

Intervención en adicciones con y sin sustancias: a propósito de un caso

Ángela Melgares de Aguilar Giménez

Universidad a Distancia de Madrid

Trabajo final del Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

Directora académica: María Teresa Rosique Sanz

Modalidad de intervención en caso clínico

Curso 2019/2020

Número total de palabras: 9749

Número total de palabras sin incluir referencias: 8973



Resumen

El tratamiento de los problemas adictivos es un asunto complejo, lleno de matices, donde se mezclan factores muy diversos. Encontramos, por un lado, el consumo de drogas que supone en la actualidad una de las problemáticas con mayor dimensión a nivel social. De otra parte, el crecimiento descontrolado de la problemática relacionada con el juego patológico. Ambas realidades pueden confluír en una misma persona. Como es el caso del paciente del presente estudio, un varón de 47 años que presenta un Trastorno de la personalidad debido a afección médica y un trastorno adictivo múltiple. Este paciente es atendido en una Comunidad Terapéutica en régimen residencial y durante un periodo temporal de seis meses, a través de un programa de rehabilitación biopsicosocial, que se caracteriza por una intervención grupal, individual y familiar con una orientación cognitivo conductual.

El objetivo de este artículo es exponer el caso y mostrar los progresos obtenidos a través de la operativización de las medidas de cambio (abstinencia; reducción de ansiedad, alteraciones del estado del ánimo, afecto negativo, hostilidad y agresividad; aumento del autocontrol, patrones de autocuidado y mejora relaciones interpersonales.) Los resultados muestran una tendencia general positiva en las anteriores variables, quedando descritas en estudio, a pesar de las dificultades que presentaba el caso por la existencia de la patología dual, numerosas conductas-problema asociadas y por la resistencia al cambio del paciente.

En el estudio finaliza con una propuesta de mejora, con el fin de reforzar la parte de la intervención específica en juego patológico.

Palabras clave: Adicciones, drogas, juego patológico, estudio de caso, intervención.

Contenido

Resumen.....	2
Contenido.....	3
Presentación del caso clínico	7
Recursos asistenciales implicados	8
Motivo de la consulta.....	9
Antecedentes	9
Familiares.....	9
Personales.	9
Psicobiografía	10
Situación basal	13
Evaluación.....	16
Instrumentos.....	16
Análisis y descripción de las conductas problema o las variables susceptibles de modificación	21
Análisis topográfico y funcional.....	21
Hipótesis explicativas	23
Diagnóstico clínico	24
Diagnóstico diferencial.....	28

Objetivos del tratamiento	30
Tratamiento/Intervención	32
Intervención grupal	33
Intervención individual	34
Evolución y resultados	39
Seguimiento	43
Discusión.....	44
Conclusiones.....	46
Referencias.....	48
Anexos	52

Intervención en adicciones con y sin sustancias: a propósito de un caso

Las adicciones, y concretamente las drogas, han estado en relación con la humanidad desde tiempos remotos, con fines propios a cada época y cultura. Criollo y Guerrero (2015) afirman que se trata de asunto complejo, con diversidad de factores predisponentes, causantes y mantenedores. Tratándose por tanto la adicción como una patología porque genera efectos negativos en el individuo y que debe tratarse como un problema poliédrico, es decir, desde diversos enfoques (legal, médico, social y psicológico) tal y como afirma Espada (2015).

El consumo de drogas supone en la actualidad una de las problemáticas con mayor dimensión a nivel social, debido a su complejidad y el inicio a edades cada vez más tempranas (Plan Nacional sobre Drogas, 2013). Y es que, según el Plan de Acción de Adicciones (2018); en la actualidad, nos encontramos con un factor de riesgo importante como es la baja percepción de peligrosidad del consumo de drogas, especialmente alcohol y cannabis. Sin embargo, debido al envejecimiento de la población, lo que encontramos es que aumenta cada vez más la edad de las y los consumidores de drogas clásicas que demandan tratamiento, comparado con anteriores décadas (Plan de Acción de Adicciones, 2018).

Pero no todos los comportamientos adictivos tienen que ver con una sustancia. Por ello, se suele diferenciar entre adicciones químicas o con sustancia y adicciones comportamentales. Parecen problemáticas totalmente alejadas pero el análisis del comportamiento adictivo releva aspectos comunes. Como afirma Espada (2015) sustancias como la nicotina, el alcohol, anfetaminas u opiáceos, y actividades como apostar, jugar a la videoconsola o navegar por internet se caracterizan por la elevada potencia reforzadora y la baja capacidad saciadora, además se obser-

van modificaciones significativas de los niveles cerebrales de monoaminas biogénicas como la dopamina, norepinefrina o acetilcolina (Cooper y Haney, 2008; Santini y Klann, 2011).

En los últimos años nos encontramos frente al crecimiento de la problemática ocasionada por el juego patológico y no es algo que haya aparecido actualmente en nuestra sociedad. Fernández-Montalvo y Echeburúa (1997) ya afirmaban que el juego de apuestas o de dinero es un fenómeno viejo pero que ha irrumpido de una forma nueva en nuestra época. Lo que sí es novedoso en nuestra actualidad es la proliferación descontrolada de locales de juego, el fácil y rápido acceso al juego, los todavía escasos recursos que impiden el acceso a menores a plataformas y locales de juego, las máquinas tragaperras reinando en casi la totalidad de los bares españoles, la agresiva publicidad en horarios protegidos y la ausencia de regulación apropiada para prevenir la adicción. Un dato relevante es irrupción de este problema en menores, la Dirección General de Ordenación del Juego (2017) afirma que el 36% de las personas que estuvieron en tratamiento por un trastorno por juego patológico se iniciaron a jugar siendo menores.

En cuanto a la denominación y diagnóstico, en la última edición del DSM 5 (APA, 2013), bajo el epígrafe “trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos” se incluyen las distintas sustancias psicoactivas y el juego (antes denominado juego patológico, que aparecía en el apartado de trastornos del control de impulsos, en el DSM 4). En esta última edición también se eliminan los términos de abuso y dependencia. En el caso del juego patológico, el DSM 5 (APA, 2013) señala como característica esencial que se trata de un comportamiento disfuncional recurrente y persistente de juego que interrumpe las actividades familiares y/u ocupacionales.

El objetivo del presente trabajo es exponer el proceso terapéutico realizado en el caso de un varón diagnosticado de juego patológico y dependencia de alcohol y cocaína en una Comunidad Terapéutica. Concretamente se va a presentar la evaluación e intervención llevada a cabo, así como la evolución y resultados alcanzados. Además, se incluye una propuesta de mejora del tratamiento respecto al juego patológico, como resultado de la necesaria formación y especialización de los recursos de adicciones, algo que resulta imprescindible ante el crecimiento de la demanda.

Presentación del caso clínico

La presente propuesta de intervención surge a propósito de un caso real. A continuación se va a exponer el caso de Javier (nombre ficticio), un paciente de 47 años, varón, soltero y sin hijos, es el tercero de cuatro hermanos, que es derivado desde su Centro de Salud Mental de referencia a un Comunidad Terapéutica en abril de 2019 con el objetivo de iniciar un tratamiento de rehabilitación biopsicosocial respecto a su trastorno adictivo múltiple (juego patológico y dependencia de alcohol y cocaína). En este recurso realiza una fase de admisión a tratamiento, e ingresa finalmente en mayo de 2019 en el en régimen residencial con una duración pactada de seis meses.

Recursos asistenciales implicados

Javier es un paciente derivado a una Comunidad Terapéutica de Adicciones por el Centro de Atención a Drogodependientes (CAD), dependiente del Centro de Salud Mental (CSM), en donde mantiene seguimiento regular ambulatorio, junto con la atención que recibe de una trabajadora social.

Durante el proceso de rehabilitación, también ha existido una coordinación con su especialista en Neurología, ante la necesidad de realizar un estudio neurológico a petición de la Comunidad Terapéutica. Del mismo modo, se ha mantenido contacto con Servicios Sociales municipales con el objetivo de regularizar su situación domiciliaria. Actualmente se encuentra también implicado en el caso un Centro de Rehabilitación Integral de Daño Cerebral, en concreto el servicio de Centro de Día, donde Javier ha iniciado asistencia paulatina y donde continuará tras alta en Comunidad Terapéutica. La coordinación se representa visualmente en la Figura 1.

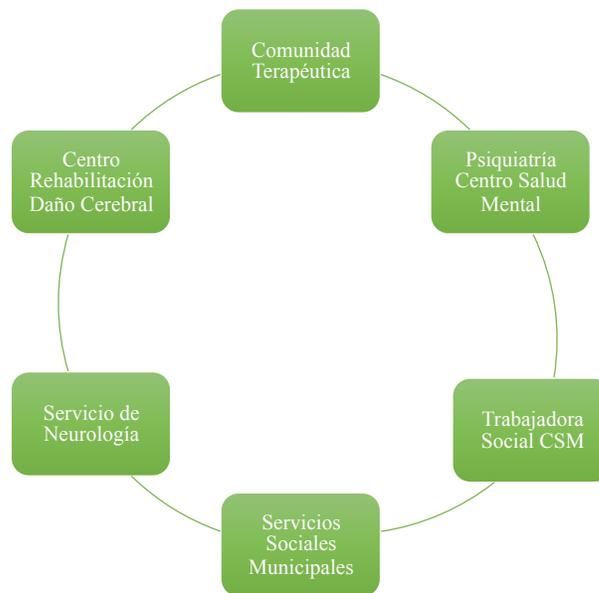


Figura 1: Recursos asistenciales implicados en el caso del paciente Javier.

Motivo de la consulta

Javier es derivado a Comunidad Terapéutica con el fin de realizar un proceso de rehabilitación de su trastorno de adicción múltiple, constando en el informe de derivación los siguientes diagnósticos, según DSM-5 (APA, 2013):

- F10.2x – Dependencia del alcohol (303.90)
- F14.2x – Dependencia de la cocaína (304.50)
- F63 – Juego Patológico (585)
- F07. 0 - Trastorno de personalidad debido a afección médica (310.1)

Antecedentes

Familiares.

En cuanto a los antecedentes maternos constan un trastorno adaptativo, poliartrosis, diabetes mellitus, y enfermedad de Alzheimer. En el caso de los antecedentes paternos encontramos: enfermedad renal crónica, enfermedad pulmonar obstructiva, diabetes mellitus y adicción al juego con dinero.

Personales.

La historia médica del paciente es también extensa y discurre por diferentes áreas de salud, se destacan las más relevantes a continuación:

- Traumatismo craneoencefálico grave con 16 años tras accidente en motocicleta, con resultado de una fractura en la base del cráneo y necesidad de una prótesis.
- Crisis epilépticas a causa de traumatismo craneoencefálico.

- Diagnóstico de Trastorno orgánico de la personalidad, actualmente codificado en DSM 5 (2013) como Trastorno o cambio de la personalidad debido a otra afección médica (F07.0)
- Ha recibido distintos diagnósticos de salud mental no definitivos, entre lo que destaca el trastorno límite de la personalidad y trastorno esquizoafectivo.
- Otros episodios médicos cerrados como tuberculosis, hipoacusia aguda, ulceración piel crónica, insomnio, quiste párpado, gota y pitiriasis rosada.

Psicobiografía

Javier es el tercero de cuatro hermanos, uno de ellos fallecido en 2006 en un accidente de tráfico, con los dos restantes no mantiene ninguna relación desde hace más de diez años. El padre fallece también en ese mismo año, y la madre se encuentra actualmente en una residencia para personas mayores. Véase genograma en *Figura 2*.

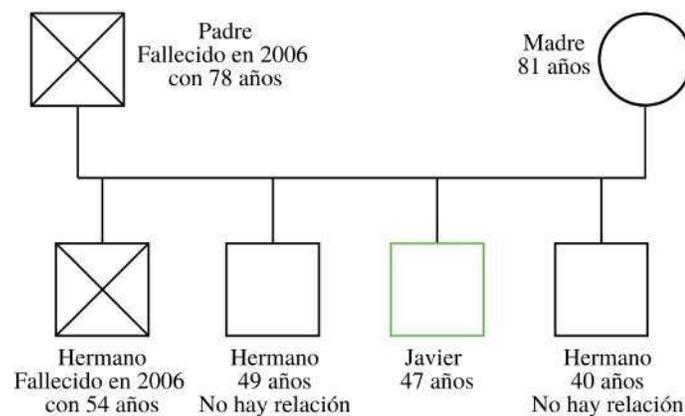


Figura 2: Genograma

La infancia de Javier transcurre en una familia con reducidos recursos socio-económicos, en una zona rural y con difícil acceso a recursos comunitarios. El paciente refiere dificultades de adaptación en el colegio, con el grupo de iguales, y con sus hermanos. Estas relaciones se dificultan aún más con el inicio del consumo de drogas de Javier.

En cuanto a su historia de consumo, Javier verbaliza que inició de consumo de alcohol, cannabis y cocaína a los 15 años de edad, manifestando un uso recreativo y social de las sustancias. Por aquel entonces su patrón de consumo era esporádico, de fines de semana y siempre en compañía de amigos. En esta etapa abandona también la escolarización y se encontraba trabajando en el campo con su padre.

A la edad de 16 años, Javier tiene un accidente grave de motocicleta, el cual tiene como resultado una traumatismo craneoencefálico grave con una rotura de la base del cráneo, precisando de un tratamiento neuroquirúrgico con el objetivo de la reconstrucción craneal con prótesis. A raíz de este acontecimiento presenta frecuentes crisis epilépticas con convulsiones, presentes en la actualidad aunque de forma esporádica. Aparecen también dificultades a nivel psicológico y cognitivo, destacando las dificultades de adaptación a normas e indicaciones en casa y la inestable relación con sus padres y hermanos. Además de serias dificultades en la gestión emocional, desconfianza, apatía. Verbalizando él mismo que su entorno social no lograba reconocerlo. Siendo diagnosticado en ese momento por su psiquiatra de Trastorno de la personalidad limítrofe, diagnóstico que va evolucionando hasta finalmente establecerse, según DMS 5 (2013), como Trastorno de la personalidad debido a lesión médica (F07.0). Tras este episodio, continúa trabajando esporádicamente en una pequeña finca familiar y pasa la mayor parte de su tiempo con amigos.

Javier sitúa en la edad de 25 años el inicio del consumo continuo de alcohol y cocaína, que se torna en un patrón solitario de aproximadamente 2-3 episodios a la semana. En esta etapa terminó el consumo de cannabis. En ese mismo año, comienzan los primeros episodios de juego de azar con dinero, concretamente con máquinas tragaperras y en bingos. Las amistades de Javier comienzan a ser débiles, caracterizadas por el consumo y el interés económico. Javier en esta etapa había dejado el trabajo en el campo y trabajó cerca de dos años en una carpintería, pero por su escasa responsabilidad y esfuerzo en el trabajo fue despedido.

Respecto a su vida sentimental, Javier mantuvo una relación de pareja desde los 29 a los 34 años de edad, con la que no llega a convivir pero según refiere que mantuvo una relación estable y con planes futuros comunes.

En 2006, con la edad de 34 años, el paciente vuelve a tener un accidente de tráfico y sufre nuevo traumatismo craneoencefálico que requiere una nueva intervención quirúrgica de reconstrucción craneal y de sustitución de las prótesis. Además, en este accidente de tráfico fallece su pareja, lo que genera en Javier una gran conmoción que refiere que no se ha resuelto en la actualidad. Tras el segundo accidente, no realiza ninguna actividad laboral.

Durante ese año fallece uno de sus hermanos en un accidente de tráfico y su padre. Javier describe este año como un punto de inflexión en su vida en el que desarrolla un patrón de consumo y juego descontrolado y según él “autodestructivo” que mantiene desde 2006 hasta 2011.

Es en 2011 cuando, a través de un amigo, solicita por primera vez ayuda en el servicio de psiquiatría del Centro de Salud Mental y desde allí es remitido al Centro de Atención a Drogodependencias. Es entonces cuando comienza el periplo de Javier por diferentes recursos de atención a las drogodependencias, pasando por tres comunidades terapéuticas en régimen residencial y varios tratamientos en régimen de centro día, presentando numerosas dificultades de adherencia y adaptación a todos los recursos.

Situación basal

El paciente acude a la Comunidad Terapéutica con un último consumo de alcohol, cocaína y juego muy recientes en el tiempo, continuados desde hace aproximadamente 30 años. Se muestra inestable y con grandes resistencias ante el tratamiento y exhibe dificultades en la adaptación a normas, horarios y convivencia. Además, no presenta ningún tipo de hábito de higiene o limpieza, por lo que necesita supervisión total a la hora para llevarlos a cabo. Tampoco cuenta con las habilidades necesarias para cumplir horarios, realizar tareas domésticas, control del consumo de tabaco, utilización de enseres de otros pacientes, etc.

A continuación, se describirá la situación inicial o basal de Javier a través de las siguientes áreas:

- **Área médico sanitaria:**

Presenta una lesión cerebral a nivel del lóbulo frontal con una prótesis correctiva y parestesias a nivel facial. Al inicio del tratamiento presenta una dieta alimentaria poco equilibrada y niveles de colesterol elevados. No presenta rutinas ni hábitos deportivos. El paciente refiere alergias a Naltrexona y Cianamida cálcica. Es fumador de tabaco, con un

patrón de consumo de aproximadamente 40 cigarrillos al día. El tratamiento farmacológico pautado es el siguiente:

Tabla 1

Tratamiento farmacológico

Denominación	Dosis	Pauta
Mirtazapina	30 mg	0 - 0 - 1
Lamotrigina	100 mg	1 - 1 - 0
Sertralina	50 mg	1 - 0 - 0
Olmesartán	20 mg	1 - 0 - 0
medoxomilo e		
Hidroclorotiazida		
Clonazepam	2 mg	½ - ½ - ½
Clorazepato	15 mg	1 - 1 - 0
Quetiapina	25 mg	0 - 0 - 1
Pravastatina	160 mg	0 - 0 - 1
Fenitoína	100 mg	1 - 1 - 1

Nota: “mg” como miligramos. La pauta hace referencia a la ingesta en desayuno-comida-cena.

- **Área empleo/soportres:**

Javier recibe una cuantía de 1150 euros/mes procedente de su Invalidez Permanente Absoluta del INSS (Instituto Nacional de la Seguridad Social), concedida desde hace 11 años. No cuenta con un domicilio de residencia propio, ni ninguna propiedad.

- **Área adicción/Diagnóstico adictivo:**

Los diagnósticos referentes al área adictiva son, según DSM-5 (APA, 2013):

- F10.2x – Dependencia del alcohol (303.90)
- F14.2x – Dependencia de la cocaína (304.50)
- F63 – Juego Patológico (585)

- **Área legal/judicial:**

Javier no se encuentra cumpliendo ninguna condena ni tiene juicios pendientes.

- **Área socio-familiar**

No existe relación con ningún miembro de la familia, únicamente la madre con enfermedad de Alzheimer, que se encuentra ingresada en una residencia de personas mayores. Existe un amigo con gran implicación en el caso, que gestiona su dinero, citas médicas, desplazamientos, etc.

- **Área psicológica/psiquiátrica:**

El paciente viene derivado con un diagnóstico de F07.0 - Trastorno de personalidad debido a afección médica (310.1).

Evaluación

Instrumentos

A través de un proceso inicial de evaluación se administran distintas pruebas para la evaluación y recogida de información al ingreso y a los seis meses de tratamiento, siendo el diseño pretest y posttest, con el objetivo de analizar, por un lado, la situación actual de la persona con adicción, además de poder medir qué cambios se han producido en torno a los seis de tratamiento.

Fase admisión:

En esta fase se utilizan los siguientes instrumentos de evaluación:

- Primera entrevista estructurada (documento interno no publicado). (Véase Anexo I.)
- Protocolo de ingreso de una persona con adicción en comunidad terapéutica (documento interno no publicado). Véase Anexo II.
- Otros documentos como el contrato terapéutico, autorización recogida de datos, permiso de grabación de sesiones terapéuticas o contrato de disponibilidad familiar (documentos internos no publicados). Véanse Anexos III, IV, IV y VI.

Fase rehabilitación:

La fase de rehabilitación comienza cuando se produce el ingreso en la Comunidad Terapéutica y se utilizan los siguientes instrumentos:

- Entrevista estructurada mediante protocolo de valoración del área terapéutica (documento interno no publicado). Donde se recoge la situación basal del paciente, quedando patentes las problemáticas del área adictiva (juego patológico y dependencia de alcohol y cocaína), dificultades con respecto a la salud (aseo personal, alimentación, descanso, deporte y abuso de medicación), y otras suscritas a las dificultades con las normas básicas de educación, convivencia y comunicación. (Véase Anexo VII).
- Autoinforme de problemática psicosocial asociada (documento interno no publicado) (Véase Anexo VIII). Se trata de un autoinforme donde se le pide al paciente una breve descripción de su situación referente a diferentes áreas vitales y una puntuación sobre una escala tipo Likert (de 0 a 10, siendo 0 “nada de malestar” y 10 “extremo malestar”). Manifestando dificultades en el área familiar, domiciliario/entorno, sanitario, formativo y económico. Las puntuaciones quedan descritas en la Tabla 2.

Tabla 2.

Autoinforme de problemática psicosocial asociada

Área	Puntuación	Rango
Familiar	9	0 - 10
Entorno comunitario	8	0 - 10
Formación	10	0 - 10
Laboral	5	0 - 10
Domiciliario	10	0 - 10
Económica	7	0 - 10

Área	Puntuación	Rango
Sanitaria	10	0 - 10
Judicial/legal	0	0 - 10
Otros	8	0 - 10

- Inventario de Procesos de Cambio (IPC; Tejero Trujols, 1993).

Se trata de un autoinforme de 40 ítems en formato de escala Likert de cuatro puntos que mide la frecuencia con la que se utilizan distintas estrategias cognitivo-conductuales en su proceso de cambio.. Las puntuaciones se detallan a continuación (Tabla 3), siendo destacable las puntuaciones en autoliberación (6) y autorrevaluación (6), es decir que el paciente utiliza en mayor medida los procesos de tipo cognitivo. Al contrario, los procesos de cambio menos presentes son los procesos conductuales, en concreto los procesos de control de estímulos (1) y contracondicionamiento (2). Ello podría estar indicando, que el paciente se siente incapaz de evitar la exposición a situaciones de alto riesgo.

Tabla 3.

Inventario de Procesos de Cambio

Variable	Puntuación
Aumento concienciación	2
Autoliberación	6
Liberación social	4
Autoreevaluación	6
Reevaluación ambiental	2
Contracondicionamiento	2
Control de estímulos	1

Variable	Puntuación
Manejo de contingencias	3
Relieve dramático	3
Relaciones de ayuda	7

- Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA); McConaughy, Prochaska y Velicer, 1983), la cual tiene el propósito de evaluar el grado de actitud en relación al cambio. Mide cuatro estadios de cambio: Precontemplación, contemplación, acción y mantenimiento con 32 ítem. Se observan en los resultados descritos en la Tabla 4, que el paciente se encuentra en la etapa de cambio entre “Precontemplación” y “Contemplación”, destacando la primera de ellas.

Tabla 4.

Escala de Evaluación del Cambio

Estado	Puntuación
Precontemplación	29
Contemplación	26
Acción	18
Mantenimiento	14

- Cuestionario de 90 síntomas (SCL 90 – R; Derogatis, 1994) desarrollada para evaluar patrones de síntomas existentes en individuos, a través de 90. Las puntuaciones arrojan que el Índice global de severidad registró un valor de 1,49; el índice PST fue de 53,73 y el índice PSDI fue de 2,49. La dimensión sintomática que alcanzó una mayor puntuación fue

la de Sensibilidad interpersonal (1,89), seguido de la somatización (1,67), la ansiedad (1,64) y la depresión (1,61) tal y como se aprecia en la Tabla 5.

Tabla 5.

Cuestionario de 90 síntomas

Variable	Puntuación
Somatización	1,67
Obsesión-compulsión	1,42
Sensibilidad interpersonal	1,89
Depresión	1,61
Ansiedad	1,64
Hostilidad	1,18
Ansiedad fóbica	1,04
Ideación paranoide	1,33
Psicoticismo	1,03
GSI	1,49
PST	53,73
PSDI	2,49

Nota: siendo GSI el Índice global de gravedad, el PST el Total de síntomas positivos y PSDI el índice de distrés de síntomas positivos.

- Registro control objetivo de tóxicos mediante orina y alcoholímetro cada semana y tras cada salida del centro (documento interno no publicado). (Véase Anexo IX)
- Inventario de deudas (documento interno no publicado) donde se recogen las deudas existentes al momento del tratamiento y se elabora un plan de pago de las mismas. En el caso del paciente existía una deuda total de aproximadamente 800 euros.

Análisis y descripción de las conductas problema o las variables susceptibles de modificación

Análisis topográfico y funcional

En el momento de la derivación a comunidad terapéutica las conductas problema seguían el siguiente patrón:

Respecto al consumo de alcohol, que comienza a la edad de 15 años, Javier estaba ingiriendo cerca de 3 litros de alcohol a diario. En cuanto al consumo de cocaína, comienza el mismo año que el consumo de alcohol, llegando actualmente a consumir cocaína de forma diaria (cerca de 20-30 euros), y grandes episodios de consumo cada 5-6 días (100-120 euros). Y en el caso del juego patológico con dinero, Javier manifiesta que desde hace unos 6 meses jugaba de forma casi diaria y gastando cerca de 50 euros al día, manifiesta que siempre vuelve a jugar cualquier premio que gana y que en las últimas semanas juega para recuperar.

En lo referente a la clínica existente en el paciente, la ansiedad cuenta con una intensidad alta y sostenida en el tiempo. Manifiesta de que aparece diariamente con mayor intensidad al despertar y primeras horas de la mañana. En cuanto a los síntomas depresivos y sensibilidad interpersonal, aparecen el abatimiento, indefensión; falta de motivación; sensación de minusvalía y pesimismo. Según el paciente de forma constante durante todo el día e incrementándose de forma considerable durante el tiempo libre.

Además, la presencia de afecto negativo constante y hostilidad, reflejados en un fácilmente variable estado de ánimo, problemas de conducta y comportamiento y control de impulsos. Por último, son constantes los episodios de somatización del paciente, con diferentes quejas o malestares que percibe relacionados con disfunciones corporales.

Algunas situaciones/conductas pueden resultar claves en el mantenimiento de la abstinencia, quedan descritas en la Tabla 6.

Tabla 6.

Análisis funcional del caso

Antecedentes remotos	Antecedentes próximos	Consecuentes a corto plazo	Consecuentes a largo plazo
Dificultades de adaptación al ámbito escolar.	Fallecimiento de hermano y padre, y enfermedad de la madre.	Emociones negativas y bajo estado de ánimo.	Deterioro de su estabilidad económica.
Estilos educativos ineficaces por parte de sus progenitores.	Distanciamiento de hermanos e inexistencia de círculo social estable.	Escaso nivel de actividad y baja exposición a experiencias de refuerzo.	Distanciamiento de círculo social/ familiar.
Mala situación económica	No disposición de estrategias de afrontamiento adecuadas, ni habilidades de comunicación y convivencia básicas.	Pensamiento negativos relacionados consigo mismo y su situación actual y futura.	Insuficiente conciencia de sí mismo.
Entorno comunitario empobrecido y carente de opciones.	Excesivo tiempo libre y inexistencia de responsabilidades.	Sensación de indefensión respecto a su problema adictivo.	Pérdida de patrimonio.
Círculo de amistades inestable y carente de fuente de apoyo.	Dificultades en la gestión económica.	Inestabilidad de los síntomas psiquiátricos.	Irresponsabilidad sobre su salud y cuidados.
Accidentes de tráfico con traumatismo craneoencefálicos graves.	Inexistencia de una vivienda/entorno protector.	Evitación de responsabilidades y emociones desagradables.	Dificultades en el control de impulsos.
Episodios frecuentes de epilepsia.	Bajo nivel de actividad (no existencia de reforzadores).	Deterioro a nivel psicológico (funciones ejecutivas) y físico/médico.	Desarrollo de patologías médicas relevantes como colesterol o hiperglucemia.
Diagnóstico de trastorno mental debido a causas orgánicas.	No existen patrones adecuados de higiene personal ni externa.	Aspecto descuidado y poco higiénico.	Instauración de un trastorno adictivo múltiple.
Fallecimiento de su pareja.	Deficitarias rutinas de sueño, alimentación y actividad física.	Dificultades de adaptación y manejo de las relaciones sociales.	

Nota: La tabla lo presenta una secuencia horizontal/lineal entre las variables

Hipótesis explicativas

Carrasco, Ramírez y Del Barrio, (2013) refieren que el origen de la adicción es multifactorial, y que la adicción se verá influida por la intensidad con las que se producen los factores de tolerancia, dependencia y síndrome de abstinencia (Cahill, Stead y Lancaster, 2012). De la misma forma, la adolescencia está relacionada con la adquisición de una serie de repertorios sociales que están relacionados con el consumo de drogas (Alavi, et al., 2012).

Entre las hipótesis explicativas del **origen** de la adicción en el caso de Javier, encontramos que podría tratarse de:

- Existencia de aprendizaje observacional (Bandura, 1986) ya que el paciente manifiesta frecuentes episodios de juego en su padre.
- Influencia de factores biológicos, resultantes de un daño cerebral adquirido.
- Existencia de un Trastorno de personalidad debido a afección médica.
- La no existencia de una adecuada red de apoyo durante la adolescencia, ya que las relaciones familiares estaban francamente deterioradas, así como las de iguales.
- La exposición a ambientes socio-culturales empobrecidos, uso de sustancias como método recreativo lícito y fácil accesibilidad.
- La vivencia de situaciones traumáticas como accidentes de tráfico y pérdida de personas de referencia.
- Consumo o episodios de juego como vía de evitación del malestar.
- La adicción como un proceso de escalada (Kandel, 1975).

En cuanto a los factores que pueden estar **manteniendo** la adicción, señalamos las siguientes hipótesis:

- Enfermedad mental grave en curso.
- Duelos no resueltos.
- Sensación de pertenencia a un colectivo en riesgo de exclusión social.
- Afectación cognitiva tras daño cerebral adquirido.
- Deficientes redes familiares y sociales de apoyo.
- Síntomas y dolencias físicas y psíquicas que le precipitan al consumo como forma de anestesia.
- Baja autoestima, síntomas depresivos y distorsión en la autoeficiencia percibida.
- Reforzamiento negativo por reducción del malestar tras el consumo de sustancias o juego.

Diagnóstico clínico

En el caso de Javier, según el informe realizado desde el servicio de psiquiatría cuenta con diagnósticos tanto en el área propiamente psiquiátrica, como en el área adictiva, quedando reflejados en la *Figura 3*.

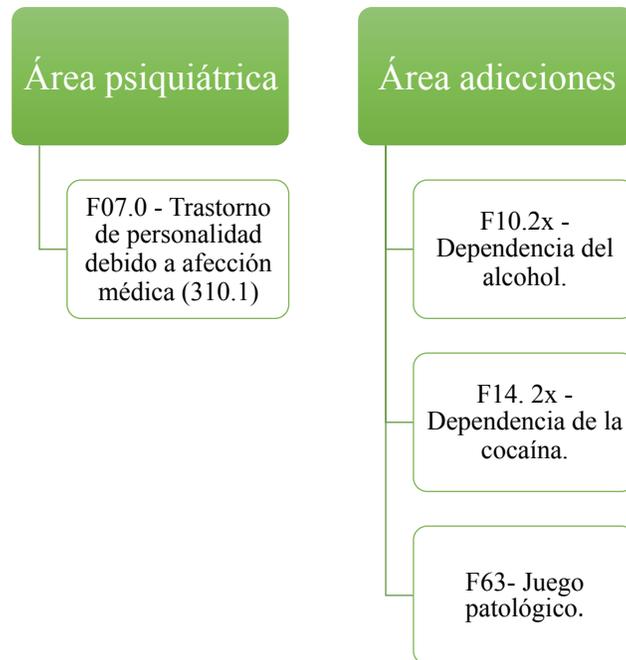


Figura 3: Relación de diagnósticos del paciente.

En el área adictiva, aparece un diagnóstico de trastorno por consumo de alcohol, grave (ya que se cumplen más de seis síntomas), cumpliéndose los siguientes criterios diagnósticos, según DSM 5 (APA, 2013):

A. Patrón problemático de consumo de alcohol que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo, manifestándose todos los hechos propuestos por el manual en un plazo de 12 meses, sirviendo como ejemplo los siguientes:

1. Se consume alcohol con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de alcohol.
3. Consumo continuado de alcohol a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales recurrentes.

4. Se continúa con el consumo de alcohol a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el alcohol.

También coexiste en el paciente un diagnóstico de dependencia a la cocaína, cumpliendo de igual forma los criterios diagnósticos expuestos en el DSM 5 (APA, 2013):

A. Patrón problemático de consumo de cocaína que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo, manifestándose al menos dos hechos propuestos por el manual en un plazo de 12 meses, sirviendo como ejemplo los siguientes:

1. Se consume el estimulante con frecuencia o en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
2. Se invierte mucho tiempo en actividades necesarias para conseguir el estimulante, consumirlo o recuperarse de sus efectos.
3. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir estimulantes.
4. Tolerancia definida por el consumo del estimulante para aliviar los síntomas de las abstinencia

Y por último, en cuanto al área adictiva, aparece un Trastorno de Juego Patológico, cumpliéndose en el paciente los siguiente criterios diagnósticos:

A. Juego patológico problemático persistente y recurrente, que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y se manifiesta en el individuo porque presenta cuatro

o más de los siguientes criterios durante un periodo de 12 meses. Se muestran a continuación, a modo de ejemplo, cuatro de los criterios presentes en el caso de Javier según DSMV (APA, 2013):

1. Está nervioso o irritado cuando intenta reducir o abandonar el juego.
 2. A menudo tiene la mente ocupada en las apuestas.
 3. Después de perder dinero en las apuestas, vuelve para intentar ganar.
 4. Miente para ocultar su grado de implicación en el juego.
- En cuanto, al área psiquiátrica el paciente presenta, según DSM 5 (2013) un diagnóstico de Trastorno o cambio de la personalidad debido a afección médica tras el traumatismo craneoencefálico resultante de un accidente de tráfico. Aunque existían síntomas de no adaptación desde infancia y las circunstancias sociales, familiares y económicas siempre han estado presentes en la vida del paciente, no son lo suficiente trascendentales como para hablar de una patología premórbida al diagnóstico. Actualmente se siguen cumpliendo criterios para mantener ese diagnóstico, como:
 - A. Alteración persistente de la personalidad que constituye un cambio respecto al anterior patrón característico de la personalidad del individuo.
 - B. Evidencias a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de que la alteración es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica (en este caso, lesión cerebral tras TCE).
 - C. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental.
 - D. La alteración no se produce exclusivamente en el curso de un delirium.

- E. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes de funcionamiento.

El manual diagnóstico DSM 5 (2013) presenta un especificador tipo para este trastorno, que en el caso del paciente, se identificaría con el tipo combinado, ya que se presentan tanto características de labilidad, agresividad y apático.

Diagnóstico diferencial

En el caso de los trastornos de área adictiva, es necesario descartar que no se trate de las siguientes patologías:

- Se descarta que exista un uso no patológico del alcohol, ni un juego no problemático, ya que se cumplen criterios suficientes para el diagnóstico de ambas patologías.

- No se cumplen criterios para el diagnóstico único de Intoxicación por sustancias, ya que el conjunto de síntomas se mantiene aunque la ingesta de sustancias no sea reciente, al igual que los cambios psicológicos y comportamentales desadaptativos.

- Los síntomas no se deben a la ingesta de otros medicamentos, ya que el paciente ingiere una medicación pautada por un especialista en psiquiatría y es estable desde hace varios años.

- En cuanto a los problemas de juego pueden aparecer durante un episodio maníaco, pero no es el caso del paciente que nos ocupa, ya que no ha experimentado episodios de manía.

- Además, se puede confirmar la presencia de estas sustancias mediante análisis objetivos de muestras de orina, sangre o pelo, etc.

En cuanto al diagnóstico de Trastorno o cambio de personalidad debido a afección médica, debe diferenciarse de otras patologías como:

- Delirium o trastorno neurocognitivo importante, ya que según DSM 5 (2013) el cambio en la personalidad se suele asociar con frecuencia al delirium pero en este caso, la clínica propuesta no se presenta durante el curso del delirium
- Trastorno por consumo de sustancias, los cambios en la personalidad pueden aparecer en el contexto de los trastornos del consumo de sustancias cuando éste se presenta con una larga evolución. No es, por tanto, el caso del paciente que nos ocupa, ya que en el momento del diagnóstico no hay suficiente cronicidad o evolución en el consumo de tóxicos para determinarlo como causa subyacente.
- Otros trastornos de la personalidad quedarían descartados ya que sí existe un marcado cambio de la psicopatología tras la lesión.

Objetivos del tratamiento

Los objetivos de tratamiento generales y específicos, resultantes de la fase de evaluación pretest quedan recogidos en la Tabla 7.

Tabla 7

Objetivos generales y específicos del caso.

Objetivo general	Objetivos específicos
1. Lograr la abstinencia, la máxima reducción del consumo o el consumo de menor riesgo para el alcohol, la cocaína y el juego.	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar al paciente una información veraz y no sesgada acerca de las diferentes sustancias, comportamientos adictivos y sus efectos. • Ayudar al paciente a realizar una valoración adecuada sobre los costes y beneficios ligados al consumo y comportamientos adictivos en su vida. • Analizar patrón de consumo/juego, circuitos de riesgo, disparadores. • Reforzar expectativas positivas de cambio, sentimientos de autoestima y auto-eficacia. • Ayuda a disminuir los estímulos asociados, por el paciente al consumo/juego. • Potenciar entornos y conductas alternativas libres de riesgos. • Ayudar a analizar el proceso personal de recaída: claves personales, facilitadores, conductas adictivas, conductas alternativas, búsqueda de apoyos.
2. Reducción del nivel de ansiedad y las alteraciones del estado de ánimo del paciente, así como la reducción del nivel de somatización.	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar la prevención, reducción y reestructuración de sus pensamientos irracionales asociados a los estados de ansiedad. • Ayudar al paciente a que analice y esclarezca las emociones ligadas a sus estados ansiosos. • Reforzar las fortalezas en el manejo de la ansiedad. • Aumentar las habilidades para la organización del tiempo libre • Entrenar al paciente en habilidades asertivas y habilidades de auto-control emocional. • Estimular la instauración de pensamientos más positivos y proactivos en el paciente. • Reinterpretar los acontecimientos asociados a sentimientos de culpa

Objetivo general	Objetivos específicos
3. Incrementar la capacidad de autocontrol y minimizar los niveles de afecto negativo, hostilidad, y el riesgo de agresividad y violencia.	<ul style="list-style-type: none">• Ayudar al paciente a tomar conciencia de la vinculación entre las sustancias que consume y episodios de juego, y la función que cumplen en relación a su psicopatología.• Confrontar al paciente con sus ideas delirantes o inadecuadas y apoyar y reforzar al paciente ante las adecuadas.• Enseñar al paciente a detectar las señales fisio-corporales que inician el proceso de violencia.• Entrenar al paciente en habilidades sociales y resolución de problemas con pautas alternativas de conducta para solucionar los conflictos.• Contener y entrenar al paciente para que logre aumentar su capacidad de tolerancia a la frustración.
4. Conseguir una mejora en las relaciones sociales.	<ul style="list-style-type: none">• Establecer y mantener vínculos sociales fuera del ámbito del consumo.• Adquirir, potenciar y mejorar las habilidades sociales• Adquirir y mantener una actitud social autónoma y responsable.

Tratamiento/Intervención

El modelo de intervención de esta Comunidad Terapéutica se basa en los siguiente modelos teóricos distribuidos siguiendo el modelo biopsicosocial, tal y como se muestra en la *Figura 4*.

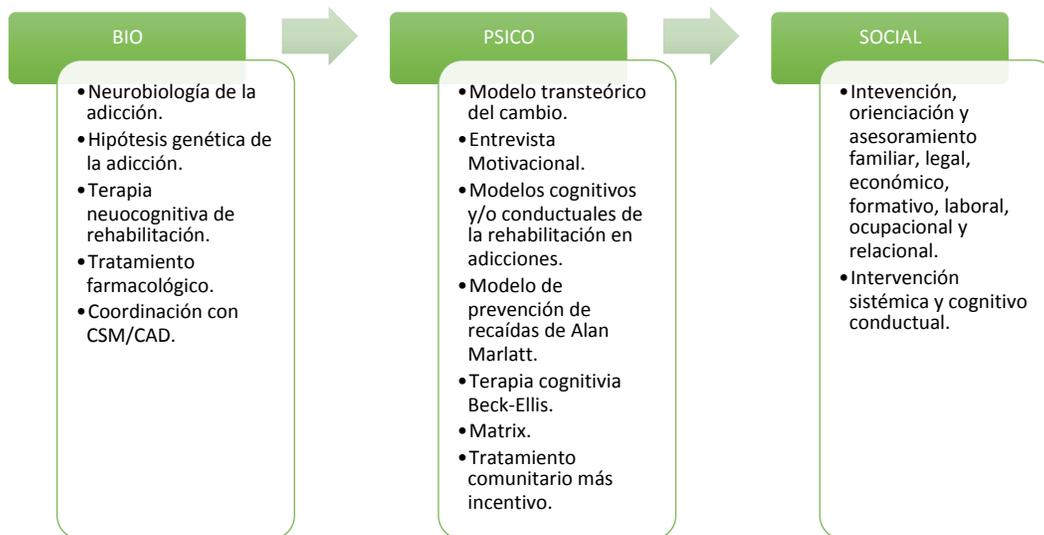


Figura 4: Modelo teórico biopsicosocial de la Comunidad Terapéutica.

A continuación, se expondrá cómo se implementa dicho tratamiento biopsicosocial en esta Comunidad Terapéutica, y se detallará cómo se ha ido desarrollando la intervención específica en el caso de Javier.

El tratamiento en la comunidad terapéutica se estructura en tres fases claramente diferenciadas en la *Figura 5*.



Figura 5: Fases del tratamiento en Comunidad Terapéutica

Es en las fases de rehabilitación biopsicosocial y en la de inserción socio-comunitaria, donde la psicoterapia y las actuaciones sanitarias que se desarrollan con el paciente y su familia suponen el eje principal del contenido del programa de rehabilitación.

La intervención psicológica se distribuye de forma clara entre el tratamiento en formato grupal y la intervención individual, ambas modalidades se detallan a continuación:

Intervención grupal

En este apartado se refleja el conjunto de intervenciones psicológicas en formato grupal que se gestionan desde el área clínica. Durante su estancia, Javier participó a cabo las siguientes intervenciones grupales (*Figura 6*):

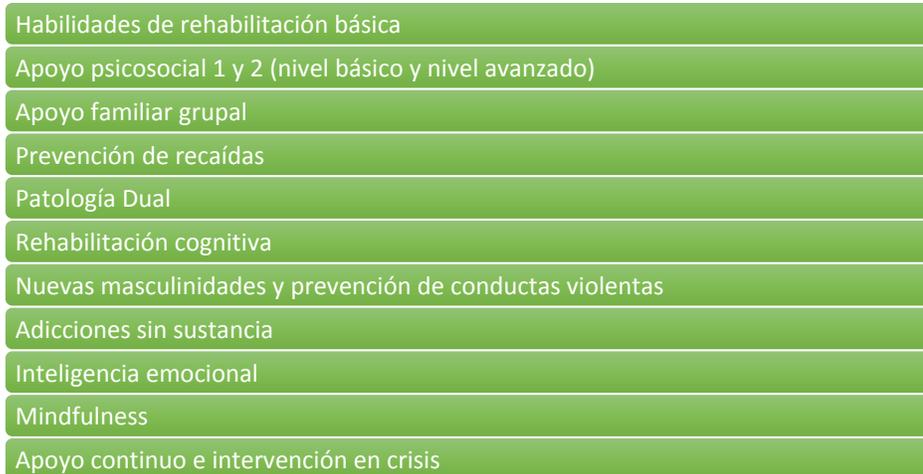


Figura 6: Relación de intervenciones grupales durante tratamiento en comunidad terapéutica.

Intervención individual

La intervención individual es fundamental para atender adecuadamente la problemática adictiva de las personas que son atendidas, ya que aunque realizan tratamientos de formato grupal, presentan aspectos individuales que requieren de evaluación y acciones específicas de intervención para mejorar la eficacia de la intervención. Esto es, un plan de tratamiento individualizado, el cual vendrá determinado por la evaluación, desde la que se establecerán los objetivos sobre los que trabajar.

Principales actuaciones y técnicas utilizadas

A través de los objetivos generales y específicos resultantes de la evaluación, se elabora un Plan de Tratamiento Individualizado (PTI), el cual queda resumido en la Tabla 8.

Tabla 8

Principales actuaciones en el Plan de Tratamiento Individualizado (PTI)

Técnica/intervención	Objetivos	Especificaciones
<ul style="list-style-type: none"> • Balance decisional, entrevista motivacional, desarrollo de discrepancias, grupo de prevención de recaídas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente a realizar una valoración adecuada sobre los costes y beneficios ligados al consumo y comportamientos adictivos en su vida. 	<ul style="list-style-type: none"> • Al inicio de tratamiento se utilizó en gran parte la entrevista motivacional, más adelante fue muy útil su participación en grupo para este objetivo.
<ul style="list-style-type: none"> • Autorregistros, registros, entrevistas semiestructuradas, auto-observación, familia como fuente de información. 	<ul style="list-style-type: none"> • Analizar patrón de consumo/juego, circuitos de riesgo, disparadores. 	<ul style="list-style-type: none"> • La intervención individual al inició dedicó gran parte al análisis y construcción de su patrón de consumo/juego.
<ul style="list-style-type: none"> • Grupos focales, debate socrático, infografía, cuentos, documentales, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar al paciente una información veraz y no sesgada acerca de las diferentes sustancias, comportamientos adictivos y sus efectos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Centrándose principalmente en desmontar la idea que existía en Javier de poder consumir/jugar de forma controlada.
<ul style="list-style-type: none"> • Contención y control externo por parte de la familia, grupo prevención recaídas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ayuda a disminuir los estímulos asociados relacionados con el consumo/juego. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fue necesaria Psicoeducación familiar, en este caso con su amigo, para el control total de estímulos fuera del centro.
<ul style="list-style-type: none"> • Grupo patología dual (información real sobre la enfermedad mental), grupo prevención de recaídas, análisis funcional. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente a tomar conciencia de la vinculación entre las sustancias que consume y episodios de juego, y la función que cumplen en relación a su psicopatología. 	<ul style="list-style-type: none"> • En el caso de Javier, se trabajó la adherencia y control del tratamiento farmacológico y la peligrosidad del consumo de sustancias con la enfermedad mental y orgánica.
<ul style="list-style-type: none"> • Autorregistros, relajación, mindfulness, grupo habilidades de rehabilitación básicas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente a que analice y esclarezca las emociones ligadas a sus estados ansiosos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fue primordial la educación emocional para entender sus diferentes estados y ponerles un nombre de forma objetiva.
<ul style="list-style-type: none"> • Reescribir pensamientos, reflexión objetiva en el diario nocturno. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular la instauración de pensamientos más positivos y proactivos en el paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se reforzó constantemente la importancia de realizar un diario, y la utilizando de un registro de pensamientos.

Técnica/intervención	Objetivos	Especificaciones
<ul style="list-style-type: none"> • Análisis del autodiscurso, reestructuración cognitiva, autoinstrucciones, parada de pensamiento, 	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar la prevención, reducción y reestructuración de sus pensamientos irracionales asociados a los estados de ansiedad. 	<ul style="list-style-type: none"> • El discurso del paciente al inicio versaba en gran parte sobre quejas y somatizaciones.
<ul style="list-style-type: none"> • Resolución de conflictos, grupo habilidades sociales, asertivas y comunicativas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrenar al paciente en habilidades sociales y resolución de problemas con pautas alternativas de conducta para solucionar los conflictos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrenamiento, simulación, y propuesta de constantes retos en la convivencia en el centro.
<ul style="list-style-type: none"> • Habilidades sociales y en asertividad, resolución de conflictos, role playing, simulación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrenar al paciente en habilidades asertivas y habilidades de autocontrol emocional. 	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajo principalmente centrado en las relaciones con los compañeros.
<ul style="list-style-type: none"> • Autoregistro, auto-observación, mindfulness, simulación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Enseñar al paciente a detectar las señales fisio-corporales que inician el proceso de violencia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se realizó gran parte del trabajo mediante simulación en la intervención individual.
<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista motivacional, refuerzo (a través de salidas, tiempo libre...), identificar fortalezas y habilidades. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reforzar expectativas positivas de cambio, sentimientos de autoestima y autoeficacia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Refuerzo tras analíticas negativas y ampliación progresiva de salidas. Además, se utilizó su buen dominio del inglés como motivación para impartir algún taller al resto de compañeros y herramienta de vínculo.
<ul style="list-style-type: none"> • Simulación, role-play, habilidades de comunicación, asertividad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Contener y entrenar al paciente para que logre aumentar su capacidad de tolerancia a la frustración. 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrenamiento, simulación, y propuesta de constantes retos en la convivencia en el centro.
<ul style="list-style-type: none"> • Habilidades sociales, trabajo en grupo, tareas compartidas, simulación, resolución de conflictos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Adquirir, potenciar y mejorar las habilidades sociales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Indicaciones paulatinas de compartir tareas semanales con compañeros, taller de inglés impartido por Javier.
<ul style="list-style-type: none"> • Reestructuración cognitiva, autodiscurso, resolución de conflictos, desarrollo de discrepancias. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reinterpretar los acontecimientos asociados a sentimientos de culpa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Versando principalmente sobre la muerte de su pareja y pérdida de familiares.
<ul style="list-style-type: none"> • Activación conductual, diseño de planificaciones, listado de actividades agradable, grupo prevención caídas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Potenciar entornos y conductas alternativas libres de riesgos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Más avanzado el tratamiento, Javier comenzó en una academia de inglés y un grupo de ajedrez en su localidad.

Técnica/intervención	Objetivos	Especificaciones
<ul style="list-style-type: none"> Registro de desafíos del paciente, habilidades, plan de acción ante disparadores, personas de rescate, grupo apoyo social. 	<ul style="list-style-type: none"> Ayudar a analizar el proceso personal de recaída: claves personales, facilitadores, conductas adictivas, conductas alternativas, búsqueda de apoyos. 	<ul style="list-style-type: none"> Se desarrolló un plan específico por pasos que pondría en marcha ante los primeros síntomas de recaída.
<ul style="list-style-type: none"> Planificaciones, organización. 	<ul style="list-style-type: none"> Aumentar las habilidades para la organización del tiempo libre 	<ul style="list-style-type: none"> Inglés, ajedrez, senderismo con su amigo.
<ul style="list-style-type: none"> Análisis de apoyo social real (amigos y familia), programa participación en entorno comunitario. 	<ul style="list-style-type: none"> Establecer y mantener vínculos sociales fuera del ámbito del consumo 	<ul style="list-style-type: none"> Senderismo con su amigo, academia de inglés y grupo de ajedrez.
<ul style="list-style-type: none"> Gestión de la compra en casa, gestión dinero gastos diarios, gasto transporte y limpieza. 	<ul style="list-style-type: none"> Adquirir y mantener una actitud autónoma y responsable. 	<ul style="list-style-type: none"> Retos semanales, petición de tickets, fotografías limpieza.

Nota: las técnicas descritas en la tabla siguen una secuencia temporal en sentido vertical.

Además, el caso de Javier pertenece a un colectivo con necesidades específicas, por su patología dual, su deterioro cognitivo y la situación de no apoyo familiar ni vivienda. Por lo que la intervención individual se ha complementado con las siguientes actuaciones:

- Promocionar la adherencia al tratamiento y cumplimiento psicofarmacológico.
- Adaptación a un ritmo alcanzable por el paciente de todas las intervenciones y participación en el programa específico de rehabilitación cognitiva.
- En cuanto a la situación de no hogar, la Comunidad Terapéutica (tras dos meses de tratamiento) se hizo cargo de la búsqueda de alojamiento para estas primeras salidas, de la planificación de la salida, reunión previa con su familiar de referencia y supervisión telefónica durante la salida, hasta que se pudo gestionar un lugar de residencia estable.

- Trabajo intensivo en el ámbito educativo por parte del tutor educativo de Javier dentro del Plan de Acción Tutorial.

El trabajo terapéutico respecto a las adicciones con sustancia y al área comportamental y educativo se ha realizado de manera eficaz. En cambio, en este caso se observan ciertas deficiencias en cuanto a la intervención de problemáticas relacionadas con el juego patológico, ya es necesario intervenir de forma específica, especializada y diferenciada con las adicciones sin sustancia (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 2006). Tras esta detección, el equipo terapéutico se plantea la creación de un programa que protocolice y guíe esta intervención, con el objetivo de ser utilizada de forma paralela a la intervención general que se realiza en comunidad terapéutica con las adicciones a sustancia, aunque también podría utilizarse como eje central en el caso de que en el paciente sólo exista una adicción comportamental. Se ha diseñado un programa completo, presentándose un esquema del mismo en la Tabla 9.

Tabla 9

Esquema programa intervención en adicciones sin sustancia

Fase	Objetivos específicos	Actuaciones
1	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de la problemática de juego. • Evaluación del estado de motivación hacia el cambio y movilización hacia él • Contrato terapéutico. • Información individual y familiar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Anamnesis clínica. • Evaluación psicométrica. • Entrevista motivacional. • Contrato terapéutico. • Análisis funcional de la conducta. • Intervención grupal y familiar.
2	<ul style="list-style-type: none"> • Conseguir abstinencia al juego (en el caso de que no esté conseguida de forma paralela a las sustancias) • Superar el malestar provocado por la privación del juego. • Gestión del dinero y de deudas • Fomentar conductas alternativas e incompatibles con el juego. 	<ul style="list-style-type: none"> • Contrato terapéutico. • Determinar todos los ingresos y vías de consecución de dinero. • Transferir al familiar el control de los ingresos. • Enumeración de las deudas y diseño de un plan de devolución. • Calcular gastos diarios del paciente para que puedan ser suministrados diariamente

Fase	Objetivos específicos	Actuaciones
		por el familiar. • Análisis de las situaciones, circuitos y red social de riesgo y evitación de los mismos. • Autoexclusión en casinos y bingos, eliminación de cuentas en páginas de juego, limitación del acceso a internet. • Entrenamiento en técnicas de relajación. • Intervención grupal y familiar.
3	• Descondicionar las claves y las consecuencias del juego. • Disminuir el interés por el juego y sus consecuencias. • Adquisición de estilo de vida saludable.	• Establecimiento de jerarquías de exposición. • Explicación de la exposición al paciente. • Entrenamiento en exposición inicial. • Afrontamiento de la presión social. • Entrenamiento en exposición básica. • Enfriamiento emocional.
4	• Prevenir recaídas analizando previas. • Reconocimiento de las posibles situaciones de riesgo. • Resolución de conflictos • Cambios actitudinales y de valores.	• Pensamientos erróneos sobre los efectos del juego. • Establecimiento de un estilo de vida alternativo. • Aprender a identificar situaciones de alto riesgo. • Entrenamiento en estrategias de afrontamiento. • Efecto de violación de la abstinencia.

Evolución y resultados

A continuación, se ha realizado una comparación en las puntuaciones de las baterías pretest y posttest, se observan destacables cambios en las Figuras 7, 8, 9 y 10.

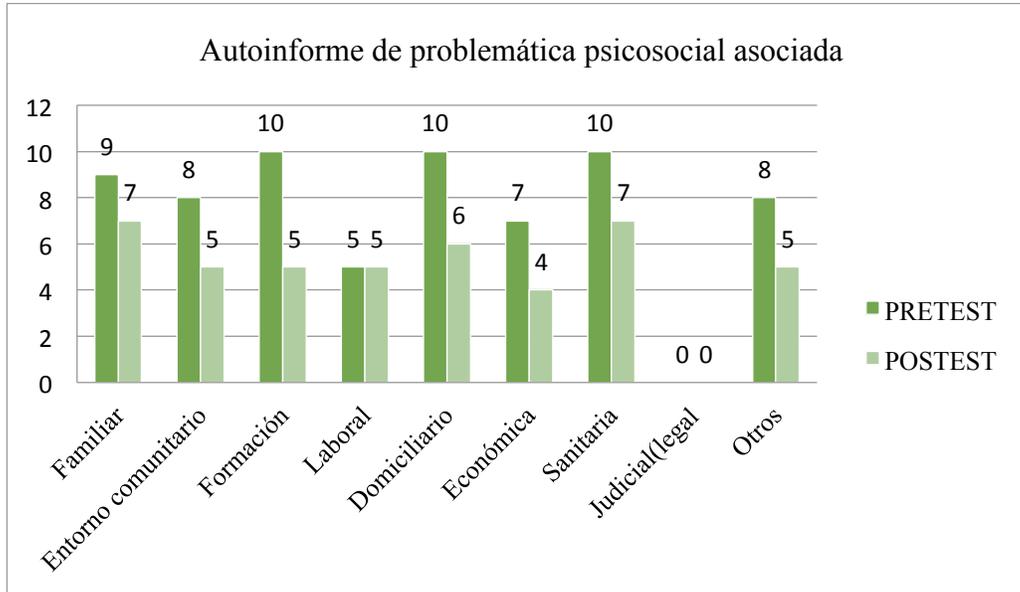


Figura 7: Autoinforme de problemática psicosocial asociada.

Podemos observar en la Figura 7, como han descendido la gravedad autopercibida del paciente sobre diversas áreas de su vida, habiendo realizado avances en todas las áreas o percibiendo las dificultades de forma más realista y adaptativa.

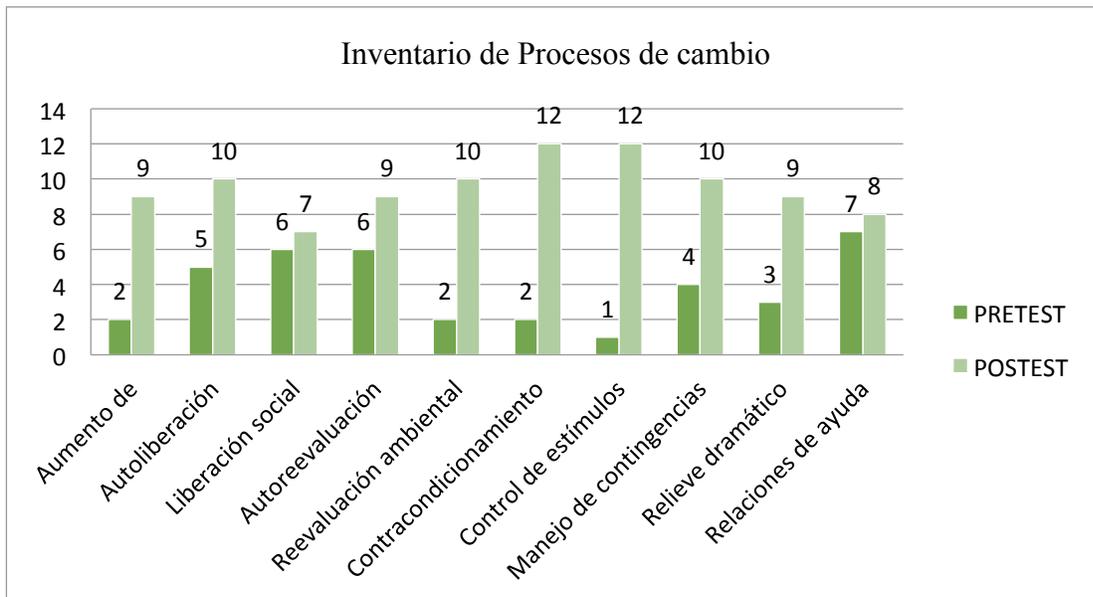


Figura 8: Inventario de Procesos de cambio.

En la Figura 8, podemos observar como ha cambiado el patrón de utilizar únicamente habilidades cognitivas para controlar su problema adictivo, ahora el paciente también ha añadido a su repertorio de estrategias las habilidades conductuales, por ejemplo control de estímulos.

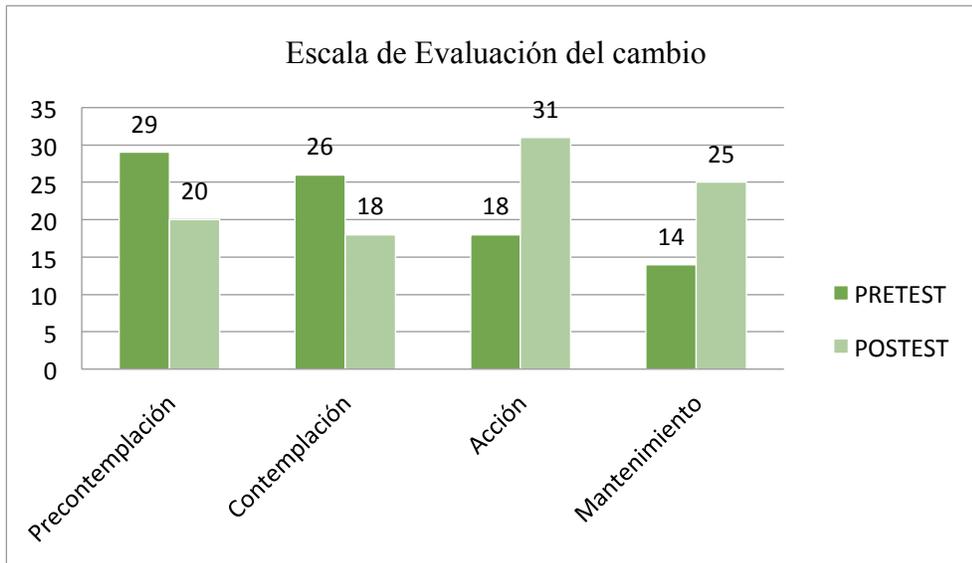


Figura 9: Escala de Evaluación del cambio.

Referente a la etapa en el que el paciente se encuentra de movilización hacia el cambio, se puede observar en la Figura 9 que los estadios que más puntuaciones obtuvieron en la fase de pretest (precontemplación y contemplación) ya no lo son al final del tratamiento. En este momento, encontramos que el paciente se encontraría en una fase de acción, visualizándose como un agente activo en su proceso de cambio.

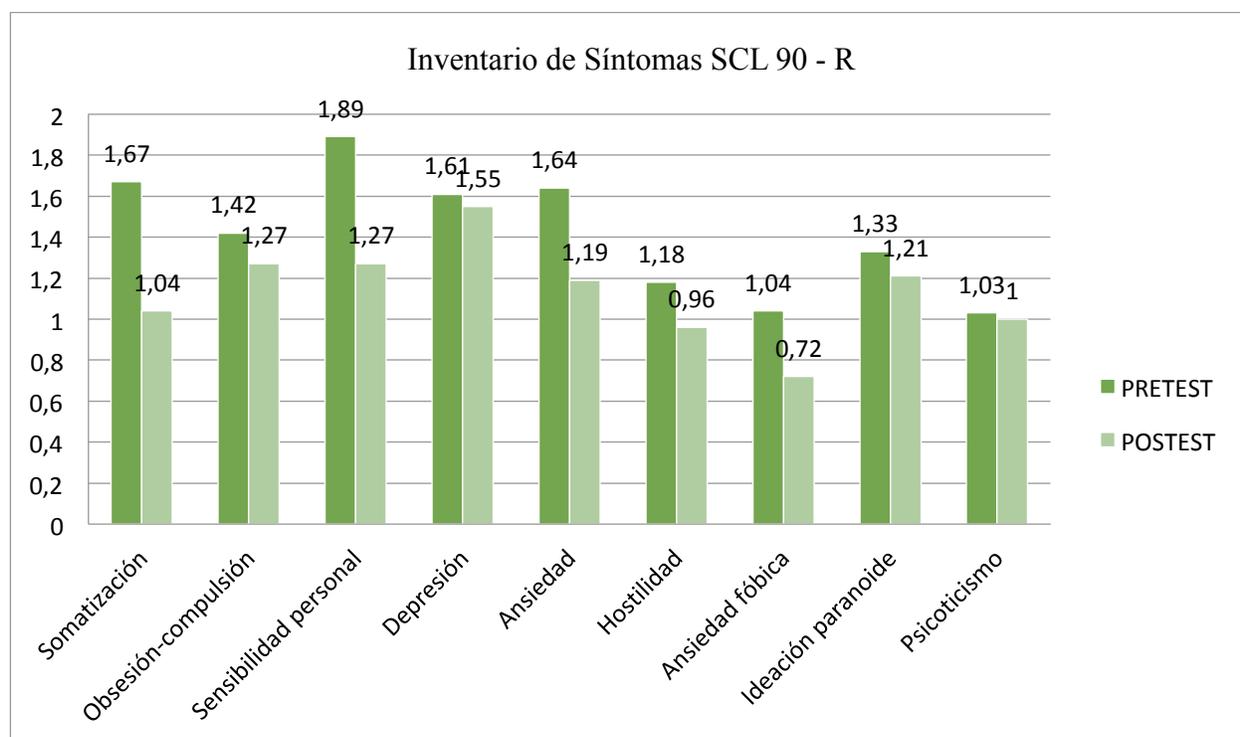


Figura 10: Inventario de síntomas.

En cuanto a los síntomas recogidos en el inventario de síntomas SCL 90-R (Figura 10), se ha reducido el nivel percibido por el paciente en los objetivos de tratamiento que se establecieron de forma inicial: la somatización; la sensibilidad personal; la depresión; la ansiedad y la hostilidad, aún así se trabajaron de forma transversal, lo cual repercutió en el trabajo y la mejora del resto de síntomas.

Y de un lado más cualitativo, para analizar cómo ha sido la evaluación del paciente en el tratamiento, se utilizarán las áreas comportamental y de adicción, descritas a continuación:

En lo referente a la conducta, no fue hasta el tercer mes de tratamiento cuando se pudo apreciar cierta estabilidad y equilibrio comportamental, comenzando a participar en grupos, interactuar con otras personas y aceptar algunas indicaciones y pautas. En la actualidad,

acercándose al final del tratamiento, la actitud continua estable y equilibrada, lenguaje respetuoso y comprensivo y, aunque siguen existiendo episodios de confrontación, son puntuales.

En el caso de los hábitos de salud, sí hay avances claros en esta línea. Además, durante el tratamiento aparecieron cifras elevadas de colesterol y glucosa, lo que determinó un cambio en la actitud respecto a la alimentación y la actividad física.

Y el objetivo principal del tratamiento que era el trabajo respecto a sus adicciones, al inicio del tratamiento el paciente se percibía ineficaz a la hora de mantener en el tiempo la estabilidad, encontramos que en la actualidad, el paciente es capaz de mantener la abstinencia a drogas en una situación controlada, ya que necesita de un control moderado de sus movimientos, actividades y dinero. No ocurre lo mismo con juego patológico, habiendo ocurrido durante la fase de inserción al menos 3 episodios de juego con dinero.

Seguimiento

No es posible realizar una descripción completa del seguimiento en el caso del paciente, ya que se encuentra en este momento finalizando su tratamiento en Comunidad Terapéutica, de forma combinada con la inserción en el Centro de Día de un Centro de Rehabilitación en Daño Cerebral, en el caso de Javier ha necesitado más de seis meses de tratamiento para el alta.

En el caso de Javier, necesita una supervisión diaria de sus actividades, control del dinero y tratamiento farmacológico. El paciente también necesita ayuda en la adecuada gestión del tiempo libre y tendencia al abandono en áreas de salud.

De manera coordinada con la trabajadora social del Centro de Salud Mental se buscó este recurso posterior de inserción, de forma que Javier ya se encuentra acudiendo dos veces a la semana a este centro de día y el resto de la semana a la comunidad terapéutica, para mitigar el impacto y favorecer la adherencia al nuevo recurso.

Tras el alta definitiva, se ofrecerá a Javier un programa de seguimiento con el fin de mantener en el tiempo la abstinencia, integrado por la intervención individual, participación en la intervención grupal de prevención de recaídas, contacto telefónico semanal y un control de tóxicos mediante orina y alcoholímetro.

Discusión

Según Becoña y Cortés (2011), uno de los aspectos que más influyen en el éxito del tratamiento de las drogodependencias y comportamientos adictivos es el tiempo de permanencia del paciente en el mismo y es el tipo de dinámica en la relación entre terapeuta y paciente la que más afecta, positiva o negativamente, en la adherencia al tratamiento. En este sentido colabora el régimen residencial en Comunidad Terapéutica, ya que el contacto terapeuta-paciente es diario y cercano. Y cobra aún más importancia cuando se trata de un paciente en el que confluye un trastorno psiquiátrico con un trastorno adictivo; lo que se denomina Patología Dual, según Torrens (2008) la concurrencia en un mismo individuo de, por lo menos, un trastorno por consumo de sustancias y otro trastorno psiquiátrico, siendo además pacientes especialmente graves tanto desde una perspectiva clínica como social, constituyendo un reto terapéutico a título individual,

y también para los recursos, que deben hacer frente a pacientes compartidos por la red de atención a drogodependencias y la red de salud mental.

El caso del presente estudio, también nos lleva al análisis de la importancia de la estructura y el soporte socio-familiar en la recuperación a largo plazo de los trastornos adictivos (Barret y Turner, 2006; Liddle, 2004; Risberg y Funk, 2000), ya que cuando la familia conoce del proceso de la adicción y se involucra en el tratamiento, existe un mejor pronóstico de recuperación (Zapata, 2009). Lo cual choca de forma individual con la realidad del paciente que nos ocupa, y con la necesidad de que en las primeras fases de tratamiento exista un rígido control de estímulos (dinero, lugares, personas de riesgo, etc.) y manejo de contingencias (Secades, 2012). Por este motivo y el resto de circunstancias descritas anteriormente, el caso del paciente ha requerido necesidades específicas muy individualizadas.

Y por último, es necesario reflexionar acerca de la situación actual de la problemática relacionada con el juego con dinero y su notable comorbilidad con el consumo de alcohol. En España están disponibles una amplia variedad de juegos de azar. La legalización y publicidad de esta actividad, así como su aceptación como opción recreativa inocua, han llevado a un aumento de la participación en el juego y por lo tanto, un aumento de la demanda terapéutica por problemas de juego (Valdés, 2004).

Ante esta demanda, los recursos de tratamiento necesitan dedicar grandes esfuerzos a la formación y especialización en esta área. En el caso de Javier, la Comunidad Terapéutica donde realiza su tratamiento cuenta con un programa de intervención que arroja resultados muy favorables en el caso de las adicciones a sustancias, pero tiene una trayectoria claramente orientación a

las adicciones tóxicas. Resultando imprescindible, ante el aumento de demanda de pacientes con problemas de juego patológico, que desarrolle programas de intervención específica en esta área, abriéndose actualmente un campo realmente interesante mediante la exposición al juego patológico a través de la realidad virtual, ya que numerosos estudios hablan de la necesidad de utilizar la exposición con prevención de respuesta en el tratamiento de la ludopatía, algo que no es factible tal y cómo está estructurado actualmente el tratamiento en esta Comunidad Terapéutica.

Las limitaciones del presente estudio versan sobre distintas realidades, por un lado; la dificultad de poder contar con la familia de origen como fuente de información a cerca de muchas circunstancias pasadas y actuales de la vida del paciente, sumándose con la desorientación temporal de Javier en muchas etapas de su vida. También destacar que el concierto con el servicio nacional de salud únicamente contempla un periodo de seis meses, siendo realmente insuficiente en casos como gran cronicidad y multifactorial como es el caso del paciente, requiriendo tras esos seis meses que la asociación que gestiona la Comunidad Terapéutica se haga cargo del coste de la atención sin ninguna remuneración en la mayoría de los casos. Y por último, hablar del éxito terapéutico es relativo, ya que únicamente hablamos de seis meses de abstinencia, pero al cierre de este estudio no contamos con datos de seguimiento.

Conclusiones

1. Los resultados muestran una tendencia general positiva en las medidas de cambio que derivan de la evaluación, como son; la abstinencia, la autopercepción de problemática psicosocial, el repertorio de estrategias utilizadas, la disposición al cambio, el repertorio de síntomas clínicos y los hábitos de salud.

2. El programa de rehabilitación biopsicosocial de la Comunidad Terapéutica ha resultado eficaz para la rehabilitación de la adicción a sustancias del paciente tras seis meses de tratamiento.
3. El programa de rehabilitación muestra aspectos a mejorar en la intervención en adicciones sin sustancia o comportamentales, ya que no ha resultado eficaz para mantener la abstinencia al juego en este caso.
4. La existencia de dificultades concomitantes con la adicción; como la patología dual, problemas sociales y de salud, dificultan aún más el pronóstico terapéutico de esta patología que, por sí misma, es muy resistente al cambio.

Referencias

- Alavi, S. S., Ferdosi, M., Jannatifard, F., Eslami, M., Alaghemandan, H., y Setare, M. (2012). Behavioral Addiction versus Substance Adicction: Correspondence of Psychiatric and Psychological Viewa. *International Journal of Preventive Medicine*, 3, 290-294.
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM -V*. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Madrid: Panamericana.
- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of thought and actions*. A social cognitive theory. Englewood Cliffs. NJ: Prentice-Hall.
- Barret A. & Turner J. (2006). Family structure and substance use problems in adolescence and early adulthood: examining explanations for the relationship. *Addiction* 2006, 101(1), 109-120.
- Becoña, E. (2004). El juego patológico: prevalencia en España. *Salud y drogas*, 4, 9-34 Instituto de Investigación de Drogodependencias Alicante, España.
- Becoña, E. y Cortés, M. (2011). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Sociedad Científica Española de Estudios sobre Alcohol y otras Toxicomanías.
- Cahill, k. Stead. L. F., y Lancaster. T. (2012). Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database. System Revue*, 18, 4.
- Carrasco, M. A., Ramírez, I. M. & Del Barrio, V. (2013). *Evaluación clínica: diagnóstico, formulación y contrastación de los trastornos psicológicos*. Madrid: Editorial Sanz y Torres.

- Cooper, Z. D. y Haney, M. (2008). Cannabis reinforcement and dependence: Role of the cannabinoid CB1 receptor. *Addiction Biology*, 13, 188-195.
- Criollo, M.B. y Guerrero, J.M. (2015). *Estrategias de afrontamiento en varones drogodependientes en proceso de rehabilitación en comunidad terapéutica*. (Tesis doctoral no publicada). Facultad de Psicología. Universidad de Cuenca.
- Del Moral, M. y Fernández, P. (2009). *Conceptos fundamentales en drogodependencias*. Madrid: Editorial Panamericana.
- Derogatis, L.R. (2002). *SCL-90-R: Cuestionario de 90 síntomas*. Madrid: TEA. (Original de 1994.) (Adaptación española de González de Rivera, J.L.)
- Dirección General de Ordenación del Juego. (2017). *Estudio y análisis de los factores de riesgo del trastorno de juego en población clínica española*. Ministerio de Hacienda y Función Pública.
- Echeburúa, E., Báez, C., Fernández-Montalvo, J., y Páez, D. (1994). El Cuestionario de Juego de South Oaks (SOGS): validación española. *Análisis y Modificación de Conducta*, 20, 769-791.
- Espada, J.P. (2015). *Conductas adictivas en adolescentes*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (1997): *Manual práctico del juego patológico*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (2006). *Manual práctico del juego patológico: Ayuda para el paciente y guía para el terapeuta*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Hutchinson, M. R., Northcutt, A. L., Hiranita, T., Wang, X., Lewis, S. S., Thomas, J., Van Steeg, y K. Watkins, L. R. (2012). Opioid Activation of Toll-Like Receptor 4 Contributes to Drug Reinforcement. *The journal of Neuroscience*, 5, 11187-11200.

- Kandel, D. B. (1975). Stages in adolescent involvement in drug use. *Science*, *190*, 912-914.
- Lesieur, H. R., & Blume, S. B. (1987). The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry*, *144*, 1184-1188.
- Liddle, H. (2004). Family-based therapies for adolescent alcohol and drug use: research contributions and future research needs. *Addiction*, *99*, supl 2, 76-92.
- McConaughy, E. A., Prochaska, J. O., y Velicer (1983). Stages of change un psychotherapy: Measurement and sample profiles. *Psychotherapy: Theory, Research, Praticce*, *20*, 368-375.
- Plan Nacional sobre Drogas (2013). *Encuesta sobre alcohol y drogas en España (2013)*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Plan sobre Acción de Adicciones (2018). *Estrategia nacional sobre adicciones 2017-2024*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Risberg R. Y Funk R. (2000). Evaluating the perceived helpfulness of a family night program for adolescent substance abusers. *J Child Adolesc Subst Abuse*, *10*, 51-66 .
- Secades, R. (2012). *Psicología de las adicciones*. Volumen 1. Facultad de Psicología, Universidad de Oviedo.
- Tejero, A. & Trujols, J. (1994): *El modelo transteórico de Prochaska y DiClemente: Un modelo dinámico de cambio en el ámbito de las conductas adictivas*. En J.L. Graña (Ed.), *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento* (pp. 1-43). Madrid: Debate.
- Torrens, M (2008). Patología dual: situación actual y retos de futuro. *Adicciones*, *20*, 4.
- Santini, E. y Klann, E. (2011). Dysregulated mTORC1-Dependent Translational Control: From Brain Disorders to Psychoactive Drugs. *The Spanish Journal of Psychology*, *12*, 320-326.
- Valdés, R. (2004). Tratamