parte de la personalidad, y está caracterizada por sentimientos subjetivos de tensión y aprensión. La ansiedad rasgo es como una tendencia ansiosa y estable. La persona percibe a otros individuos y a las cosas como amenazadoras, elevando así la ansiedad. Las dos escalas constan de 20 ítems cada una, que se puntúan en una escala tipo Likert, con cuatro opciones de respuesta, “nada”, “algo”, “bastante” y “mucho” que puntúan de 0 a 3. El cuestionario tiene una consistencia interna en la adaptación española, entre .9 y .93 en la ansiedad/estado y entre .84 y .87 en ansiedad/rasgo (Buela-Casal et al., 2011).

Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI).

El PAI adaptado a la versión española (Ortiz-Tallo et al., 2011) es un cuestionario de personalidad que se aplica en ámbitos de psicología clínica, neuropsicología, psicología forense y del trabajo y de las organizaciones. Proporciona una evaluación global de la psicopatología y se aplica a adultos. Es un cuestionario tipo Likert formado por 344 ítems con 4 opciones de respuesta falso, ligeramente verdadero, bastante verdadero y completamente verdadero. Consta de 22 escalas, 4 de ellas de control, 11 clínicas, 5 de tratamiento y 2 de relaciones interpersonales. Las escalas están centradas en los trastornos más relevantes en la práctica clínica: quejas somáticas, ansiedad y trastornos relacionados, depresión, manía, paranoia, esquizofrenia, rasgos límites, y problemas de alcohol y drogas. Su corrección se realiza mediante plataforma online. La fiabilidad fue de .82 y la consistencia interna tiene alfa de Cronbach promedio de .78 para la muestra normal y de .83 para la muestra clínica (Font-Mayolas, 2013).

4. Formulación clínica del caso

En el caso que aborda el presente estudio se puede encontrar una edad de comienzo de consumo muy temprana motivada por los sentimientos de rechazo que sufre por parte de su familia y un apego desorganizado, ya que existen padres ausentes y hay carencia de afectividad. Durante la entrevista formuló que no había recibido muestras de cariño durante su niñez.

Alberto comienza en la infancia a desarrollar hipervigilancia, todo lo siente como una amenaza, y gestiona él mismo las diversas situaciones conflictivas que van surgiendo en los diversos contextos en los que se desarrolla. Se encuentra un entorno frecuente de sustancias, en el ambiente familiar uno de los hermanos ha consumido desde muy joven y en el barrio donde se ha criado algunos de sus familiares y vecinos son consumidores habituales de sustancias.

En la adolescencia una situación de abuso por parte de un familiar donde nadie le apoya ni le cree, produce que emocionalmente se desregule y no encuentre ayuda a su alrededor. Toda esta situación le llevó a intentar cometer suicidio en la adolescencia y posteriormente ha tenido varios intentos cuando se ha sentido maltratado. Asimismo, desde entonces refiere tristeza y soledad.

Su formación académica consta solo de estudios primarios y se ha dedicado al tráfico de sustancias desde su adolescencia.

Desde edad temprana ha tenido diversas parejas con las que estuvo muy involucrado emocionalmente y estas han ejercido maltrato psicológico sobre él. Esto produjo una asertividad y autoestima baja que le convirtió en dependiente emocional de sus parejas. Ante estas situaciones aparecen siempre sentimientos de frustración, soledad, y miedo ante el futuro. La red social de la que se rodea se reduce a personas consumidoras.

Alberto sufrió la muerte de un sobrino con el que estuvo muy unido, esto le hizo pensar que podía perder a las personas más cercanas a él afectivamente y esto derivó en un cuadro depresivo que agravó su sintomatología de soledad y tristeza.

Se produce una falta de control de impulsos en diversas situaciones en las que tiene acceso a drogas y se encuentra mal anímicamente, en estas situaciones no es capaz de regular sus emociones, sufriendo continuamente altibajos.

Con la terapia se pretende conseguir una disminución en el consumo de cocaína o abstinencia, mejorar la calidad de vida de Alberto, disminuir la ansiedad, lograr prevenir las recaídas, controlar los impulsos,

mejorar su autoestima, que consiga mejorar la higiene del sueño, que se produzca una mejora en la relación con su madre y conseguir su reinserción en sociedad.

4.1. Hipótesis

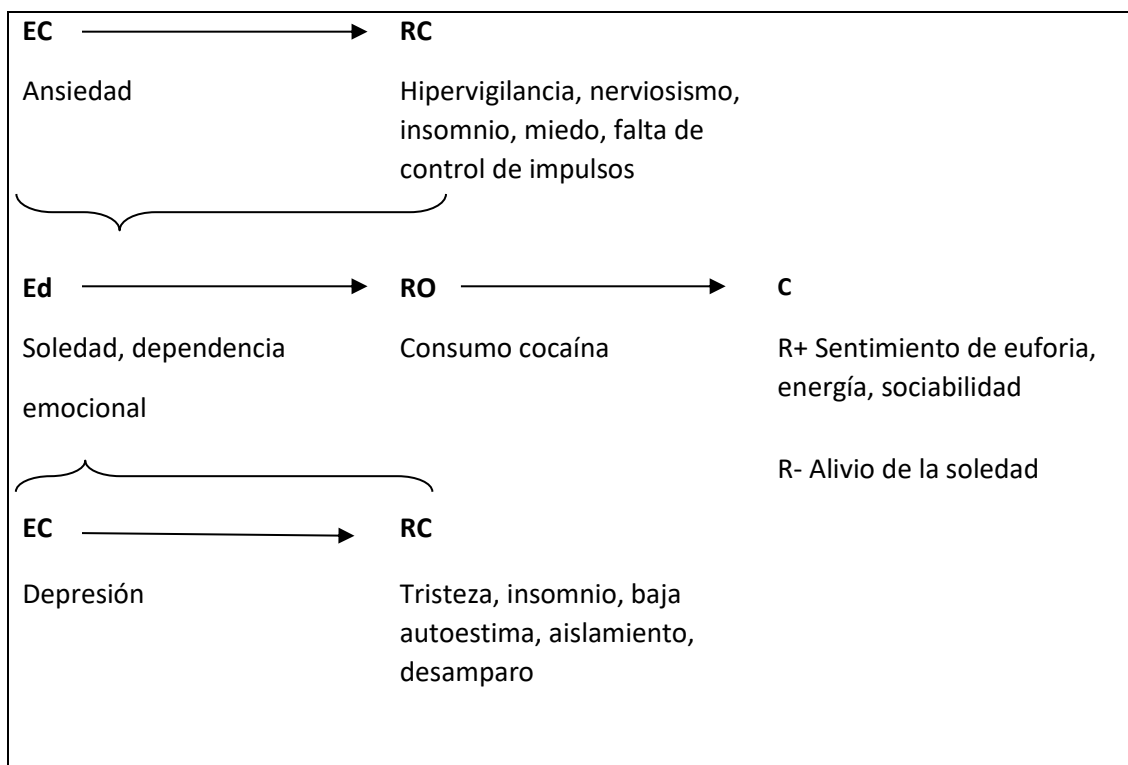
Como hipótesis de inicio se plantea que el consumo surge en su preadolescencia a partir de sentimientos de tristeza, desamparo y soledad y no contar con una red de apoyo familiar.

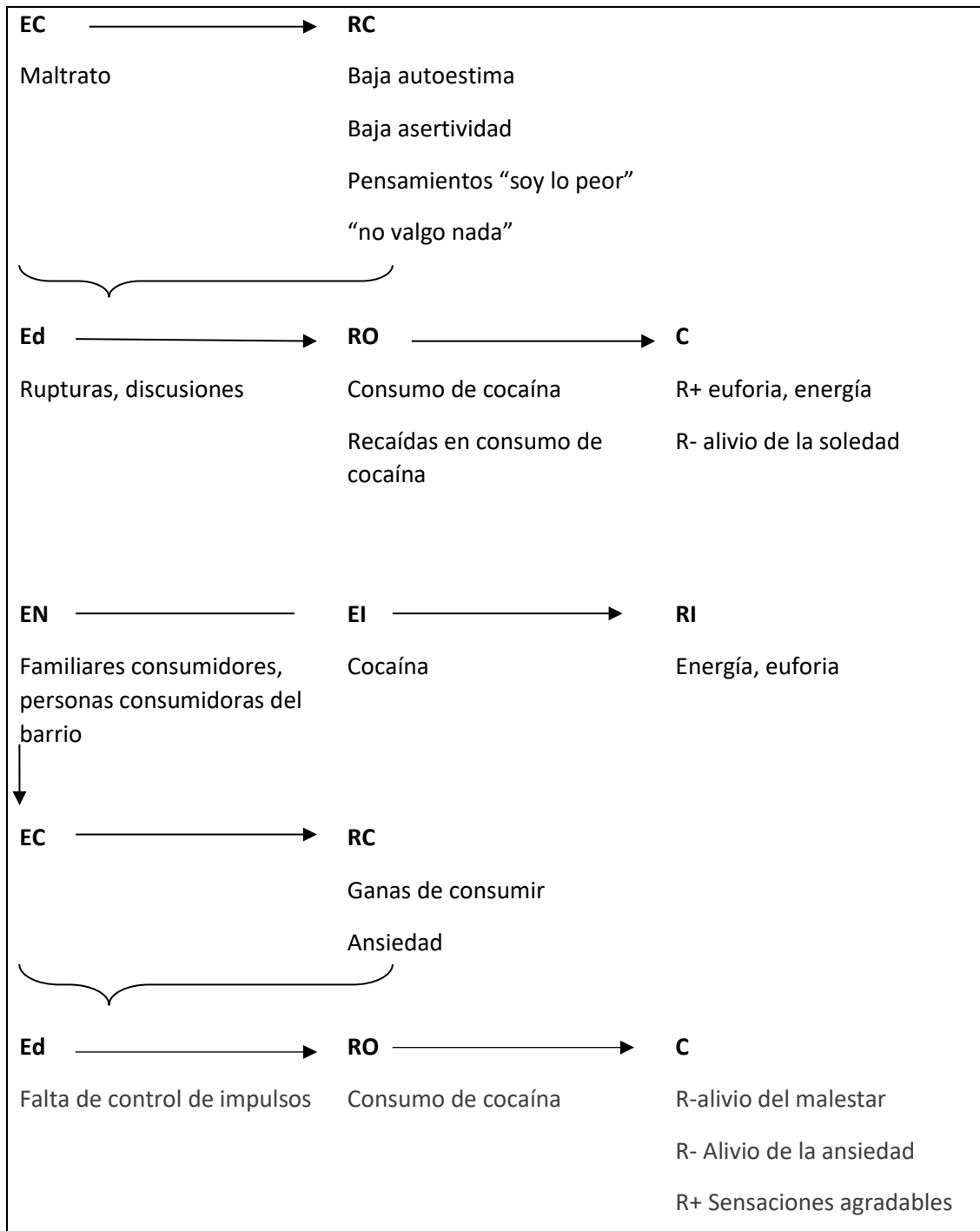
En estos momentos la hipótesis de mantenimiento es una falta de red social afectiva, una situación emocional inestable y una falta de control de impulsos y asertividad que le llevan a consumir cocaína para intentar regular sus emociones. Cuando consume nota más alegría, energía y ganas de hacer actividades, seguidas de las consecuencias devastadoras de la cocaína que se tornan en todo lo contrario depresión, ansiedad, tristeza.

4.2. Análisis Funcional

Figura 1

Análisis Funcional





EC: Estimulo Condicionado
RC: Respuesta Condicionada
Ed: Estímulo discriminativo
RO: Respuesta Operante
C: Consecuentes
EN: Estímulo Neutro
EI: Estímulo Incondicionado
RI: Respuesta incondicionada

5. Tratamiento

Hay que señalar que los tratamientos que integran el Modelo Matrix tratan de conseguir principalmente cambios en estilo de vida de la persona, enseñarle a prevenir las recaídas, se enseña qué conlleva el abuso de sustancias y cómo aparece la dependencia, se fomenta que la familia participe en el tratamiento y se trata de dar continuidad al tratamiento.

El modelo Matrix está recogido en los manuales del terapeuta y del usuario (Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias de la Región de Murcia, 2013).

En el momento inicial de ingreso en el centro se realizan 3 entrevistas de manera individual. Una entrevista estructurada para obtener información básica sobre el paciente y firmar el consentimiento informado. Posteriormente se realiza el PTI para obtener información sobre los objetivos que desea alcanzar la persona y se formulan los objetivos propuestos, al mismo tiempo que se le indica en qué consistirá el tratamiento y se explican las pruebas que se realizarán al inicio y a los 6 meses de tratamiento para ver su evolución. Del mismo modo también se indica el funcionamiento de las sesiones grupales y familiares y los diversos talleres y se adquiere el compromiso de seguir el mismo. La tercera sesión consiste en una entrevista de evaluación que ahonda en cuestiones personales relacionadas con la vida del paciente.

La intervención se lleva a cabo de manera ambulatoria con grupos de entre 4 y 12 personas (ver Tabla 1). Todos los grupos son abiertos, es decir, los usuarios pueden incorporarse en el grupo en cualquier momento en el que este se encuentre, no es necesario que sigan el orden. El tratamiento intensivo dura 16 semanas, y hay varias sesiones por semana. Se inicia con 3 sesiones en las que interviene el paciente y su familia. Posteriormente hay un grupo de habilidades de recuperación temprana, con grupos de 4 a 8 personas y con periodicidad de 2 sesiones por semana, hasta completar 9 sesiones. Otro grupo de entre 8 y 12 personas tiene 33 sesiones de prevención de recaídas, con una periodicidad de 2 sesiones por semana. Asimismo, se establecen un grupo de educación para familias con unas 10 o 12 sesiones semanales y otro de apoyo social durante 36 semanas una vez a la semana. Al grupo de apoyo social se puede asistir después de terminar las 12 sesiones de educación familiar.

Tabla 1
Fases del tratamiento

Fases	Tipo de sesiones	Número de sesiones	Asistentes	Frecuencia
Evaluación	Sesiones individuales	3 sesiones		
Tratamiento intensivo 16 semanas	Sesiones Paciente-Familia	3 sesiones	Paciente y miembros familiares	1 semana
	Sesiones grupales (Habilidades de recuperación temprana)	9 sesiones	4-8 personas	2 sesiones por semana
	Sesiones grupales (prevención de recaídas)	33 sesiones	8-12 personas	2 sesiones por semana
	Sesiones educativas grupales de familiares y pacientes	12 sesiones		1 sesión por semana
	Talleres			2 por semana
	Análisis de orina			1 vez por semana
	Sesiones individuales(análisis)			1 por semana
Tratamiento de continuidad	Apoyo social	36 sesiones		1 vez por semana
	Análisis de orina			1 vez por semana
	Talleres			2 por semana
	Sesiones individuales (análisis)			1 por semana

Durante el tratamiento con el Modelo Matrix las personas asistentes tienen una agenda que se rellena y lee al inicio de cada día en una reunión grupal. En ella se refleja si se cumplieron los objetivos del día anterior y que actividades se realizaron y los objetivos para el día, junto con la programación del día actual. En las 3 sesiones familiares iniciales se orienta a las personas y sus familias en el Modelo Matrix, se les ayuda a evaluar el progreso y analizar las crisis y se les ayuda a establecer metas.

Las sesiones grupales de habilidades de recuperación temprana tratan de explicar habilidades para que la persona pueda lograr la abstinencia. Cada asistente tiene un archivador donde hay un calendario donde pueden ir marcando cada día si han estado abstinentes o en consumo con unas pegatinas verdes y rojas. Estas sesiones se hacen para dotar a las personas de psicoeducación y que sean capaces de identificar sus objetivos. Se trata de crear una sensación de autoeficacia y que se sientan apoyados. El terapeuta que lleva las sesiones facilita el clima relajado entre todos los asistentes mediante conversaciones relajadas, les invita a presentarse y se trata de que al hablar no se haga referencia a las formas de consumo, ni se entre en detalles. Se trata de ser amable y respetuoso y motivar a las personas asistentes a participar y comprometerse. Las sesiones tratan sobre los siguientes temas:

- Sesión 1. Detener el ciclo. Se trata de identificar los estímulos que actúan como detonantes y hacen que surja el consumo. El terapeuta invita a que cada uno hable de sus detonantes y se puedan desarrollar alternativas de conducta. Se enseñan estrategias como la parada de pensamiento.
- Sesión 2. Identificar disparadores externos. Se identifican los estímulos compulsivos externos que cada uno tiene y que hacen que se produzca el consumo de sustancias.
- Sesión 3. Identificar disparadores internos. Se identifican los estados internos que llevan al consumo de sustancias como son emociones y pensamientos.
- Sesión 4. Ambivalencia. Se identifica la lucha interna entre consumir y el deseo de estar mejor.
- Sesión 5. Cambios bioquímicos en la recuperación. Se identifican los cambios físicos que se producen durante el proceso de recuperación.
- Sesión 6. Desafíos comunes en la recuperación temprana. Se identifican los asuntos que pueden surgir como problemas. Se identifican los argumentos de cada persona para no dejar de consumir.
- Sesión 7. Pensamientos, emociones y comportamientos. Se señalan los cambios, cognitivos, emocionales y de comportamiento que afectan a todo el proceso de recuperación.
- Sesión 8. Impulsividad y recompensa inmediata. Se identifica la impulsividad y la recompensa inmediata, así como los refuerzos inmediatos positivos.

- Sesión 9. Consejos de los 12 pasos. Se facilitan herramientas para poder recuperarse.

El Grupo de Prevención de Recaídas tiene como objetivos permitir que las personas asistentes estén en contacto con otros en recuperación, se identifican posibles problemas y precursores de recaídas, se proporcionan estrategias y herramientas, y se permite que se beneficien de la experiencia de 1 o 2 personas ya abstinentes que habrá también presentes en las sesiones. El terapeuta debe saber manejar la información, debe ser percibido como una figura en la que se puede confiar, debe ser empático y equitativo. Las sesiones se distribuyen de la siguiente manera:

- Sesión 1. Alcohol. Promover la conciencia de las consecuencias de tomar alcohol.
- Sesión 2. Aburrimiento. Cuando la gente deja de consumir frecuentemente refiere aburrimiento. Se proponen y planifican actividades para evitar esta sensación.
- Sesión 3. Evitar la deriva hacia la recaída y cuadro de amarres. Se trata el movimiento de la recaída en la sustancia y los comportamientos que ayudan a mantenerse en la recuperación.
- Sesión 4. Trabajo y recuperación. Se relacionan las situaciones profesionales que pueden hacer que sea más difícil la recuperación.
- Sesión 5. Culpa y vergüenza. Se trata el sentimiento de sentirse mal por haber consumido y no haberse ocupado de las cosas que importan.
- Sesión 6. Mantenerse ocupado. Se identifican actividades que pueden ayudar a la recuperación.
- Sesión 7. Motivación para recuperarse. Se identifican los motivos para mantenerse abstinente.
- Sesión 8. Honestidad. Se fomenta el decir la verdad de los motivos que importan para mantenerse abstinente.
- Sesión 9. Abstinencia total. Se trata la importancia de mantenerse abstinente en todo tipo de sustancias que pueden incitar a recaídas.
- Sesión 10. Sexo y recuperación. Se trata la relación del sexo y el consumo.
- Sesión 11. Anticipar y prevenir las recaídas. Se identifican los pensamientos, emociones ligadas a las recaídas.
- Sesión 12. Confianza. Se aborda el tema de la confianza que tienen los demás en la persona consumidora y como restablecer lazos.
- Sesión 13. Inteligencia versus fuerza de voluntad. La fuerza de voluntad no es suficiente para mantenerse abstinente.

- Sesión 14. Habilidades de comunicación. Se señalan diversas maneras de relacionarnos que tienen que ver con la asertividad.
- Sesión 15. Gestionar mi vida y mi dinero.
- Sesión 16. Justificar la recaída (I). El objetivo es identificar las justificaciones para recaer.
- Sesión 17. Cuidar de uno mismo. Se ayuda a prestar atención a la salud y el aspecto físico.
- Sesión 18. Disparadores emocionales. Se identifican los disparadores emocionales relacionados con el consumo.
- Sesión 19. Enfermedad. Ponerse enfermo puede suponer un riesgo de recaída.
- Sesión 20. Reconocer el estrés. Se señalan los síntomas que ayudan a identificar el estrés.
- Sesión 21. Justificar la recaída (II). Se siguen viendo justificaciones para la recaída.
- Sesión 22. Reducir el estrés. Se habla sobre como disminuir el estrés.
- Sesión 23. Controlar la ira. Se aborda el tema de la ira en las etapas iniciales.
- Sesión 24. Aceptación. La persona acepta que tiene una adicción y sus limitaciones.
- Sesión 25. Hacer nuevos amigos. Se trata la importancia de tener apoyos.
- Sesión 26. Reparar relaciones. Se aborda cómo reparar las relaciones que se han dañado.
- Sesión 27. La oración de la serenidad. Mediante una oración se identifican las cosas que es necesario cambiar.
- Sesión 28. Conductas compulsivas. Se ayuda a tomar conciencia de las conductas compulsivas y eliminarlas.
- Sesión 29. Enfrentarse a los sentimientos y a la depresión. Se identifican los sentimientos que aparecen durante el proceso de recuperación.
- Sesión 30. Mirar hacia adelante: manejar momentos de inactividad. Se planifican actividades que ayuden a la recuperación.
- Sesión 31. Día a día. Se centra a los asistentes en el presente.
- Sesión 32. Soñar con las drogas durante la recuperación. Se hace referencia a los sueños que pueden aparecer durante el proceso de recuperación.
- Sesión 33. La espiritualidad. Se aborda que puede significar la espiritualidad en cada caso.

En las sesiones familiares se aborda el tema de la recaída y se ayuda a reconocer la adicción como una condición médica. El terapeuta ayuda a que la familia identifique estímulos que la persona en consumo puede usar para recaer y que de esta manera los alejen de ellos. En conjunto se fomenta el compromiso de apoyo y se practican habilidades de comunicación entre los miembros familiares. En las sesiones también se desarrollan estilos de vida saludables y se enseña a ser paciente con el familiar con el trastorno de adicción. La familia aprende a identificar actividades que se pueden realizar de manera conjunta y se señalan emociones implicadas en el proceso de recuperación.

Los objetivos de las sesiones de apoyo social son crear un grupo donde las personas empiecen a compartir sus inquietudes. La colaboración de personas que se encuentran en periodo de abstinencia y acuden a estas sesiones sirve como modelo de cambio. Se ayuda a fomentar las habilidades sociales en grupo y se proporciona un entorno de confianza donde pueden progresar compartiendo experiencias. Para todo esto en cada sesión se elige una palabra entre todos que va a representar el tema de la sesión. Estas palabras clave son las siguientes: aislamiento, amistad, apariencias y máscaras, codependencia, compromiso, compulsiones, confianza, control, cravings y deseos de consumo, culpa, disparadores, diversión, dolor o pena, egoísmo, emociones, envejecer, espiritualidad, felicidad, físico, honestidad, inteligencia, intimidad, ira, justificación, miedo, normas, paciencia, parada de pensamiento, planificar, rechazo, recuperación, relajación, sentirse sobrecargado, sexo, trabajo, tristeza y depresión. El terapeuta empieza la sesión con una pregunta orientativa para abrir el debate.

Los talleres en los que se realizan actividades fomentan las habilidades sociales, la autoestima, la relajación, la gratitud, la empatía, la resiliencia, la asertividad, la confianza, la estimulación cognitiva. Estos consisten en ejercicios de memoria, sudokus, ejercicios numéricos, puzzles, visionado de vídeos, juegos como Trivial, Pictionary, musicoterapia, meditación, yoga, baile, karaoke, talleres de escritura, manualidades, cine, jardinería, juegos de palabras encadenadas, juego del ahorcado, creación de disfraces, talleres con plastilina.

6. Valoración del tratamiento

Alberto presenta una actitud positiva cuando llega al centro sociosanitario, es una persona optimista, alegre y con sentido del humor. Se muestra motivado para realizar el tratamiento, firmó el consentimiento informado (ver anexo 4) y las normas que regulan el programa de intervención. Su compromiso inicial se ha visto cumplido con la asistencia a todas las sesiones grupales e individuales que se han planteado en el centro, así como también ha acudido a los diversos talleres que se realizan para que las personas puedan adquirir técnicas de afrontamiento y puedan ganar recursos emocionales y psicológicos. Cabe destacar la mejora de su autoestima después de 6 meses de tratamiento. Cuando entró en centro decía frases como que nadie le quería, que estaba solo, que no iba a encontrar otra pareja y actualmente indica que él vale mucho, que liga mucho y se puede ver que su aspecto físico ha mejorado ya que cuida mucho su imagen. En su imagen también se puede apreciar que las técnicas de higiene del sueño aprendidas en sesiones grupales le han ayudado a poder llevar unas rutinas a la hora de acostarse y levantarse que le han ayudado a poder descansar mejor, refiriendo a su psicóloga que está durmiendo ahora 7 horas seguidas.

Hay que destacar que durante el proceso han surgido 3 recaídas durante el tratamiento que se debieron a problemas que surgieron en una de las ocasiones al discutir con un compañero del centro por una actividad, en otra ocasión tuvo lugar un conflicto con compañeros del piso debido a diferentes opiniones sobre temas de limpieza y, la tercera recaída surgió después de haber mantenido una relación con una persona con la que rompió al haber querido adquirir un compromiso a largo plazo esta pareja y él no sentirse preparado. Las tres situaciones le provocaron una crisis emocional que reguló con el consumo de cocaína. En las sesiones individuales de terapia se mostró reconecedor de lo que había pasado y cumplió su compromiso de no volver a recaer en los días siguientes. Se ha podido observar en los análisis de orina efectuados semanalmente que no han existido consumos exceptuando estas situaciones mencionadas anteriormente. Alberto se ha mostrado en todo momento colaborador con su terapeuta, enfermera y trabajadores sociales del centro siguiendo sus indicaciones para mantenerse abstinente. Ha tratado de buscar hobbies para estar ocupado en otras tareas y no consumir dedicándose a la limpieza de vivienda y a pintar y leer en los ratos libres.

En varias ocasiones ha mostrado su ansiedad cuando ha visto que compañeros del centro se encontraban en consumo, mostrándose muy preocupado por estos. Ha puesto en prácticas las técnicas de relajación y meditación aprendidas en las sesiones grupales. En el ámbito personal la ansiedad no ha disminuido mucho debido a que actualmente tiene un problema de infección de oídos que le preocupa y, también siente incertidumbre por si podrá tener una buena relación con su madre.

En cuanto al tema de control de impulsos le han servido las técnicas de parada de pensamiento e identificación de disparadores, de manera que ha sabido decir no al consumo cuando le han ofrecido

sustancias, pero esta impulsividad también ha servido para que tomase decisiones de desaparecer de la vivienda en dos ocasiones, disminuyendo su adherencia al tratamiento el día posterior de estas situaciones.

En el ámbito social se ha mostrado colaborador con los compañeros y ha tratado de intervenir siempre favorablemente en los grupos de apoyo social en los que ha contado sus experiencias personales. Ha colaborado con el centro en organizar actividades de salida al exterior una vez a la semana y ha colaborado en la realización de las actividades propuestas en los talleres. También se ha podido observar una mejora en retomar actividades que eran de interés para él como el baile y la pintura y se ha mostrado interesado en realizar visitas culturales a centros de la ciudad

En el ámbito familiar, el hecho de que su hermano haya acudido a las terapias familiares también le ha servido para mejorar su relación con este. El hermano ha comprendido qué significa tener una adicción y le ha servido de apoyo escuchándole siempre que ha sido necesario. Los fines de semana ha vuelto a retomar actividades con él. Por otra parte, está sirviendo de mediador para que Alberto retome la relación con su madre.

En general, se está valorando darle el alta del centro, ya que en todas las áreas a mejorar que se fijaron en un principio se han conseguido los objetivos propuestos, y se le han facilitado directrices para que sepa administrar su sueldo y pueda alquilar una vivienda. Alberto ha indicado reconocer cuáles son sus derechos sociales como tener un lugar en la sociedad, valerse por sí mismo y no ser menospreciado por tener una enfermedad de adicción.

En las diversas pruebas pasadas al inicio de ingresar en el centro y a los 6 meses de estar en él se puede ver que las medidas pre-test y post-test reflejan resultados satisfactorios en las diversas áreas sobre las que se ha trabajado (ver Tabla 2).

Tabla 2

Medidas Pre-test y Post-test cuestionarios y test.

Test	Medida Pre-test	Medida Post-test
EHS	Pc=50	Pc=58
GENCAT	Pc=75	Pc=79
LAEA	Pc=80	Pc=98
SCIP-S	Pc=20	Pc=53
STAI	Rasgo Pc=97 Estado Pc=99	Rasgo Pc=80 Estado Pc=90
URICA	Fase acción	Fase mantenimiento

En el test ASI-6 se comprobó que Alberto tenía un consumo diario previo al mes anterior a su ingreso en planta psiquiátrica de hospital, así como unas relaciones familiares ausentes, y un estado emocional bajo. Alberto facilitó datos en esta prueba que luego corroboró en la entrevista estructurada, indicando que consumía a diario, normalmente cuando está solo y cuando se encuentra con bajo estado de ánimo. Sabe dónde comprar la sustancia a proveedores habituales e indicó que el consumir le hacía evadirse de la realidad y le hacía sentirse mejor en el momento.

La EHS. En el pretest se observan puntuaciones medias en la mayoría de las áreas, excepto en el área III que se encuentra en media baja y en el área V muy alta. (ver tabla 3)

Alberto cuenta con buenas habilidades sociales.

En las medidas post-test mantiene las habilidades sociales igual excepto en el área III que ha mejorado pasando a encontrarse en la media.

Tabla 3

Percentiles pre-test y post-test EHS

Dimensiones de habilidades sociales	Percentil pre-test	Percentil post-test
Área I. Autoexpresión en situaciones sociales	55	55
Área II. Defensa de los propios derechos como consumidor	45	45
Área III. Expresión de enfado o disconformidad	25	50
Área IV. Decir no y cortar interacciones	40	40
Área V. Hacer peticiones	85	85
Área VI. Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto	40	40
Percentil Total	50	55

El test GENCAT inicial muestra un perfil con una autodeterminación, desarrollo personal, inclusión social y relaciones interpersonales altas, mostrando más bajos el bienestar material, emocional y físico y valoración de derechos. Se comprueba en las medidas post-test una mejoría en bienestar material y valoración de derechos. Los resultados de bienestar físico y emocional más bajo se corresponden con un problema médico que atraviesa actualmente. (Ver tabla 4)

Tabla 4

Percentiles pre-test y post-test GENCAT

Dimensiones de calidad de vida	Percentil pre-test	Percentil post-test
Bienestar emocional	50	25
Relaciones interpersonales	75	75
Bienestar material	25	63
Desarrollo personal	95	95
Bienestar físico	37	25
Autodeterminación	95	91
Inclusión social	75	84
Derechos	50	75
Percentil índice calidad de vida	75	79

En LAEA Alberto ha mostrado buen autoconcepto en pre-test realizado al entrar en centro y en las medidas post-test también.

El cuestionario SCIP-S muestra que en el pre-test el resultado en fluidez verbal se encuentra en un rango bajo, y en el post-test la fluidez verbal ha mejorado encontrándose dentro de la media. (Ver tabla 5)

Tabla 5

Percentiles pre-test y post-test SCIP-S

Pruebas deterioro cognitivo	Percentil pre-test	Percentil post-test
Aprendizaje Verbal Inmediato	56	81
Memoria de Trabajo	18	52
Fluidez Verbal	7	29
Aprendizaje Verbal Diferido	24	40
Velocidad de Procesamiento	58	58
Percentil Total	20	53

En PAI aparecen varios ítems críticos en el pre-test:

- Delirios y alucinaciones: Indica que ha oído voces que nadie más es capaz de oír.
 - Riesgo de autolesión: Indica que ha hecho planes para matarse y que no le interesa la vida.
 - Riesgo de agresión: Indica que a veces explota y pierde completamente el control sobre él.
 - Abuso de sustancias: Formula haber probado diversos tipos de drogas.
 - Estresores traumáticos: Ha vivido una experiencia terrible y el sentimiento de culpa aparece en él.
- Tiene pesadillas con el pasado y la experiencia vivida hace que no muestre interés por algunas actividades que antes le gustaban.

En el post-test los delirios y alucinaciones, así como el riesgo de agresión ya no aparecen, pero sigue habiendo ítems que reflejan aspectos que le siguen preocupando.

- Riesgo de autolesión: Aparecen planes para matarse e indica que no le interesa la vida.
 - Abuso de sustancias (actual y pasado): Ha probado casi todos los tipos de drogas.
 - Estresores traumáticos: Ha vivido una experiencia terrible y el sentimiento de culpa aparece en él.
- Tiene pesadillas con el pasado y la experiencia vivida hace que no muestre interés por algunas actividades que antes le gustaban.

El cuestionario STAI muestra en el pre-test una ansiedad estado con percentil 99 y ansiedad rasgo $P_c=97$. Se puede observar que el usuario presenta ansiedad estado muy alta, así como, en referencia a la ansiedad rasgo que también se encuentra muy por encima de la población general. En las medidas post-test la ansiedad estado tiene un P_c de 90 y la ansiedad rasgo 80. Los valores de ansiedad estado se mantienen altos debido al problema que tiene en los oídos.

El test URICA arroja resultados que muestran que se encuentra en la fase de acción inicialmente y en el post-test el resultado muestra haber avanzado a una fase de mantenimiento.

7. Discusión y conclusiones

El presente estudio tiene como objetivo probar la eficacia del Modelo Matrix en un estudio de caso de una persona con abuso de consumo de cocaína. El Modelo Matrix (2013) fue creado en su inicio para tratar casos de adicción a metanfetaminas y a cocaína y surgió debido al alto consumo de estos que se realizó durante la década de los 80 y personas que acudían pidiendo ayuda. Surgió de la observación de la eficacia de la intervención de diferentes terapias e integró las mismas (Zarza González et al., 2011). El programa se ha ido perfeccionando durante los años siguientes y en estos momentos cobra especial relevancia debido a que la cocaína es la segunda droga ilegal más consumida. La realización del presente estudio de caso se ha hecho con un Modelo que ha sido calificado como uno de los más efectivos para la adicción a la cocaína y metanfetaminas ((NIDA), s. f.-d). Diversos estudios prueban su eficacia como el de Rawson et al., (1995) en el tratamiento de adicción a cocaína y el de Massah et al. (2017) en el tratamiento de la adicción a metanfetaminas. Alberto, que ha sido la persona sobre la que se aplicó el tratamiento, ingresó en el centro de tratamiento y se fijaron como objetivos principales disminuir el consumo de cocaína y mejorar la calidad de vida. Como objetivos específicos se fijaron disminuir la ansiedad, prevenir las recaídas, mejorar el control de impulsos, la autoestima y la higiene del sueño, así como lograr su reinserción en sociedad, mejorar la relación familiar con su hermano y poder retomar el contacto con madre. Se han tomado medidas pre-test y post-test de la calidad de vida mediante la escala GENCAT, la evaluación del cambio mediante escala URICA, las habilidades sociales mediante la escala EHS, el deterioro cognitivo mediante SCIP-S, el autoconcepto mediante cuestionario LAEA, la ansiedad mediante cuestionario STAI y el autoconcepto mediante cuestionario LAEA. Como se ha podido comprobar se han conseguido los objetivos propuestos ya que, los resultados obtenidos muestran mejoras entre los valores iniciales y los tomados a los 6 meses. En las sesiones realizadas durante los meses de tratamiento de manera grupal e individual también se ha visto como se produce una mejora en Alberto a lo largo de todo el proceso destacando la mejoría en ansiedad en la que se produjo una disminución considerable. El Modelo ya resultó eficaz en el tratamiento de depresión y ansiedad como muestran los estudios de Eghbali et al., (2013) y los estudios sobre el tratamiento de la depresión en personas con adicción a marihuana (Kaviani et al., 2021).

La consecución de los objetivos depende de que se deje de consumir cocaína, para ello existen medidas objetivas rigurosas como los análisis de orina. Ehteshami Pouya et al. (2018) probaron la eficacia del análisis de orina a la hora de medir la severidad del grado de adicción. En el caso de Alberto los análisis han ido corroborando que no se estaba produciendo consumo de la sustancia.

Otro de los aspectos que ha podido contribuir a la consecución de los objetivos durante los meses que se realizó la intervención es el buen vínculo generado entre Alberto y los terapeutas. La alianza entre terapeuta y paciente resulta beneficiosa en el Modelo Matrix a la hora de intentar conseguir los objetivos

(Zarza González et al., 2011). El modelo Matrix no trata de imponer el cumplimiento de objetivos, se basa en técnicas motivacionales de Miller y Rollnick (2012) por parte de los terapeutas en la entrevista. De esta manera en el proceso se consigue que Alberto tenga una gran adherencia al tratamiento y se muestre muy colaborador en todo momento con todos los integrantes del equipo. Es importante destacar que la adicción se trata como una enfermedad que va a acompañar a la persona toda la vida, por lo que se le debe dotar de recursos y destacar sus fortalezas para poder emplearlas en situaciones de riesgo de recaídas (Farnam, 2013; Rawson et al., 1995). En el caso de Alberto se le hizo ver su positividad y su capacidad de haber podido afrontar diversas situaciones de su vida con fortaleza. El hecho de que él sea una persona reflexiva y analítica ha resultado útil a la hora de que comprenda su proceso de recuperación.

Además, hay ciertos factores que aumentan la probabilidad de que la persona empiece a consumir y que hacen difícil que abandone el consumo. En el caso de Alberto se puede ver que las variables contextuales que se plantearon como hipótesis como son su familia, amigos, barrio en el que habitaba han jugado un papel importante en el inicio y mantenimiento del consumo de cocaína provocando una sintomatología asociada a trastornos del estado anímico que le han llevado a estar desregulado emocionalmente y consumir. El hecho de que él haya sido traficante de droga también ha sido una variable que ha actuado como elemento facilitador. Las sesiones han resultado beneficiosas a la hora de que Alberto identifique las personas, lugares, cosas, sentimientos o situaciones que pueden hacerle recaer y así pueda evitar exponerse a ellos.

En este tipo de intervenciones no solo es importante reducir el consumo sino también adquirir actividades que le resulten reforzantes. Alberto ha indicado que se encuentra preparado para volver a vivir en sociedad de forma autónoma y manifiesta su deseo de alquilar un piso. A lo largo del tratamiento se ha podido comprobar cómo ha adquirido pinturas y ha reanudado esta afición y se encuentra en proceso de retomar las relaciones con su madre que al ingresar en centro fue uno de los temas que más le preocupaba. En este hecho está colaborando su hermano con el que ha vuelto a tener una relación cordial ayudado por los terapeutas en las sesiones grupales de familias. Destaca sobre todo el cambio de actitud producido en Alberto. Actualmente se puede ver su deseo por ayudar a los demás, y sus ganas de estar en contacto con otras personas. Cuando habla de la cocaína se refiere a ella en pasado como algo que ya no forma parte de su vida y sus pensamientos hacia él mismo han cambiado, mostrando ganas de vivir, de cuidarse, e ilusión por realizar actividades y tener relaciones sociales.

En la medida que sea posible se debería realizar el seguimiento de Alberto a los 6 meses de finalizar el tratamiento, al año y 2 años para comprobar la eficacia de este como se ha hecho con otros usuarios. Hay que controlar si Alberto sigue manteniendo la abstinencia y si su mejora en la calidad de vida se ha mantenido. De la misma manera se pueden analizar en los mismos periodos el control de impulsos, la

ansiedad, la autoestima, la higiene del sueño, la reinserción en sociedad y la mejora en la relación con su madre.

7.1. Limitaciones

Existen variables que si no se controlan pueden favorecer las recaídas. En el presente estudio de caso la intervención se ha ceñido a lo dispuesto en el Manual para terapeutas del Modelo Matrix. Cabe destacar que, aunque las sesiones individuales se han realizado sobre problemas del presente, Alberto manifestó haber vivido situaciones en su vida traumáticas que no se han abordado. El hecho de no haber trabajado en terapia estas situaciones podría hacer que en un futuro se viese afectado. Diversos estudios han relacionado el estrés postraumático y el consumo indicando que este se debe tratar para evitar recaídas (Bailey et al., 2019; González-Barroso et al., 2017; Mancheno et al., 2019). El revivir situaciones parecidas o no haber tratado estas, podría desencadenar una desregulación emocional en él. La desregulación emocional está relacionada con el consumo de sustancias (Cabrera et al., 2020; Lopez Ceballos, 2021) y en el caso de Alberto le llevan a consumir por lo que podría incurrir en una recaída si no cuenta con suficientes recursos.

Cabe destacar también como limitación el contexto en el que vive Alberto durante su estancia en el centro. Durante la estancia en la vivienda de autogestión ha estado conviviendo en el piso con personas con diferentes grados de severidad a la adicción. En algunos casos ha estado presente mientras se producían consumos por parte de otras personas, lo que ha provocado que la proximidad a la sustancia y que esta sea accesible le lleve a tener ansiedad. Otro hecho relacionado con el contexto es el acudir a terapia con personas con patología dual. Las personas con esta patología tienen más retos en el proceso de rehabilitación (Lopera Lopera et al., 2019) lo que puede interferir en el proceso de recuperación de otros compañeros en la terapia grupal. En algunas sesiones se han producido episodios de brotes psicóticos que han perturbado el clima del centro y consecuentemente el estado anímico de los que había alrededor. Debido a que Alberto es una persona que muestra hipervigilancia por todo, ha habido diversas situaciones le han afectado anímicamente. Hechos como el consumo de compañeros han provocado estrés en él y le han llevado a discutir con varias personas, provocándole pensamientos negativos como que no es aceptado por los demás y causándole ansiedad, hechos que han podido influir en su deseo de consumir y le han hecho sentir mal.

7.2. Líneas futuras

Debido a que constantemente emergen nuevas sustancias de consumo es importante que se abran líneas futuras de investigación de estudios de caso con el Modelo Matrix para poder comprobar la eficacia del tratamiento con estas.

Asimismo, el consumo de sustancias puede cursar con trastornos comórbidos como ansiedad y depresión (Virtanen et al., 2020), trastornos de estrés postraumático (Soder et al., 2019), trastornos psicóticos (Wilson et al., 2018) o trastorno obsesivo compulsivo (Correcher et al., 2019). Los estudios han demostrado que la ansiedad y la depresión disminuyen al tratar el abuso de sustancias con el Modelo Matrix (Masaeli et al., 2018), por lo que en el futuro se puede realizar un estudio sobre la eficacia que tendría en la sintomatología asociada a estos trastornos el tratar el abuso de sustancias mediante el Modelo Matrix.

Otro posible estudio sería probar su eficacia en otros trastornos comportamentales como el Trastorno de Juego por Internet ya que se ha comprobado se activan sistemas de recompensa similares a los que se activan con el consumo de sustancias, y que los síntomas conductuales producidos son similares a los que produce el consumo de sustancias (Carbonell, 2014).

En España el Modelo Matrix solo es aplicado en centros penitenciarios y centros de día de la Región de Murcia (Consejería de Sanidad, 2017), se pueden realizar estudios de si se podría implementar en otras Comunidades con éxito.

7.3. Conclusiones

A través de este estudio de caso, se ha comprobado una vez más que el Modelo Matrix ha resultado eficaz en el tratamiento de una persona con abuso de consumo de cocaína. Se han cumplido los objetivos propuestos al inicio del programa y los resultados obtenidos han sido satisfactorios.

8. Referencias bibliográficas

- Aguilar, K. (2019). *Programa de intervención cognitivo-conductual para la prevención de recaídas con adictos a la cocaína*. Universidad Autónoma del Estado de Morelos.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®)* (5ª Ed).
- Bailey, K., Trevillion, K., y Gilchrist, G. (2019). What works for whom and why: A narrative systematic review of interventions for reducing post-traumatic stress disorder and problematic substance use among women with experiences of interpersonal violence. *Journal of substance abuse treatment*, 99, 88-103.
- Benito, E., Mora, C., y Macía, A. (2016). Propiedades psicométricas de la Escala Gencat de calidad de vida en una muestra de personas sin hogar. *Siglo cero*, 47(1), 23-36.
- Betancourt, I., y Betancourt, Y. (2020). Cocaína: historia, arte y medicina. *IV Encuentro internacional Estilos de vida vs hábitos tóxicos*.
- Blanco, C., Flórez-Salamanca, L., Secades-Villa, R., Wang, S., y Hasin, D. S. (2018). Predictors of initiation of nicotine, alcohol, cannabis, and cocaine use: Results of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *The American journal on addictions*, 27(6), 477-484.
- Bobes, J., Bascarán, M. T., Bobes-Bascarán, M. T., y Carballo, J. L. (2007). *Valoración de la gravedad de la adicción*. Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y
- Cabana-Domínguez, J., Shivalikanjli, A., Fernández-Castillo, N., y Cormand, B. (2019). Genome-wide association meta-analysis of cocaine dependence: shared genetics with comorbid conditions. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 94, 109667.
- Cabrera, G., Londoño, N. H., Arbeláez, J. S., Cruz, J. D., Macías, L. Y., y España, A. M. (2020). Desregulación emocional y conducta disocial en una muestra de adolescentes en conflicto con la ley. *Pensamiento Psicológico*, 18(1), 103-115.
- Carbonell, X. (2014). La adicción a los videojuegos en el DSM-5. *adicciones*, 26(2), 91-95.
- Carroll, K. M., y Kiluk, B. D. (2021). Cognitive-behavioral therapy. *The American Psychiatric Association Publishing Textbook of Substance Use Disorder Treatment*, 345.
- Castaño, V. (2020). *Por un mundo sin drogas (unidad didáctica)*.
<https://acervodigitaleducativo.mx/handle/acervodigitaledu/38380>
- Consejería de Sanidad. (2017). *El modelo 'Matrix' para abandonar las drogas se extiende a todos los centros penitenciarios de la Región*. <http://www.murciasalud.es/noticias.php?op=ver&id=380733#>

- Correcher, P. S., González, L. S. V., y Martín, J. D. M. (2019). Trastornos de la personalidad. Formas límite. Trastorno obsesivo-compulsivo. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(85), 4975-4983.
- del Bosque, J., Fuentes, A., Bruno, D., Espínola, M., García, N. G., Abdalá, A. L., Medina-Mora, M. E., Alvarado, R. N., Natera, G., y García, O. P. (2014). La cocaína: consumo y consecuencias. *Salud mental*, 37(5), 381-389.
- Dozois, D. J. A., Westra, H. A., Collins, K. A., Fung, T. S., y Garry, J. K. F. (2004). Stages of change in anxiety: Psychometric properties of the University of Rhode Island Change Assessment (URICA) scale. *Behaviour research and therapy*, 42(6), 711-729.
- Ducci, F., y Goldman, D. (2012). The genetic basis of addictive disorders. *Psychiatric Clinics*, 35(2), 495-519.
- Eghbali, H., Zare, M., Bakhtiari, A., Monirpoor, N., y Ganjali, A. (2013). The effectiveness of matrix interventions in improving methadone treatment. *International journal of high risk behaviors & addiction*, 1(4), 159.
- Ehteshami Pouya, S., Momtazi, S., Makri, A., Eskandari, Z., y Dadashi, M. (2018). The efficacy of matrix model treatment in the reduction of addiction severity and relapse prevention among amphetamine abusers. *Journal of Advances in Medical and Biomedical Research*, 26(117), 21-31.
- Escohotado, A. (2002). *Historia general de las drogas*. Espasa.
- Farnam, A. (2013). The effectiveness of matrix model in relapse prevention and coping skills enhancement in participants with substance dependency. *Scientific Quarterly Research on Addiction*, 7(25), 25-38.
- Font-Mayolas, S. (2013). ADAPTACIÓN ESPAÑOLA DEL INVENTARIO DE EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD (PAI). Autor: Leslie C. Morey (1991, 2007). Adaptación española: Ortiz-Tallo, M.; Santamaría, P.; Cardenal, V. & Sánchez, MP Editorial TEA, Madrid, España. 2011. Comenta: Sílvia Font-Mayol. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación-e Avaliação Psicológica*, 1(35), 225-231.
- Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias de la Región de Murcia. (2013). *Modelo Matrix (Manuales)*. <http://www.matrix.e-drogas.es/>
- Fundación por un mundo sin drogas. (s. f.). *La verdad sobre la cocaína*. Recuperado 7 de diciembre de 2021, de <https://www.noaladroga.es/drugfacts/cocaine/a-short-history.html>
- Garaigordobil, M. (2011). *LAEA: listado de adjetivos para la evaluación del autoconcepto en adolescentes y adultos*. TEA.
- García-Rodríguez, O., Secades-Villa, R., Fernández, G. G., Hervás, E. S., y Zacarés-Romaguera, F. (2009). El

Programa de Reforzamiento Comunitario (CRA) más terapia de incentivos para el tratamiento de la adicción a la cocaína. *Norte de salud mental*, 8(34), 7-14.

Gismero, E. (2002). *EHS, Escala de Habilidades Sociales*. Tea.

González-Barroso, A. R., Álvarez-Calderón, M., y Alcón-Durán, A. (2017). Trastorno por Consumo de Sustancias en casos de Trauma Psicológico: ¿Qué hubo antes de la droga? *Avances en Psicología Clínica.*, 114.

Hernández, M. del C. (2019). *Propuesta de programa de deshabituación de cocaína: intervención psicológica en tratamiento individual*. Universidad Católica de Valencia San Vicente Martir.

Kaviani, A. R., Javid, H., Baghooli, H., y Barzegar, M. (2021). Comparison of the effectiveness of motivational interviewing and matrix treatment with Cognitive-Behavioral Approach on depression and quality of life in marijuana users. *Psychological Methods and Models*, 12(45).

Kohut, S. J., y Bergman, J. (2017). Medication strategies for the management of cocaine use disorder. En *The neuroscience of cocaine* (pp. 627-637). Elsevier.

Koob, G. F., y Volkow, N. D. (2010). Neurocircuitry of addiction. *Neuropsychopharmacology*, 35(1), 217-238.

Liu, Y., Williamson, V., Setlow, B., Cottler, L. B., y Knackstedt, L. A. (2018). The importance of considering polysubstance use: lessons from cocaine research. *Drug and alcohol dependence*, 192, 16-28.

Lopera Lopera, R. E., Rincón Hurtado, A., Vargas Gonzalez, V., Arbeláez, J. F., Castaño Pérez, G. A., Buitrago Salazar, J. C., y Gaviria Arbeláez, S. (2019). Cognitive Impairment in Patients With Dual Pathology. *Addictive Disorders & Their Treatment*, 18(1), 53-57.

Lopez Ceballos, K. M. (2021). *Revisión de la literatura (2010-2020) en personas VIH+ con desregulación emocional-Protocolo basado en el análisis conductual*.

Mancheno, J. M. O., Orellana, M. R. O., Muñoz, J. F. A., Rodas, L. M. L., Almeida, A. G. R., y Vázquez, P. A. P. (2019). Prevalencia de patología dual en el Centro de Reposo y Adicciones (CRA). Cuenca, abril-diciembre 2016. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca*, 37(2), 31-39.

Martínez, R. (2020). *Uso terapeutico de isoflavonas de la soja en el trastorno por consumo de cocaína*. Universitat Autònoma de Barcelona.

Masaeli, N., Zarkob, H., Kheirabadi, G., Soleimani, N., y Amini, M. (2018). The effect of matrix model on depression, anxiety, and quality of life in methamphetamine users and their caregivers. *Addictive Disorders & Their Treatment*, 17(4), 186-190.

Massah, O., Effatpanah, M., y Shishehgar, S. (2017). Matrix model for methamphetamine dependence

- among iranian female methadone patients: The first report from the most populated persian gulf country. *Iranian Rehabilitation Journal*, 15(3), 193-198. <https://doi.org/10.29252/nrip.irj.15.3.193>
- Meyer, H. C., y Bucci, D. J. (2016). Imbalanced activity in the orbitofrontal cortex and nucleus accumbens impairs behavioral inhibition. *Current biology*, 26(20), 2834-2839.
- Miller, W. R., y Rollnick, S. (2012). *Motivational interviewing: Helping people change*. Guilford press.
- Ministerio de Sanidad. (s. f.-a). *Cocaína, ¿qué efectos inmediatos tiene en el organismo?* Plan Nacional de Drogas. Recuperado 8 de diciembre de 2021, de <https://pnsd.sanidad.gob.es/ciudadanos/informacion/cocaina/menuCocaina/efectos.htm>
- Ministerio de Sanidad. (s. f.-b). *Cocaína*. Recuperado 30 de noviembre de 2021, de <https://pnsd.sanidad.gob.es/ciudadanos/informacion/cocaina/home.htm>
- National Institute on Drug Abuse (NIDA). (s. f.-a). *Cocaína: Abuso y adicción – Reporte de investigación*. Recuperado 11 de diciembre de 2021, de <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/cocaina-abuso-y-adiccion/que-tratamientos-se-consideran-eficaces-para-los-cocainomanos>
- National Institute on Drug Abuse (NIDA). (s. f.-b). *La cocaína – DrugFacts*. Recuperado 8 de diciembre de 2021, de <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/la-cocaina>
- National Institute on Drug Abuse (NIDA). (s. f.-c). *Principios de tratamientos para la drogadicción: Una guía basada en las investigaciones*. Recuperado 11 de diciembre de 2021, de <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/principios-de-tratamientos-para-la-drogadiccion-una-guia-basada-en-las-investigaciones/enfoques-con-base-cientifica-para-los-tratamientos-de-la-drogadiccion/terapias-de-la-conducta/model-matriz-estimulantes>
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (2021). *Informe 2021. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2021OEDA-INFORME.pdf>
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. (2021). *Informe Europeo sobre Drogas: Tendencias y novedades*. Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/13838/2021.2256_ES0906.pdf
- Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el Delito (UNODC). (2021). World drug report. *United Nations New York, NY*.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1965). *Comité de Expertos de la OMS en Drogas que Causan Dependencia*. Organización Mundial de la Salud, Ginebra. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/37766/WHO_TRS_312_spa.pdf?sequence=1&isAl

lowed=y

- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). *CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad*. <https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http%3A%2F%2Fid.who.int%2Ficd%2Fentity%2F1448597234>
- Ortiz-Tallo, M., Santamaría, P., Cardenal, V., y Sánchez, M. P. (2011). Adaptación española del Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI). *Madrid: TEA Ediciones*.
- Pino, O., Guilera, G., Rojo, J. E., Gómez-Benito, J., Bernardo, M., Crespo-Facorro, B., Cuesta, M. J., Franco, M., Martínez-Aran, A., y Segarra, N. (2008). Spanish version of the Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry (SCIP-S): Psychometric properties of a brief scale for cognitive evaluation in schizophrenia. *Schizophrenia Research, 99*(1-3), 139-148.
- Prochaska, J., McConaughy, E. A., y Velicer, W. F. (1983). Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice, 20*(3), 368.
- Rawson, R. A., Shoptaw, S. J., Obert, J. L., McCann, M. J., Hasson, A. L., Marinelli-Casey, P. J., Brethen, P. R., y Ling, W. (1995). An intensive outpatient approach for cocaine abuse treatment: The matrix model. *Journal of substance abuse treatment, 12*(2), 117-127.
- Rojas, L. (2019). *Historia de la prohibición de la hoja de coca*. DDHH Elementa. <https://www.elementa.co/wp-content/uploads/2019/03/historia-de-la-prohibición-de-la-hoja-de-coca-VF.pdf>
- Russo, S. J., y Nestler, E. J. (2013). The brain reward circuitry in mood disorders. *Nature Reviews Neuroscience, 14*(9), 609-625.
- Shorter, D., Domingo, C. B., y Kosten, T. R. (2015). Emerging drugs for the treatment of cocaine use disorder: a review of neurobiological targets and pharmacotherapy. *Expert opinion on emerging drugs, 20*(1), 15-29.
- Soder, H. E., Wardle, M. C., Schmitz, J. M., Lane, S. D., Green, C., y Vujanovic, A. A. (2019). Baseline resting heart rate variability predicts post-traumatic stress disorder treatment outcomes in adults with co-occurring substance use disorders and post-traumatic stress. *Psychophysiology, 56*(8), e13377.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., y Lushene, R. E. (1970). *Handbook of STAI*. Palo Alto: CA: Consulting Psychologist Press [Adaptación al español: *Seisdedos, N.(1988) Barcelona: TEA Ediciones*].
- Trujillo, M. A. (2019). La adicción y sus diferentes conceptos: Addiction and its different concepts. *Centro Sur, 3*(2), 14-26.
- Verdugo, M. A., Schallock, R. L., Gómez, L. E., y Arias, B. (2007). Construcción de escalas de calidad de vida

multidimensionales centradas en el contexto: la Escala GENCAT. *Siglo Cero*, 38(4), 57-72.

- Virtanen, S., Kuja-Halkola, R., Mataix-Cols, D., Jayaram-Lindström, N., D’Onofrio, B. M., Larsson, H., Rück, C., Suvisaari, J., Lichtenstein, P., y Latvala, A. (2020). Comorbidity of substance misuse with anxiety-related and depressive disorders: a genetically informative population study of 3 million individuals in Sweden. *Psychological medicine*, 50(10), 1706-1715.
- Volkow, N. D., Koob, G. F., y McLellan, A. T. (2016). Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction. *New England Journal of Medicine*, 374(4), 363-371.
- Wilson, L., Szigeti, A., Kearney, A., y Clarke, M. (2018). Clinical characteristics of primary psychotic disorders with concurrent substance abuse and substance-induced psychotic disorders: A systematic review. *Schizophrenia Research*, 197, 78-86.
- Zarza González, M. J., Obert, J. L., Rawson, R. A., Palau Muñoz, C., Perelló del Río, M. J., Sánchez Máñez, A., y Cortell Cortell, C. (2011). Tratamiento psicosocial Matrix para la adicción a cocaína: componentes de un tratamiento efectivo. *Revista Española de Drogodependencias*, 36(1), 27.

9. Anexos

Anexo 1. Entrevista Inicial

DATOS IDENTIFICACIÓN USUARIO

Nº de Historia Clínica:		Fecha de Admisión a Tto:	
Nombre y Apellidos:		DNI:	
Fecha de Nacimiento:		Edad Actual:	
Lugar de Nacimiento:		Provincia:	
Nacidos en el extranjero/País:			
Domicilio Actual:		Localidad:	
Provincia:		CP:	
Teléfonos:		Teléfonos:	
Estado Civil:		Pareja Actual:	
Nombre:		Tiempo de Relación:	
Edad:		¿Drogodependiente?	
Otras Pareja ¿matrimonio?			
Hijos (Nº, sexo y edad):			
Nombre de los padres:			
Nº de hermanos:		Lugar que Ocupa:	
¿Hno Drogodependiente?		Sí No	

Relación con la familia:	
Responsable del Tratamiento	Parentesco
Teléfonos de Contacto	

CARACTERÍSTICAS DEL GRUPO FAMILIAR

DATOS DE LA UNIDAD DE CONVIVENCIA:

Nombre y apellidos	Parentesco	Fecha de nacimiento	Profesión
Observaciones:			

HISTORIAL DE CONSUMOS:

Droga Principal por la que es admitido a tratamiento:

Año de inicio del consumo de la droga principal:

Edad:

Frecuencia de consumo de la droga principal en los 30 días previos a la admisión a tratamiento:

- Todos los días
- 4/6 días a la semana
- 2-3 días a la semana
- 1 día a la semana
- Menos de un día a la semana
- No consumió.

Tiempo de Abstinencia Actual:

Tratamiento previo por la MISMA DROGA por la que va a tratarse actualmente.

SI NO ¿dónde?

Desintoxicaciones Hospitalarias: Sí No

¿Cuántas?

¿Dónde?

Ingresos en C. Terapéuticas, centros de internamiento: Sí No

¿Cuántas?

¿Dónde?

Vía más frecuente de administración de la droga principal en los últimos 30 días de consumo:

- Oral.
- Pulmonar o fumada (aspiración de gases o vapores, chinos).
- Intranasal o esnifada (aspiración de polvo por la nariz)
- Parenteral o inyectada.
- Otras.

Otras drogas (legales y/o ilegales) consumidas en los últimos 30 días previos a la admisión a tratamiento y Vía administración:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

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

- Con contrato o relación laboral indefinida, o autónomo (aunque esté de baja).
- Con contrato o relación laboral temporal (aunque esté de baja).
- Trabajando sin sueldo para la familia.
- Parado. No habiendo trabajado antes.
- Parado. Habiendo trabajado antes.
- Incapacitado permanente, pensionista.
- Estudiando u opositando.
- Realizando exclusivamente labores del hogar.
 - En otra situación (especificar).
 - Profesión:
 - Actualmente trabaja en:

Máximo nivel de estudios completado:

- No sabe leer ni escribir.
- Enseñanza primaria incompleta.
- Enseñanza primaria completa.
- Enseñanza secundaria 1º etapa, EGB, ESO, FPI o de grado medio.
- Enseñanza secundaria 2ª etapa, FP II, BUP, COU.
- Estudios universitarios medios.
- Estudios universitarios superiores.
- Otros (Especificar).

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

- Otro servicio de tratamiento de drogodependencias.
- Médico general, atención primaria de salud.
- Hospital u otros servicios de salud.
- Servicios sociales.
- Prisión, centro de reforma o de internamiento cerrado de menores.
- Servicios legales o policiales.
- Empresa o empleador.
- Familiares o amigos/as.
- Iniciativa propia.
- Otra (especificar).

Convivencia en los 30 días previos a la admisión a tratamiento:

- Solo.
- Únicamente con pareja.
- Únicamente con hijos/as.
- Con la pareja e hijos/as.
- Con padres o familia de origen.
- Con amigos/as.
- Otros (especificar).

Lugar donde ha vivido en los 30 días previos a la admisión de tratamiento:

- Casas, pisos, apartamentos.
- Prisión, centro de reforma o de internamiento cerrado para menores.
- Otras instituciones.
- Pensiones, hoteles, hostales.
- Alojamiento inestable/precario.
- Otro lugar (especificar).

Antecedentes penales:

- No, con juicios pendientes
- Sí, con juicios pendientes.

- Desconocido.
 No, sin juicios pendientes
 Sí, sin juicios pendientes.

Prisión: Sí No

Nº de ingresos en Prisión:

¿Dónde?

Observaciones:

DINÁMICA FAMILIAR (relación familiar, comunicación, núcleos de conflicto, funcionamiento, clima, roles, apoyos,...)

¿Cómo calificarías tus relaciones familiares?

Describe tu relación con (comunicación, confianza, contacto, complicidad, hitos importantes, grado de satisfacción con la relación, etc):

Padre:

Madre:

Hermanos:

Hijos:

Pareja:

Otras personas significativas de tu familia:

PERSONAS SIGNIFICATIVAS

- ✓ ¿Ahora mismo, cuáles son las personas más significativas en tu vida?
- ✓ ¿Crees que, en caso de necesitarlo, alguna de ellas podría ayudarte en la terapia?
- ✓ ¿Quién?
- ✓ ¿Estarías dispuest@ a pedir y aceptar esa ayuda?

ÁREA RELACIONAL Y DE OCIO

- ✓ ¿Qué haces en tu tiempo libre?
- ✓ ¿Hasta qué punto te satisface?
- ✓ ¿Te gustaría poder hacer algo que no has hecho o no puedes hacer en el presente? ¿Qué?
- ✓ ¿Cuáles son tus aficiones o actividades favoritas? Cítalas en orden de preferencia (de mayor a menor)

- ✓ ¿Cuánto tiempo, a la semana, dedicas a realizar esas actividades?

- ✓ ¿Has dejado de hacer alguna actividad que antes te gustaba? ¿Cuál?
¿Por qué?

- ✓ ¿Conoces y usas los servicios que te ofrece tu barrio/municipio?
(comunicación y transporte, socio-sanitarios, cine, biblioteca,
espectáculos, Sef, informa joven...)

- ✓ Cuando realizas algún tipo de actividad, ¿Con quién vas?, ¿Vas solo? (ir
de compras, pasear, ir al cine, etc.)

ESTRATEGIA DE ACCIÓN

ORIENTACIONES E INTERVENCIONES PROPUESTAS:

Terapeuta que efectuó la entrevista inicial:

Anexo 2. PTI

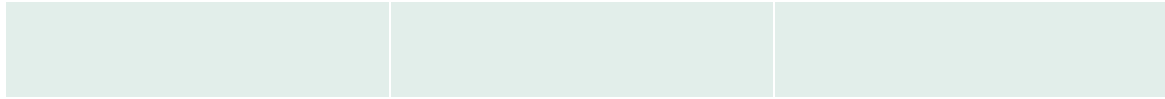
PLAN DE TRATAMIENTO INDIVIDUALIZADO

1. DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos:		
AM:		Nº Seguridad Social:
F. Nacimiento:	Lugar:	DNI:
Domicilio:		Localidad:
E. Civil:	Teléfono:	
Familiar Responsable:		Parentesco:
Dirección:		Teléfono:

2. EVALUACIÓN GLOBAL

Consumo	Trabajo/Formación	Situación judicial/ Detalles
Salud física y psicológica	PROGRESO EN EL TRATAMIENTO	Apoyo social/familia/amigos
Fortalezas principales	Vivienda y necesidades básicas	Posibles oportunidades



VALORACIÓN DEL ESTADO DE SALUD GENERAL

PSIQUIATRA/TERAPEUTA DE REFERENCIA:

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:

ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL

- Enfermedades crónicas:
- Tratamiento crónico:
- Intervenciones quirúrgicas:
- Alergias medicamentosas y/o alimenticias:

NUTRICIONAL- METABÓLICO

- Problemas en alimentación:
- Problemas en masticación y/o deglución:
- Lesiones:
- Hidratación de la piel:
- Peso:
- Altura:

ELIMINACIÓN

- Problemas en la micción:
- Problemas en la defecación:
- Portador de sondas y/u ostomias:

ACTIVIDAD-EJERCICIO

- Tensión arterial:
- Frecuencia cardiaca:
- Saturación de oxígeno:
- Realización de ejercicio físico:
- Actividades de ocio: cocinar:

SUEÑO- DESCANSO

- Horas de sueño diarias:
- Problemas para conciliar o mantener el sueño:
- Medicación para dormir:

ESTADO SEROLÓGICO OBJETIVO FRENTE AL VIH:

Establecimiento de objetivos de salud general	
PR:	Fecha
Intervenciones/actividades	
Establecimiento de objetivos de salud general	
PR:	Fecha:
Intervenciones/actividades	
Establecimiento de objetivos de salud general	
PR:	Fecha:

Intervenciones/actividades

3. VALORACIÓN PSICOLÓGICA

3.1. Descripción y presentación

3.1.1. Entrevista inicial

3.1.2. Antecedentes personales y familiares

3.1.3. Antecedentes psiquiátricos/psicológicos

3.2. Análisis del origen y mantenimiento del problema

3.3. Evaluación Inicial

GENCAT (Escala de Calidad de vida)

Pre-test:

Post-test:

ASI-6 (Entrevista estandarizada sobre varios aspectos de su vida. Salud, empleo, uso de alcohol y drogas.)

Pre-test:

Post-test:

URICA (Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island)

Pre-test:

Post-test:

SCIP-S (Screening del Deterioro Cognitivo en Psiquiatría)

Pre-test:

Post-test:

LAEA (Listado de Adjetivos para la Evaluación del Autoconcepto)

Pre-test:

Post-test:

EHS (Escala de Habilidades Sociales)

Pre-test:

I Autoexpresión en situaciones sociales:

- II Defensa de los propios derechos como consumidor:
- III Expresión de enfado o disconformidad:
- IV Decir no y cortar interacciones:
- V Hacer peticiones:
- VI Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto:

Post-test:

- I Autoexpresión en situaciones sociales:
- II Defensa de los propios derechos como consumidor:
- III Expresión de enfado o disconformidad:
- IV Decir no y cortar interacciones:
- V Hacer peticiones:
- VI Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto:

PAI (Inventario de Evaluación de la Personalidad) (Psicopatología)

Pre-test:

Post-test:

STAI (Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo)

Pre-test:

Post-test:

Establecimiento de objetivos de psicología	
PR:	Fecha

Intervenciones/actividades	
Establecimiento de objetivos de psicología	
PR:	Fecha:
Intervenciones/actividades	
Establecimiento de objetivos de psicología	
PR:	Fecha:
Intervenciones/actividades	

4. VALORACIÓN SOCIAL

4.1. Situación de Discapacidad y Dependencia:

4.2. Situación Familiar:

4.2. Alojamiento:

4.3. Nivel Educativo

4.4. Situación Laboral/económica:

4.5. Problemática legal:

4.6. Otros tipos de problemáticas:

4.7. Derivación a Programas específicos.

Establecimiento de objetivos de social	
PR:	Fecha

Intervenciones/actividades	
Establecimiento de objetivos de social	
PR:	Fecha:
Intervenciones/actividades	
Establecimiento de objetivos de social	
PR:	Fecha:
Intervenciones/actividades	

ORIENTACIÓN LABORAL

Establecimiento de objetivos de Orientación Laboral

PR:	Fecha
Intervenciones/actividades	
Establecimiento de objetivos de salud general	
PR:	Fecha:
Intervenciones/actividades	
Establecimiento de objetivos de salud general	
PR:	Fecha:

Intervenciones/actividades

5. OBJETIVOS PERSONALES DEL PLAN DE RECUPERACIÓN

Acciones concretas		Cuando
Personas que pueden ayudar y pensamientos útiles	MI OBJETIVO	Fortalezas
Posibles problemas		Soluciones

RESUMEN DEL PROCESO DE OBJETIVOS

OBJETIVOS A CONSEGUIR	PROGRESOS HECHOS PARA CONSEGUIRLOS	¿QUÉ FALTA POR HACER Y QUIEN PUEDE AYUDAR?

6. PLAN INDIVIDUALIZADO DE ATENCIÓN

INTERVENCIÓN	
PROGRAMA DE SEGUIMIENTO INDIVIDUALIZADO	
FECHA	ACTIVIDAD
PS __/__/__	
TS __/__/__	
ENF __/__/__	
OL __/__/__	
DI __/__/__	

ADM_/_/_

7. FINALIZACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO

7.1. RESULTADOS DE EVALUACION FINAL:

7.2. PROGRESO RESPECTO A SUS PROBLEMAS FUNDAMENTALES:

7.3. RECOMENDACIÓN DE TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO:

FECHA FINALIZACION

PROFESIONALES RESPONSABLES

Anexo 3. ASI6

ASI6

Información general – Esta es una entrevista estandarizada que formula preguntas acerca de varios aspectos de su vida –salud, empleo, uso de alcohol y drogas, etc. Algunas de las preguntas se refieren a los últimos 30 días o a los últimos 6 meses, mientras que otras abarcan toda su vida. Toda la información que va nos es confidencial (explicar con precisión) y será utilizada para (explicar el propósito). Por favor, conteste a las preguntas con la mayor precisión. Si hay preguntas que no entiende o que prefiere no contestar, por favor dígame. La entrevista dura aproximadamente una hora. ¿Tiene alguna pregunta antes de comenzar? ... Primero empezaremos con algunas preguntas de información general.

Nombre del paciente: _____

I1. Nº identificación del paciente:

Nombre del entrevistador: _____

I2. Nº identificación del entrevistador:

o

I3. Nº identificación del observador:

I4. Fecha de entrevista: / /

I5. Fecha de admisión: / /

I6. Marco temporal de la entrevista:

1 – Anterior a la fecha de la entrevista

2 – Anterior a la fecha de admisión a tratamiento

3 – Anterior a otra fecha: / /

I7. Hora de inicio: :

I8. Género (1 – Hombre, 2 – Mujer):

I9. Fecha de nacimiento: /
(Edad: _____)

I10a. País de nacimiento: _____

I10b. País de nacimiento del padre: _____

I10c. País de nacimiento de la madre: _____

I11. ¿Con qué nacionalidad se identifica? (Puede decir 2)

I11a. _____

I11b. _____

I12. ¿Cuál es su estado civil actual? 6 → I14

1 – Casado/a

4 – Divorcido/a

2 – Vive como si estuviera casado/a

5 – Separado/a

3 – Viudo/a

6 – Nunca casado/a

I13. ¿Cuánto tiempo lleva (respuesta G12)? Años Meses

I14. ¿Quién le derivó al tratamiento?

-d. derivado a este programa específico de tratamiento

1 – Vd mismo, familia o amigos

2 – Servicio o unidad de tratamiento de toxicomanías o alcoholismo

3 – Médico de Asistencia Primaria

4 – Otros servicios sanitarios

5 – Sistema educativo

6 – Mutua laboral

7 – Agentes sociales (DNEM, centro de acogida, iglesia, etc.)

8 – Sistema legal o judicial

E F M A M J J A S O N D

C

© 2004 University of Pennsylvania – Área de Psiquiatría, Universidad de Oviedo 2006

1

Alojamiento – Las siguientes preguntas se refieren a si ha vivido en algún alojamiento restringido o supervisado durante los últimos 6 meses desde _____ y durante los 30 últimos días desde _____.

[NOTA: 6 meses = 180 días, informe al paciente si fuera necesario.]

A1. En los últimos 6 meses, ¿cuántas noches ha permanecido en un hospital, en una unidad de hospitalización para alcohol, drogas o psiquiátrica, cárcel, comunidad terapéutica o piso protegido?

A. Últimos 6 meses B. 30 Días

000 → A8

De esas noches, cuántas fueron en un/una:

A. B.

A2. unidad residencial para alcohol o drogas?

A3. servicio de hospital general distinto de psiquiatría?

A4. servicio de psiquiatría?

A5. comisaría / prisión?

A6. piso protegido o intermedio?

A7. otro tipo de alojamiento restringido o supervisado?

Qué tipo? _____

A8. ¿Cuántas noches ha estado en un albergue para gente sin hogar?

A. 6 meses B. 30 Días

000 → A9

A9. ¿Cuántas noches ha pasado en la calle, o en lugares como edificios abandonados, coches o parques porque no tenía otro lugar para quedarse?

A. 6 meses B. 30 Días

000 → NOTA

[NOTA: Si A8A o A9A > 0 (e.d., si ha permanecido en albergues o en la calle en los últimos 6 meses), vaya a la siguiente NOTA.]

A10. ¿Alguna vez se ha quedado en un albergue para gente sin hogar o ha vivido en la calle (edificios abandonados, coches, o parques) porque no tenía otro lugar para quedarse?

1-Sí, 0-No

[NOTA: Si A1B + A8B = 30 (e.d., si ha estado todos los últimos 30 días en un alojamiento restringido o albergue), vaya a Estado de Salud Física.]

A11. En los últimos 30 días (cuando NO estaba en un alojamiento restringido/supervisado o albergue), ¿ha vivido con (... alguien más)? [Señale todas las que correspondan]

___ 1. Solo ___ 5. Otros familiares adultos

___ 2. Cónyuge/Pareja ___ 6. Otros adultos no familiares

___ 3. Hijo/s < 18 años ___ 7. No contestado

___ 4. Padres

A12. En los últimos 30 días (cuando NO estaba en un alojamiento restringido/supervisado o albergue), ¿ha vivido con alguien que tenga actualmente problemas con el alcohol o que consuma drogas?

1-Sí, 0-No

Estado de Salud Física – Las siguientes preguntas se refieren a su salud física.

- SF1. ¿Qué tipo de seguro médico tiene? [Señale todas las que correspondan]
- 1. Ninguno
 - 2. Seguro privado (ASISA, IMESA, Sanitas...)
 - 3. Seguro de salud de las Fuerzas Armadas, MUFACE
 - 4. Seguridad social (Régimen normal)
 - 5. Seguridad social (Régimen pensionista)
 - 6. Otro (especifique: _____)
 - 7. No respuesta

[NOTA: Si es varón, ignore SF2.]

- SF2. ¿Está embarazada?
- 1-Sí, 0-No
2-No Sabe

¿Alguna vez le ha diagnosticado un médico o un profesional sanitario alguna de las siguientes enfermedades?

- 1-Sí, 0-No
- SF3. Hipertensión arterial
- SF4. Diabetes
- SF5. Enfermedades cardíacas
- SF6. Accidente cerebrovascular
- SF7. Epilepsia o convulsiones
- SF8. Cáncer
- SF9. VIH/SIDA
- SF10. Tuberculosis o test positivo de tuberculina
- SF11. Hepatitis
- SF12. Cirrosis u otras enfermedades hepáticas crónicas
- SF13. Nefropatía crónica
- SF14. Enfermedad respiratoria crónica
ej. asma, enfisema, EPOC
- SF15. Otras enfermedades crónicas
ej. artritis, dolor de espalda crónico, problemas digestivos (colitis, etc)
-si la respuesta es "Sí" especifique: _____

- SF16. Tiene algún tipo de discapacidad física que afecte gravemente a su visión, audición o movilidad?
- si la respuesta es "Sí" especifique: _____

[NOTA: Si SF3 - SF16 son todas 0-No, ignore SF17.]

- SF17. ¿Alguna vez le han prescrito medicación para alguna de esas enfermedades?
- 0 - No
1 - Sí, todavía tomo todos los medicamentos prescritos
2 - Sí, debería estar tomando la medicación pero no la tomo
3 - Sí, pero me han dicho (un Dr.) que la medicación ya no es necesaria

- SF18. ¿Recibe algún tipo de pensión (o paga) por una enfermedad o discapacidad física?
- Excluir discapacidad psiquiátrica
- 1-Sí, 0-No

- SF19. En los últimos 30 días, ¿cómo diría que ha sido su salud física?
- 0 - Excelente 3 - Regular
1 - Muy buena 4 - Mala
2 - Buena

(SF20 - SF23) En los últimos 30 días:

[NOTA: NO incluir problemas debidos a estados de intoxicación o abstinencia provocados por alcohol o drogas.]

- SF20. ¿Cuántos días ha tenido algún problema de salud física?
ej. enfermedad, herida, dolor, malestar, discapacidad
-incluir problemas dentales
Días

- SF21. ¿Cuántos días ha sido incapaz de realizar sus actividades cotidianas debido a problemas de salud física?
Días

[NOTA: Presentar la Escala de Evaluación del Paciente.]

- SF22. ¿Cuánto dolor o malestar físico ha experimentado?
- 0 - Ninguno 3 - Considerable
1 - Leve 4 - Extremo
- 2 - Moderado

- SF23. ¿Cuánta preocupación ha tenido por culpa de su salud física o sus problemas médicos?
- 0 - Ninguna 3 - Considerable
1 - Leve 4 - Extrema
- 2 - Moderada

- SF24. ¿Cuánta importancia tiene para vd el tratamiento (actual o adicional) para sus problemas de salud física actuales?
- 0 - Ninguna 3 - Considerable
1 - Leve 4 - Extrema
- 2 - Moderada

- SF25. ¿Cuántas veces en su vida ha estado hospitalizado (al menos una noche) por problemas de salud física?
- No incluir tratamiento de alcohol/drogas, hospitalizaciones psiquiátricas, o parto sin complicaciones
- Veces
- A. 6 meses B. 30 Días

- SF26. ¿Cuántas veces ha acudido a un servicio de urgencias por cualquier problema de salud física? 000 → SF27

- SF27. ¿Cuántos días ha tomado la medicación prescrita para una enfermedad física?
- A. B.
- No incluir medicación para problemas de alcohol/drogas/psiquiátricos.
- 000 → SF28

- SF28. ¿Cuántas consultas ambulatorias ha realizado con un médico u otro profesional sanitario? 000 → E/R
- A. B.
- ej. exploraciones físicas o cualquier otro control o seguimiento por alguna enfermedad física.
- No incluir tratamiento para alcohol/drogas o psiquiátrico.

ASI6

Empleo/Recursos – Las siguientes preguntas se refieren a su educación, empleo y situación económica.

E1. ¿Cuál es el máximo nivel de estudios alcanzado?
 1 – Obligatoria (1ª y 2ª) 4 – Licenciatura
 2 – Bachillerato/FP 5 – Postgrado (Master/Doctorado)
 3 – Diplomatura 6 – Ninguno

E2. ¿Tiene algún otro título, diploma o certificado de enseñanzas regladas? 1-Sí, 0-No

E3. ¿Cuál es el último curso que completó?
 01 = 1ª Primaria
 02 = 2ª Primaria ...
 08 = 2º ESO/ Graduado Escolar (antiguo)
 10 = 4º ESO/ Graduado en Educación Secundaria
 12 = 2º Bachillerato/FP
 13 = 1ª Carrera/ Estudios Superiores
 14 = 2ª Carrera
 15 = Diplomatura
 17 = Licenciatura
 18 = 1º curso Doctorado/Master
 19 = 2º curso ...

E4. ¿Ha servido alguna vez en las Fuerzas Armadas españolas? 1-Sí, 0-No

E5. ¿Actualmente cursa algún tipo de estudio académico o de formación laboral?
 ej. clases para el Graduado en Educación Secundaria, formación profesional, universidad, etc.
 0 - No, 1 - Tiempo parcial, 2 - Tiempo completo

E6. ¿Tiene carnet de conducir en vigor? 1-Sí, 0-No

E7. ¿Tiene coche propio? 1-Sí, 0-No

E8. Actualmente, ¿le resulta difícil acudir al tratamiento, al trabajo/estudios, o encontrar trabajo por culpa del transporte? 1-Sí, 0-No

[NOTA: Codifique E9. Haga la pregunta sólo si no puede codificarla basándose en la información previa.]

E9. ¿Lee/escrbe (español) lo suficientemente bien como para rellenar una solicitud de empleo? 1-Sí, 0-No

E10. ¿Cuál es su situación laboral actual? [Señale una]
 ___ 1. Tiempo completo (≥35 hrs/sem). → E12
 ___ 2. Tiempo parcial (<35 hrs/sem). → E12
 ___ 3. Paro y buscando empleo activamente (suspendido temporalmente por falta de trabajo) → E14
 ___ 4. Fuera del mercado laboral -no está trabajando y no está buscando empleo activamente

E11. [Si está fuera del mercado laboral] ¿Cuál describe mejor su situación actual? [Señale una, → E14]
 ___ 1. Ama de casa ___ 5. No busca empleo
 ___ 2. Estudiante ___ 6. Institucionalizado
 ___ 3. Incapacitado ___ 7. Otro _____
 ___ 4. Jubilado

E12. ¿Qué tipo de trabajo realiza (empleo principal)?
 (Especifique) _____

[NOTA: Codifique una categoría en las casillas E12.]
 01 – Profesiones especializadas y técnicas
 02 – Ejecutivos, administrativos y directivos

03 – Ventas
 04 – Oficinistas y apoyo administrativo
 05 – Producción precisa, oficios y reparaciones
 06 – Operadores de maquinaria, ensambladores y supervisores
 07 – Transportistas y conductores
 08 – Trabajadores manuales, equipos de limpieza, ayudantes y peones
 09 – Servicios, excepto empleado/a del servicio doméstico
 10 – Granjero / director de granja
 11 – Empleado/a de granja
 12 – Fuerzas Armadas
 13 – Empleado/a del servicio doméstico
 14 – Otros

E13. Ese trabajo, ¿es un empleo sumergido? 1-Sí, 0-No

E14. ¿Cuánto duró el periodo más largo de empleo a tiempo completo?
 - Continuadamente por cuenta ajena/propia 000 → E17
 Meses

E15. ¿Hace cuánto que finalizó ese empleo?
 [NOTA: Codifique 000 sólo si el empleo a TC actual es el más largo.]
 Meses

E16. ¿Cuál era su empleo/ocupación entonces?
 (Especifique) _____

[NOTA: Codifique una categoría de la NOTA E12.]

E17. En los últimos 6 meses (desde _____), ¿Cuántas semanas ha trabajado remuneradamente?
 - Incluye días libres, bajas laborales, vacaciones, días de autónomo y empleo sumergido Max = 26
 Semanas 00 → E22

E18. En los últimos 6 meses, ¿Cuál era su sueldo bruto? €

(E19 – E22) En los últimos 30 días:
 E19. ¿Cuántos días ha trabajado remuneradamente?
 - Incluye días libres, bajas laborales, vacaciones, días de autónomo y empleo sumergido Días
 00 → E22

E20. ¿Cuál era su sueldo bruto? €

E21. ¿Cuántos días ha tenido problemas laborales?
 -ej. bajo rendimiento, discusiones, amonestaciones, ausencias laborales, etc. Días

E22. ¿Ha solicitado algún empleo?
 ej. enviado el curriculum, rellenado una solicitud de empleo, hablado con un contratador potencial 1-Sí, 0-No

E23. ¿Cuánta importancia tiene para vd ahora cualquier tipo de orientación laboral (como asesoramiento, formación o educación) que le ayude a encontrar un empleo o a solucionar los problemas relacionados con el trabajo?
 -asistencia actual o adicional
 0 - Ninguna 3 - Considerable
 1 - Leve 4 - Extrema
 2 - Moderada

Las siguientes preguntas (E24 – E32) se refieren a sus fuentes de ingresos y recursos económicos.

E24. ¿Vive en un alojamiento pagado por el gobierno o recibe algún tipo de subvención para la vivienda? 1-Sí, 0-No

ASI6

En los últimos 30 días, ¿cuánto dinero ha recibido de:

- E25. pensión, seguridad social, o paro? €
- E25b. ... últimos 6 meses? €
- E26. servicios sociales?
p.e. subsidio social, ONGs €
- E26b. ... últimos 6 meses? €
- E27. otras ayudas institucionales?
p.e. alimentación, facturas luz, agua... €
- E27b. ... últimos 6 meses? €
- E28. pensión alimenticia y compensatoria? €
- E28b. ... últimos 6 meses? €
- E29. actividades ilegales?
p.e. tráfico de drogas, prostitución,
juego ilegal, venta de objetos robados €
- E29b. ... últimos 6 meses? €
- E30. cualquier otra fuente? €
- E30b. ... últimos 6 meses? €

E31. ¿Cuáles son en la actualidad sus fuentes de ingresos para los gastos de vivienda, alimentación y otros gastos?
[Señale todas las que correspondan]

- 1. Empleo
- 2. Jubilación
-ej. plan de pensiones privado, seguridad social
- 3. Incapacidad
-ej. seguro privado, seguridad social por incapacidad
- 4. Paro
- 5. Servicios sociales
-ej. subsidios, préstamos, prestación social, ONGs
- 6. Pensión alimenticia o compensatoria
- 7. Familia, amigos o asociados
- 8. Ingresos ilegales
- 9. Institución o alojamiento supervisado
-p.e. hospital, comunidad terapéutica, piso protegido,
centro de acogida, etc.
- 10. Otros, ej. ahorros, etc.
Especifique: _____
- 11. Ninguno

- E32. ¿Alguna vez le han declarado legalmente en
bancarrota? 1-Sí, 0-No
- E33. ¿Alguna vez ha sido moroso en la devolución de
un préstamo del Estado?
p.e. préstamo de vivienda 1-Sí, 0-No
- E34. ¿Lleva más de un mes de retraso en alguno de
sus pagos habituales?
p.e. vivienda, tarjetas de crédito, pensión alimenticia,
otros (facturas médicas, costes de juicios, préstamos personales) 1-Sí, 0-No
- E35. ¿Cuántas personas (excluyéndose) dependen
actualmente de usted económicamente?
ej. para vivienda, alimentación, dinero para gastos,
pensión de manutención a hijos

-Incluya las personas que mantiene y las que está obligado/a a mantener

- E36. ¿Tiene suficientes ingresos para pagar sus
necesidades básicas como vivienda,
alimentación y vestido, y las de las
personas a su cargo? 1-Sí, 0-No
-Excluya el dinero procedente de actividades ilegales

ASI6

Drogas/Alcohol – Las siguientes preguntas se refieren a su uso de alcohol y otras drogas, y a cualquier tratamiento para abuso de sustancias que haya recibido.
Historial de Tratamientos

- D1. ¿Cuántas veces ha estado en tratamiento por su uso de alcohol/drogas?
-Incluya las evaluaciones en persona incluso si no se han seguido de tratamiento 00 → D6
- D2. ¿Cuántos de esos tratamientos fueron sólo de desintoxicación?
-Desintoxicación no seguida de tratamiento adicional
- D3. ¿Qué edad tenía la primera vez que entró en un tratamiento para abuso de alcohol/drogas?
- Cuántos días ha:**
- D4. acudido a un programa ambulatorio o a consulta (para tratamiento de alcohol/drogas) A. últimos 6 meses B. 30 días 000 → D5
- D5. tomado medicación prescrita para tratar su uso de alcohol/drogas? 000 → D6
ej. metadona, naltrexona, Rivia, etc.
-Excluya fármacos para la dependencia nicotínica
- D6. acudido a grupos de autoayuda como AA, NA? 000 → D7
- D7. ¿Cuánto duró el periodo de tiempo continuado más largo que estuvo acudiendo a grupos de autoayuda al menos 2 días por semana?

Uso de Alcohol

- D8. ¿Cuántos años ha bebido alcohol de forma regular, 3 o más días a la semana?
- Excluya el tiempo sin consumo 00 → D10
- D9. ¿Cuántos años ha bebido al menos (5-hombres, 4-mujeres) bebidas al día de forma regular, 3 o más días a la semana? =0 → D11
- D10. ¿Ha bebido al menos (5-hombres, 4-mujeres) bebidas en un día, 50 o más días de su vida? 1-Sí, 0-No
- D11. ¿Qué edad tenía la primera vez que bebió alcohol y notó sus efectos? [si nunca, codifique 99]
- D12. En los últimos 6 meses, durante el mes que más bebía, ¿con qué frecuencia bebía?
0 - Abstinencia (→ D20) 3 - 3-6 veces a la semana
1 - 1-3 veces al mes 4 - Diariamente
2 - 1-2 veces a la semana
- D13. En los últimos 30 días, ¿cuántos días ha bebido alcohol? 00 → D20
- D14. ¿Cuándo bebió por última vez?
[00 si hoy, 01 si ayer, 02 si hace 2 días, etc.]

D15. En los últimos 30 días, ¿cuántos días ha tomado al menos (5-hombres, 4-mujeres) bebidas en un día?

D16. En los últimos 30 días, ¿cuánto dinero ha gastado en alcohol para usted mismo? €

Síntomatología Alcohólica

En los últimos 30 días:

D17. ¿Ha experimentado síntomas de abstinencia (se ha sentido enfermo) tras disminuir el consumo o dejar de beber? 1-Sí, 0-No

D18. ¿Ha tenido algún problema para controlar, disminuir o abstenerse de beber alcohol; o ha empleado la mayor parte del día bebiendo? 1-Sí, 0-No

D19. Debido a la bebida, ¿ha tenido problemas médicos o psicológicos;
o en el trabajo (colegio) o en el hogar,
o se ha visto envuelto en discusiones o problemas con la ley? 1-Sí, 0-No

D20. ¿El ansia o los impulsos de beber han supuesto un problema para usted? 1-Sí, 0-No

D21. ¿Cuántos días ha tenido estas u otras dificultades debido al consumo de alcohol? 00 → D23

D22. En los últimos 30 días, ¿cuánta preocupación ha tenido por estos problemas relacionados con el alcohol?

0 - Ninguna 3 - Considerable
1 - Leve 4 - Extrema
2 - Moderada

D23. ¿Cuánta importancia tiene ahora para vd el tratamiento (actual o adicional) para dejar de beber?

0 - Ninguna 3 - Considerable
1 - Leve 4 - Extrema
2 - Moderada

D24. ¿Cuánta importancia tiene para vd lograr/mantener la abstinencia total del alcohol (es decir, no beber nada)?

0 - Ninguna 3 - Considerable
1 - Leve 4 - Extrema
2 - Moderada

ASI6

Tabla de Uso de Drogas – Sustancias Individuales

NOTA: Entregue al paciente la Lista de Drogas, y dígame: Le preguntaré sobre cada grupo de las siguientes drogas. Ya hemos hablado sobre el alcohol, así que empezaremos con la Marihuana:

- Pre-A. ¿Alguna vez probó o consumió _____ (incluso si fue sólo una vez o se lo habían prescrito)?
- A. ¿Qué edad tenía la primera vez que consumió _____?
- B. ¿Cuántos años en su vida ha consumido _____ 3 o más días a la semana? –Excluya los periodos de abstinencia
- C. ¿Ha consumido _____ durante 50 o más días de su vida?
- D. En los últimos 30 días, ¿cuántos días consumió _____?
- E. En los últimos 30 días, ¿consumió _____ ([0]-sólo lo prescrito [tratamiento], o [1]-ilegalmente o más de lo prescrito [no como tratamiento])?

NOTA: Si el paciente dice que:

1. Nunca probó una determinada droga (ej. D25-A), **codifique "99" y vaya a la siguiente sustancia (D26-A).**
2. Ha consumido 3 o más días a la semana durante un año o más (ej. D25-B), **vaya al siguiente ítem (D25-C), y continúe.**
3. No ha consumido en los últimos 30 días (ej. D25-D = 00), **vaya a la siguiente sustancia (D26-A).**

	A. ¿Edad del primer consumo? [99 → siguiente A]	B. ¿Años de consumo regular (a lo largo de la vida)? [-00 → D]	C. ¿Consumida 50 o más días (a lo largo de la vida)? [1-Sí, 0-No]	D. ¿Consumo en los últimos 30 días? [00 → siguiente A]	E. ¿Consumida como tratamiento (últimos 30 días)? [0- como prescrito, 1-no como prescrito]
D25. Marihuana	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
D26. Sedantes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
D27. Cocaína	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
D28. Estimulantes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
D29. Alucinógenos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
D30. Heroína	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
D31. Metadona	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
D32. Otros Opiáceos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
D33. Inhalantes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

ASI6

Consumo de Sustancias- Categorías de Problemas

- | | |
|----------------------|-----------------------|
| 01 – Alcohol | 07 – Heroína |
| 02 – Marihuana | 08 – Metadona |
| 03 – Sedantes | 09 – Otros Opiáceos |
| 04 – Cocaína / Crack | 10 – Inhalantes |
| 05 – Estimulantes | 11 – Otras Sustancias |
| 06 – Alucinógenos | 12 – Ninguna |

Via(s) de Administración

¿De qué forma ha consumido _____?

Problema Principal	A. Categoría	B. A lo largo de la vida <small>[señale las que correspondan]</small>	C. Últimos 30 días <small>[señale las que correspondan]</small>
D34. ¿Cuál de las sustancias listadas (01-12) es para usted la mas problemática y puede haberle llevado a iniciar tratamiento? Indique la sustancia específica de la categoría codificada: _____	<input type="text"/> <input type="text"/> 12 → D37	___1. Oral ___4. Inyectada ___2. Inhalada ___5. Otro ___3. Fumada	___1. Oral ___4. Inyectada ___2. Inhalada ___5. Otro ___3. Fumada ___6.No uso
Problema Secundario	A. Categoría	B. A lo largo de la vida <small>[señale las que correspondan]</small>	C. Últimos 30 días <small>[señale las que correspondan]</small>
D35. ¿Cuál de las sustancias listadas (01-12) es para usted la 2ª mas problemática y puede haberle llevado a iniciar tratamiento? Indique la sustancia específica de la categoría codificada: _____	<input type="text"/> <input type="text"/> 12 → D37	___1. Oral ___4. Inyectada ___2. Inhalada ___5. Otro ___3. Fumada	___1. Oral ___4. Inyectada ___2. Inhalada ___5. Otro ___3. Fumada ___6.No uso
Problema Terciario	A. Categoría	B. A lo largo de la vida <small>[señale las que correspondan]</small>	C. Últimos 30 días <small>[señale las que correspondan]</small>
D36. ¿Cuál de las sustancias listadas (01-12) es para usted la 3ª mas problemática y puede haberle llevado a iniciar tratamiento? Indique la sustancia específica de la categoría codificada: _____	<input type="text"/> <input type="text"/> 12 → D37	___1. Oral ___4. Inyectada ___2. Inhalada ___5. Otro ___3. Fumada	___1. Oral ___4. Inyectada ___2. Inhalada ___5. Otro ___3. Fumada ___6.No uso

[NOTA: 4. Inyectada = inyección IV y no-IV; ej. intramuscular, subcutánea, etc.]

Consumo de Drogas – Aspectos Globales

- D37.** ¿Cuántos años ha consumido 3 o más días a la semana drogas ilegales (excluyendo alcohol), o ha abusado de la medicación prescrita?
- D38.** En los últimos 6 meses, en el mes de máximo consumo de drogas ilegales (y/o abuso de la medicación prescrita), ¿con qué frecuencia estuvo consumiendo drogas?
- 0 - No Consumo (→ D45) 3 - 3-6 veces a la semana
1 - 1-3 veces al mes 4 - Diariamente
2 - 1-2 veces a la semana
- D39.** En los últimos 30 días, ¿cuántos días ha consumido drogas ilegales o ha abusado de la medicación prescrita? 0 → D45
- D40.** ¿Cuándo consumió por última vez drogas ilegales o abusó de la medicación prescrita?
- 00 si hoy, 01 si ayer, 02 si hace 2 días, etc.
- D41.** En los últimos 30 días, ¿cuánto dinero gastó en drogas? €
- Excluya el dinero para los medicamentos que son parte del tratamiento de drogas (ej. metadona, medicamentos de desintoxicación, etc.)

Síntomas relacionados con el Consumo de Drogas

En los últimos 30 días:

- D42.** ¿Ha experimentado síntomas de abstinencia (se ha sentido enfermo) tras disminuir o dejar de consumir alguna droga? 1-Sí, 0-No
- D43.** ¿Ha tenido alguna problema para controlar, disminuir o dejar de consumir alguna droga; o ha empleado la mayor parte del día consumiendo alguna droga, recuperándose de sus efectos o intentando conseguirla? 1-Sí, 0-No
- D44.** Debido a las drogas, ¿ha tenido problemas médicos o psicológicos; o en el trabajo (colegio) o en el hogar, o se ha visto envuelto en discusiones o problemas con la ley? 1-Sí, 0-No
- D45.** ¿El ansia o los impulsos de consumir drogas han supuesto un problema para usted? 1-Sí, 0-No
- D46.** ¿Cuántos días ha tenido estas u otras dificultades debido al consumo de drogas? 00 → D48
- D47.** En los últimos 30 días, ¿cuánta preocupación ha tenido por culpa de estos problemas relacionados con las drogas?
- 0 - Ninguna 3 - Considerable
1 - Leve 4 - Extrema
2 - Moderada
- D48.** ¿Cuánta importancia tiene ahora para vd el tratamiento (actual o adicional) para dejar de consumir drogas?
- 0 - Ninguna 3 - Considerable
1 - Leve 4 - Extrema

ASI6

- 2 - Moderada
- D49.** ¿Cuánta importancia tiene para vd lograr/mantener la abstinencia total de drogas (e.d., no consumir drogas)?
- 0 - Ninguna 3 - Considerable
1 - Leve 4 - Extrema
2 - Moderada
- D50.** Desde que empezó a consumir, ¿ha estado alguna vez completamente abstinente de **drogas y alcohol** durante al menos 1 año? 1-Sí, 0-No
- Excluya medicación prescrita y tomada apropiadamente (ej. metadona, psicofarmacos...)
- D51.** ¿Hace cuánto tiempo terminó este periodo de abstinencia?
- [Si actualmente abstinente 1 año o más: Años Meses
codifique 00 00. Codifique el periodo de abstinencia más reciente de al menos 1 año.]

Conductas de Riesgo

[NOTA: Si todavía lo desconoce, pregunte D52. De lo contrario, cumpliméntelo basándose en la información previa.]

- D52.** ¿Alguna vez se ha inyectado drogas? 1-Sí, 0-No
- [Inyectado = inyección IV y no-IV] 0 → D54
- D53.** ¿Cuándo fue la última vez que compartió jeringuillas o material para inyectarse?
- Hace: Años Meses
- Si nunca, codifique NN NN
-Si en el último mes, codifique 00 00
- D54.** En los últimos 6 meses, ¿con cuántas personas distintas ha mantenido relaciones sexuales orales, anales o vaginales?
- D55.** ¿Cuándo fue la última vez que se hizo la prueba del VIH/SIDA? Hace:
- Si nunca, codifique NN NN
-Si en el último mes, codifique 00 00

Tabaco

- D56.** ¿Qué edad tenía la primera vez que fumó cigarrillos o consumió tabaco de otras formas?
- ej. tabaco de mascar, puros, pipas 99 → D59
-Si nunca consumió, codifique 99
- D57.** ¿Cuántos años ha fumado cigarrillos (o consumido tabaco de otras formas) diariamente?
- D58.** En los últimos 30 días, ¿cuántos días ha fumado cigarrillos (o consumido tabaco de otras formas)?

Juego Patológico

- D59.** ¿Alguna vez ha sufrido algún problema económico debido al juego? 1-Sí, 0-No
- D60.** En los últimos 30 días, ¿cuántos días ha jugado a cualquier tipo de juego como lotería, cupón, quiniela, máquinas tragaperras, bingo, apuestas en las carreras, casinos, ... o a cualquier tipo de juego ilegal?

ASI6

Legal – Las siguientes preguntas se refieren a su implicación en actividades ilegales y a sus consecuencias judiciales.

- L1. ¿Alguna vez ha estado en el calabozo / cárcel, incluso unas pocas horas? 1-Sí, 0-No
- L2. ¿Ha sido detenido alguna vez? 1-Sí, 0-No 0 → L18
- L3. ¿Qué edad tenía la primera vez? >17 → (L7-14)
- L4. Antes de los 18 años, ¿alguna vez fue realmente detenido, (tiene antecedentes penales) por? [Señale todas las que correspondan]
- 1. Delitos violentos o contra las personas
ej. atraco, agresión, violación
 - 2. Delitos de drogas
ej. posesión, tráfico, fabricación
 - 3. Delitos con ánimo de lucro o contra la propiedad
ej. hurto en tiendas, robos en viviendas, robo de coches, vandalismo, incendios provocados
 - 4. Delitos sólo aplicables a menores de edad
ej. figura de casa, consumo de alcohol, absentismo escolar
 - 5. Otros delitos (Especificar: _____)
- L5. ¿Cuántas veces le han condenado por un delito cometido antes de los 18 años de edad? Veces
- L6. Antes de los 18 años, ¿cuánto tiempo estuvo en un calabozo, en un centro de rehabilitación de menores, o en un reformatorio? Meses

(L7 – L14) Desde los 18 años:

- Pre-A. ¿Le han detenido por _____? [NOTA: Si No, codifique 00 en A. y vaya al siguiente ítem]
- A. ¿Cuántas veces en total?
- B. ¿Cuántas veces en los últimos 6 meses?
- | | A. Total | B. 6 meses |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------|
| L7. Posesión de drogas?
-o material relacionado (parafarmacia) | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L8. Venta o fabricación de drogas?
-venta incluye tráfico/distribución | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L9. Atraco?
-robo con fuerza o con amenazas de fuerza | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L10. Otros delitos contra la propiedad?
-hurto en tiendas, robos
-fraude, venta de objetos robados, vandalismo, provocación de incendios, allanamiento | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L11. Delitos violentos?
-agresión, violencia doméstica, violación, homicidio | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L12. Posesión de armas, prostitución*, o juego ilegal?
-*incluye proxenetismo, € por sexo, pornografía | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L13. Conducir bajo los efectos de (CBE)..?
- alcohol o drogas | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L14. Cualquier otro delito penal?
-violación de la libertad provisional o condicional, escandaloso público, traspasar una entrada terminantemente prohibida, violación de una orden de alejamiento, negligencia o abandono, etc. | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
- L15. ¿Hace cuánto que le detuvieron por última vez? Años Meses
[Codifique 00 si es el último mes (30 días)]

- L16. ¿Cuántas veces le han condenado por un delito cometido después de los 18 años de edad? Veces
-ej. libertad provisional, encarcelamiento, multas
- L17. Desde los 18 años, ¿cuánto tiempo en total ha pasado en la cárcel o prisión? Años Meses
- L18. ¿Su admisión a tratamiento es judicial? 1-Sí, 0-No
-ej. por orden judicial
- Actualmente, ¿se encuentra en alguna de las siguientes situaciones? 1-Sí, 0-No
- L19. Libertad provisional
 - L20. Libertad condicional
 - L21. Pendiente de juicio o cargos
 - L22. Pendiente de sentencia
 - L23. Participando en un programa de reinserción
 - L24. Otros
-ej. pendiente de auto de prisión, bajo juicio de amparo, arresto domiciliario, monitorización electrónica.
- L25. ¿Cuánta gravedad tienen para usted sus problemas judiciales actuales?
- 0 - Ninguna 3 - Considerable
1 - Leve 4 - Extrema
2 - Moderada

(L26 – L30) En los últimos 6 meses:

- Pre-A. ¿Ha _____? [NOTA: Si No, codifique 00 en A. y vaya al siguiente ítem]
- A. número de días, últimos 6 meses
B. número de días, últimos 30 días
- | | A. Últimos 6 Meses | B. 30 Días |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------|
| L26. vendido o fabricado drogas?
-tráfico o distribución para obtener dinero, sexo, o cualquier otro beneficio | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L27. robado a alguien? | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L28. robado algo, vendido objetos robados, falsificado recetas o cheques, destruido propiedades o provocado incendios? | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L28c. ...hurto en tiendas | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L28d. ...robos / allanamiento | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L28e. ...robo de vehículos | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L28f. ...falsificación | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L28g. ...fraude | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L28h. ...vandalismo | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L28i. ...provocado incendios | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L28j. ...otros delitos de robo/ contra la propiedad | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |

ASI6

A. Últimos 6 Meses B. 30 Días

L29. amenazado o agredido a alguien?

-con o sin armas; incluye violencia doméstica, violación y homicidio
-excluye robo

L29c. ... amenaza sin agresión física

L29d. ... agresión con arma

L29e. ... agresión sin arma

L29f. ... agresión sexual

L29g. ... homicidio

L29h. ... otros

L30. cometido algún otro acto ilegal?

-tenencia ilícita de armas, envuelto en prostitución o proxenetismo o juego ilegal, etc.
[excluye uso o posesión de drogas para uso personal, CBE]

L30c. ...tenencia ilícita de armas

L30d. ...prostitución/proxenetismo

L30e. ...juego ilegal

L31. En los últimos 30 días, ¿cuántos días ha estado involucrado en alguno de los delitos anteriores?

L32. ¿Cuántos días en total ha conducido bajo los efectos del alcohol o drogas? A. Últimos 6 Meses B. 30 Días

Familia/Red Social: Las siguientes preguntas se refieren a sus relaciones familiares y sociales.

F1. ¿Ha mantenido alguna relación romántica o sexual con una pareja en el último mes? 1-Sí, 0-No
[NOTA: Si No, salte F3A-F9A.]

F2. ¿Cuántos amigos íntimos tiene?

-Excluye cónyuge / pareja sexual, y cualquier otro familiar adulto
[NOTA: Si 00, salte F3C-F9C.]

NOTA: Para F3 - F9:
A. Se refiere a la pareja o cónyuge
B. Se refiere a cualquier otro miembro adulto de la familia
ej. padres, abuelos, hermanos, hijos adultos, tíos, primos
C. Se refiere a cualquier amigo íntimo

En los últimos 30 días, ¿Ha: (1 - Sí, 0 - No)

	A. Pareja/s	B. Familiares Adultos	C. Amigos Íntimos
F3. pasado tiempo (en persona) con (su / cualquier):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F4. tenido algún contacto como llamadas telefónicas, cartas o e-mail con (otro): -Si F3+F4 = 0, vaya a F9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F5. hablado con (A/B/C) sobre sentimientos o problemas:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F6. tenido problemas de relación con:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F7. tenido discusiones con:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F8. ¿Tiene su (A/B/C) algún problema con el alcohol o las drogas actualmente?

-Incluya sólo a las personas con las que ha pasado tiempo o ha estado en contacto en los últimos 30 días

F9. Si necesita ayuda, ¿puede contar con...?

F10. ¿Tiene actualmente una orden de alejamiento de alguna persona? 1-Sí, 0-No

F11. En los últimos 30 días, ¿alguna de las relaciones con su pareja, parientes o amigos acabó en empujones/ golpes, o arrojando objetos? 1-Sí, 0-No

F12. Aparte de su pareja, familiares adultos y amigos íntimos; ¿hay otras personas con las que realmente puede contar si necesita ayuda? 1-Sí, 0-No
-ej., cura, médico, terapeuta, abogado, asistente social

F13. En global en los últimos 30 días, ¿cuánta satisfacción le han proporcionado sus relaciones con otros adultos?

ej. número de relaciones, cantidad de contacto, calidad de la comunicación, trato, ayuda mutua, etc.
0 - Ninguna 3 - Considerable
1 - Leve 4 - Extrema
2 - Moderada

F14. En los últimos 30 días, ¿cuánta preocupación ha tenido debido a problemas en sus relaciones con otros adultos?

0 - Ninguna 3 - Considerable
1 - Leve 4 - Extrema
2 - Moderada

F15. ¿Cuánta importancia tiene ahora para vd el tratamiento o asesoramiento (actual o adicional) para sus problemas de relación con otros adultos?

0 - Ninguna 3 - Considerable
1 - Leve 4 - Extrema
2 - Moderada

F16. ¿Le resulta difícil hablar de sus sentimientos o problemas incluso con las personas más cercanas? 1-Sí, 0-No

F17. ¿Se siente nervioso o incómodo cuando está con otras personas? 1-Sí, 0-No

F18. ¿Es importante para usted tener relaciones cercanas con alguien? 1-Sí, 0-No

En los últimos 30 días (F19-F22):

F19. ¿Ha acudido a servicios religiosos o a actividades promovidas por su comunidad religiosa? 1-Sí, 0-No
-Excluye grupos de autoayuda/reuniones de AA

F20. ¿Ha realizado algún trabajo de voluntariado? 1-Sí, 0-No

F21. ¿A menudo, ha estado aburrido o ha tenido dificultades para pasar simplemente el rato? 1-Sí, 0-No

F22. ¿Cuánta satisfacción le ha producido su forma de emplear el tiempo libre?

0 - Ninguna 3 - Considerable
1 - Leve 4 - Extrema
2 - Moderada

ASI6

Las siguientes preguntas se refieren a cualquier abuso o trauma que pueda haber sufrido a lo largo de su vida.

F23. ¿Alguna vez algún conocido le ha agredido o ha abusado de usted físicamente?
 -Excluya abuso sexual y codifíquelo en F26 0 → F26

F24. ¿Qué edad tenía la primera vez que sucedió?

F25. ¿Cuándo sucedió por última vez?
 -Si en los últimos 30 días, codifique '00 00' Hace Años Hace Meses

F26. ¿Alguna vez algún conocido le ha agredido o ha abusado de usted sexualmente?
 0 → F29

F27. ¿Qué edad tenía la primera vez que sucedió?

F28. ¿Cuándo sucedió por última vez?
 -Si en los últimos 30 días, codifique '00 00' Hace Años Hace Meses

F29. ¿Alguna vez ha sido víctima de un crimen violento como un atraco o agresión?
 -Excluya abuso anteriormente codificado y experiencias de guerra 0 → F32

F30. ¿Qué edad tenía la primera vez que sucedió?

F31. ¿Cuándo sucedió por última vez?
 -Si en los últimos 30 días, codifique '00 00' Hace Años Hace Meses

F32. ¿Alguna vez ha estado envuelto en cualquier otra situación amenazante para su vida?
 -ej. grandes catástrofes, accidentes/incendio grave, guerra 0 → F35
 -Excluya abuso, crímenes violentos anteriormente codificados

F33. ¿Qué edad tenía la primera vez que sucedió?

F34. ¿Cuándo sucedió por última vez?
 -Si en los últimos 30 días, codifique '00 00' Hace Años Hace Meses

F35. ¿Alguna vez ha visto cómo mataban, atracaban, agredían o herían gravemente a alguien?
 -Excluya grandes catástrofes, accidentes/incendio grave, guerra anteriormente codificados 0 → NOTA

F36. ¿Qué edad tenía la primera vez que sucedió?

F37. ¿Cuándo sucedió por última vez?
 -Si en los últimos 30 días, codifique '00 00' Hace Años Hace Meses

[NOTA: si no hay historia de abuso o trauma (e.d., F23, F26, F29, F32, y F35 son todos 0-No), vaya a F40.]

F38. En los últimos 30 días, ¿cuánta molestia o preocupación ha tenido por sentimientos, pensamientos u otras reacciones relacionadas con estos acontecimientos?
 -Incluya pesadillas/sueños, "flashbacks", etc.
 0 - Ninguna 3 - Considerable
 1 - Leve 4 - Extrema
 2 - Moderada

F39. ¿Cuánta importancia tiene ahora para vd el tratamiento o asesoramiento (actual o adicional) para los sentimientos, pensamientos u otras reacciones relacionadas con estos sucesos?
 0 - Ninguna 3 - Considerable
 1 - Leve 4 - Extrema
 2 - Moderada

Las siguientes preguntas se refieren a sus hijos o a cualquier otro niño que viva con usted.

F40. ¿Cuántos hijos ha tenido o adoptado?
 00 → F45

F41. ¿Qué edades tienen sus hijos vivos, comenzando por el mayor?

Hijo 1	<input type="text"/>	Hijo 6	<input type="text"/>
Hijo 2	<input type="text"/>	Hijo 7	<input type="text"/>
Hijo 3	<input type="text"/>	Hijo 8	<input type="text"/>
Hijo 4	<input type="text"/>	Hijo 9	<input type="text"/>
Hijo 5	<input type="text"/>	Hijo 10	<input type="text"/>

[NOTA: Si todos sus hijos tienen 18 años o más, → F45]

F42. ¿Tiene algún proceso de custodia abierto con la madre, padre o cualquier otro familiar?
 1-Sí, 0-No

F43. ¿Cuántos de sus hijos se hayan actualmente en régimen de acogimiento por orden judicial?
 -Incluya también acogimiento familiar por orden judicial Hijos

F44. En los últimos 30 días, ¿cuántos de sus hijos (menores de 18 años) han vivido con usted al menos un tiempo?
 Hijos

F45. En los últimos 30 días, ¿algún otro niño (nietos, sobrinos, etc.) menor de 18 años ha vivido con usted al menos un tiempo?
 1-Sí, 0-No
 -Codifique niños que permanecen con regularidad, o que hayan permanecido en casa durante periodos largos de tiempo

[NOTA: Si F44 y F45 son 0, es decir, sin niños en los últimos 30 días, vaya a F51]

F46. ¿Cuántos de los niños (que han vivido con usted) tienen un problema médico, de conducta o de aprendizaje grave y requieren cuidados, tratamiento o servicios especializados?
 Niños

F47. Actualmente ¿cuánta necesidad tiene de servicios adicionales para tratar esos problemas de los niños?
 0 - Ninguna 3 - Considerable
 1 - Leve 4 - Extrema
 2 - Moderada

F48. En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido en la relación con los niños (< 18) que han vivido con Ud al menos un tiempo?
 0 - Ninguna 3 - Considerable
 1 - Leve 4 - Extrema
 2 - Moderada

F49. ¿Cuánta importancia tiene ahora para vd el asesoramiento (p.e. clases de padres) para ayudarle en la relación con esos niños (<18)?
 -asesoramiento actual o adicional
 0 - Ninguna 3 - Considerable
 1 - Leve 4 - Extrema
 2 - Moderada

F50. Actualmente, ¿necesita ayuda adicional en el cuidado de los niños para que vd pueda acudir al tratamiento de su abuso de sustancias, al trabajo/estudios, o a buscar trabajo?
 1-Sí, 0-No

ASI6

- F51. ¿Alguna vez ha sido investigado o ha estado tutelado por los servicios de protección del menor (SPM)? 1-Sí, 0-No
- F52. ¿Alguna vez los SPM se han llevado a alguno de sus hijos del domicilio familiar? 1-Sí, 0-No
- F53. ¿Alguna vez le han quitado la patria potestad? 1-Sí, 0-No
-Sus derechos de paternidad fueron suspendidos permanentemente por decisión judicial
- F54. ¿Actualmente se halla envuelto en un caso de custodia o está siendo investigado o tutelado por los servicios de protección del menor? 1-Sí, 0-No

Estado Psiquiátrico: Las siguientes preguntas se refieren a cualquier tratamiento o evaluaciones que pueda haber recibido debido a problemas emocionales o psicológicos.

- P1. En su vida, ¿cuántas veces ha estado hospitalizado debido a problemas emocionales o psicológicos?
ej. en un hospital o comunidad terapéutica Veces
- P2. En su vida, ¿Alguna vez le han prescrito fármacos para tratar problemas emocionales/psicológicos? 1-Sí, 0-No
0 → P4
- P3. ¿Cuántos días ha tomado medicación para tratar problemas emocionales o psicológicos?
A. Últimos 6 meses B. 30 Días
000 → P4
- P4. En su vida, ¿a cuántas consultas ambulatorias ha acudido por problemas emocionales/ psicológicos?
-Incluya evaluaciones en persona incluso si no se han seguido de tratamiento adicional
-Incluya también consultas relacionadas = médico de atención primaria por problemas psicológicos, y monitorización de psicofármacos 0 → NOTA
0 - Ninguna 3 - 26-50 consultas
1 - 1-5 consultas 4 - más de 50 consultas
2 - 6-25 consultas

- P5. ¿Cuántas consultas ambulatorias ha tenido?
A. Últimos 6 meses B. 30 Días
000 → NOTA

[NOTA: Si P1, P2, P4 son todas 0-No, es decir, no historia de tratamiento psiquiátrico, vaya a P7]

- P6. ¿Qué edad tenía la primera vez que recibió un tratamiento o fue evaluado por problemas emocionales o psicológicos?
Años
- P7. ¿Actualmente recibe una pensión por discapacidad psicológica? 1-Sí, 0-No

Las siguientes preguntas se refieren a diferentes maneras en que vd puede haberse sentido o actuado. Algunas preguntas se refieren a si alguna vez, en su vida se sintió o actuó de una manera determinada, y otras se centran sólo en los últimos 30 días.

Codificación 0 - No
para A/B: 1 - Sí
2 - Sí, pero sólo estando intoxicado o en abstinencia

[NOTA: Si el paciente reconoce un síntoma, es decir, "Sí", pregúntele: "¿Estuvo así **SÓLO** cuando estaba intoxicado o en abstinencia?" y codifique 1 ó 2 según corresponda.]

- (P8 - P17): A. A lo largo de su vida
B. En los últimos 30 días
C. Hace cuántos días por última vez, _____?

Ha tenido/Se ha sentido (alguna vez): A. B. C.
Vida / 30 Días / Hace "x" días

- P8. problemas para dormirse, permanecer dormido* o despertarse demasiado temprano?
*dormir toda la noche
- P9. deprimido o bajo de ánimo la mayor parte del día (casi cada día durante al menos 2 semanas seguidas)?
-para los últimos 30 días, codifique si ha estado presente cualquier día

Ha tenido/Se ha sentido/Ha (alguna vez): A. B. C.
Vida / 30 Días / Hace "x" días

- P10. ansioso, nervioso o preocupado la mayor parte del día (casi cada día durante al menos 2 semanas seguidas)?
-para los últimos 30 días, codifique si ha estado presente cualquier día
- P11. alucinaciones?
-oír o ver cosas que otras personas no podían oír o ver 0 → P12 0 → P12
- P12. dificultad para pensar, concentrarse, comprender o recordar hasta el punto de causar problemas?
0 → P13
- P13. (desde los 18 años) dificultad para controlar su carácter o impulsos de pegar o hacer daño a alguien?
0 → P14 0 → P14
- P14. (desde los 18 años) empujado, golpeado o tirado objetos a alguien, o utilizado un arma contra alguien?
0 → P15 0 → P15
- P15. pensado seriamente en suicidarse?
0 → P16 0 → P16
- P16. intentado suicidarse?
0 → P17 0 → P17
- P17. experimentado otros problemas emocionales o psicológicos no mencionados anteriormente?
-ej. trastorno de la conducta alimentaria, manía, etc.
Especifique: _____

[NOTA: Si P9 - P17 son todos 0-No, es decir, no problemas o síntomas psiquiátricos en los últimos 30 días, vaya a P21]

- (P18 - P20) En los últimos 30 días:
-Excluya P8 (problemas con el sueño) para P18 - P21

- P18. ¿Cuántos días ha experimentado estos problemas emocionales o psicológicos?
Días
- P19. ¿Cuántos días ha sido incapaz de realizar sus actividades normales debido a problemas o síntomas psicológicos/emocionales?
Días

ASI6

P20. ¿Cuánta molestia o preocupación ha tenido por estos problemas psicológicos o emocionales?

0 - Ninguna 3 - Considerable
1 - Leve 4 - Extrema
2 - Moderada

I15. Hora de finalización:

P21. ¿Cuánta importancia tiene ahora para vd el tratamiento (actual o adicional) para sus problemas psicológicos?

0 - Ninguna 3 - Considerable
1 - Leve 4 - Extrema
2 - Moderada

Puntuación de Validez/ Fiabilidad Global para el Entrevistador:

Valore la capacidad aparente y la buena voluntad del entrevistado para comprender las preguntas, proporcionar estimaciones exactas y reflexivas, y responder honestamente. En general, la información proporcionada por el entrevistado es:

1-Mala, 2-Regular, 3-Buena

Mala: muchos ítems fueron respondidos muy inexactamente, fueron rechazados y/o el perfil es contradictorio o sin sentido

Regular: numerosas inexactitudes aparentes, rechazos y/o inconsistencias, pero el perfil global parece razonable con la excepción de 1 ó 2 áreas problema

Buena: algunas/pocas inexactitudes aparentes, rechazos y/o inconsistencias, el perfil general parece ser un buen reflejo del entrevistado

ASI6

Lista de Alcohol y Drogas

Alcohol - cerveza, vino, sidra, destilados (bebidas blancas), licores, etc.

Marihuana - cannabis, hachís, THC, "hierba", "maría", "costo", "chocolate", "porros", etc.

Sedantes – benzodiacepinas, Valium, Trankimazin, Tranxilium, Dorken, Lexatin, Halcion, Rohipnol, Orfidal, Idalprem, barbitúricos, etc.

Cocaína – "crack" o cocaína base, "speedball", etc.

Estimulantes – anfetamina, metanfetamina, Rubifen, Concerta, "speed", "cristal", "hielo", "monster", "crank", etc.

Alucinógenos – LSD, "ácido", "blotter", PCP, "polvo de ángel", "polvo", STP, DMT, mescalina, psilobice, hongos, MDMA, éxtasis, "X", "green", etc.

Heroína – caballo, jaco, brown sugar, chinos

Metadona – Metadona, LAAM, buprenorfina.

Otros Opiáceos – Analgésicos: morfina, opio, codeína, fentanilo, etc.

Inhalantes – pegamento, óxido nitroso (gas hilarante), nitrato de amilo, "poppers", disolventes, gasolina, etc.

Otros – anabolizantes esteroideos, efedrina, pseudoefedrina, hipnóticos o anorexígenos no prescritos, otros medicamentos no prescritos, desconocido, etc.

ASI6

Principales Grupos de Profesiones

- 1 – Profesiones especializadas y técnicas**
(p.e. ingenieros, informáticos, investigadores, científicos, profesionales de la salud, trabajadores sociales, religiosos, profesores, abogados, artistas profesionales, animadores profesionales y atletas)
- 2 – Ejecutivos, administrativos o directivos**
(p.e. directores, gerentes, contables)
- 3 – Ventas**
(p.e. vendedores de seguros e inmobiliarias, comerciantes, cajeros)
- 4 – Oficinistas y apoyo administrativo**
(p.e. supervisores de oficinas, operadores de ordenador, secretarías/os, recepcionistas, oficinista de cualquier tipo, mensajeros-carteros, tasadores, cajeros de banco, profesores de apoyo)
- 5 – Producción precisa, oficios y reparaciones**
(p.e. mecánicos, reparadores de equipación, trabajadores de la construcción, instaladores de moquetas, albañiles, electricistas, pintores, trabajadores del metal, tapiceros, ensambladores de equipos electrónicos, camiceros, panaderos, calibradores, operadores de plantas y sistemas- agua y residuos, centrales eléctricas)
- 6 – Operadores de maquinaria, ensambladores y supervisores**
(p.e. trabajadores del metal, plástico y la madera, operadores de maquinaria textil, soldadores, cortadores, ensambladores, clasificadores)
- 7 – Transportistas y mudanzas**
(p.e. conductores de todos los tipos, trabajadores de aparcamientos, gruistas, marineros)
- 8 – Trabajadores manuales, equipos de limpieza, ayudantes y peones**
(p.e. pescadores, jardineros, trabajadores forestales y leñadores, ayudantes de mecánico, ayudantes de la construcción, ayudantes de producción, basureros, reponedores y botones)
- 9 – Servicios, excepto empleado/a del servicio doméstico**
(p.e. servicios de protección – bomberos, policías, guardias; servicios de alimentación – cocineros, preparación de comida, ayudante de mostrador, camarero; servicios de salud – auxiliares de dentista, de enfermería; limpieza y mantenimiento – porteros, camareras de hotel y sus supervisores; servicios personales – peluqueros, acomodadores, encargados de sala, ayudantes de servicios sociales, cuidadores de niños, maleteros/mozos y sus supervisores)
- 10 – Granjero / director de granja**
- 11 – Empleado de granja**
- 12 – Fuerzas Armadas**
- 13 – Empleado/a del servicio doméstico**
(p.e. niñera, mayordomo, interna)
- 14 – Otros**

ASI6

Escala de Autoevaluación

0 – Ninguna

1 – Leve

2 – Moderada

3 – Considerable

4 – Extrema

Anexo 4. Consentimiento Informado y Acuerdo con los Servicios del Programa

Este consentimiento o acuerdo le expone el tipo de servicios que recibirá bajo este programa de tratamiento y las condiciones bajo las cuales se le ofrecen.

Yo, _____, solicito tratamiento del personal de _____.

Como condición de participación en este tratamiento, debo manifestar mi acuerdo con las siguientes condiciones:

Duración del tratamiento

El tratamiento grupal tiene una duración de 4 meses, a partir de ese momento se continúa en un grupo de seguimiento semanal hasta completar el año, este grupo es opcional.

Confidencialidad

El personal está obligado a mantener la confidencialidad en todo momento. Ningún dato identificativo suyo será utilizado fuera del centro. Es posible que se publiquen artículos de investigación con la información recogida, pero en ningún caso será posible identificar a los usuarios.

Los datos obtenidos serán debidamente custodiados según indica la Ley Orgánica de Protección de Datos 15/1999 de 13 de diciembre y puede ejercer el derecho de acceso, rectificación, eliminación o modificación de sus datos en cualquier momento. Los estudios que se realicen respetarán la Declaración de Helsinki, el Convenio del Consejo de Europa relativo a los derechos humanos y la biomedicina, la Declaración Universal de la UNESCO sobre el genoma humano y los derechos humanos, el Convenio de Oviedo relativo a los derechos humanos y la biomedicina y las Recomendaciones sobre Buena Práctica Clínica.

Comprendo que:

1. Las estrategias que se utilizan en el tratamiento son útiles contra los problemas de dependencia. Sin embargo, no se pueden garantizar resultados específicos.
2. La participación en el tratamiento requiere unas normas básicas para que funcione por lo que si se incumplen, los profesionales pueden poner fin a este tratamiento.

Estoy de acuerdo con lo siguiente:

a. Evaluación (cuestionarios y análisis de orina)

Se realizarán diferentes medidas durante todo el tratamiento. Test de orina semanales y entrevistas. Las sesiones serán grabadas (audio y/o video) y algunas de las grabaciones serán analizadas. Las sesiones podrán ser observadas por profesionales o estudiantes con fines formativos, respetando siempre la confidencialidad.

b. Asistencia y puntualidad

El tratamiento consiste en sesiones individuales y grupales. Comprendo que asistir a estas reuniones es extremadamente importante y si no puedo asistir a una sesión se lo notificaré a mi terapeuta lo antes posible. Es necesaria la puntualidad.

c. Confidencialidad y respeto

Los usuarios están obligados a guardar la confidencialidad respecto a otros pacientes y a respetar a los demás.

d. Consumo

Se evitará entrar a los grupos bajo los efectos de las drogas. En este tratamiento se recomienda encarecidamente una abstinencia total de todo tipo de drogas, incluyendo alcohol y cannabis (marihuana). Si no soy capaz de mantener este acuerdo, hablaré con mi terapeuta sobre esta y otras opciones de tratamiento.

e. Relaciones

Las relaciones personales o sentimentales entre miembros de los grupos interfieren en el tratamiento por lo que no están permitidas durante los 4 meses de tratamiento. Está prohibido hacer negocios o intercambios profesionales con otros compañeros. Mi tratamiento finalizará inmediatamente si existe sospecha de que he intentado vender drogas o de que animo a otros compañeros al consumo.

f. Participación voluntaria y cooperación

El tratamiento es voluntario, pero si decido dejarlo, discutiré antes mi decisión con mi terapeuta. Para conseguir los objetivos del tratamiento se necesita una cooperación y participación activa del usuario y de sus familiares. En el caso de que mi falta de cooperación afectase a otros usuarios se podría finalizar este tratamiento.

Con mi firma certifico que he comprendido y acepto estas condiciones para recibir los servicios de este programa de tratamiento. Este acuerdo y consentimiento es válido durante el tiempo en el que esté recibiendo este tratamiento en el centro.

Firma del usuario:

Fecha: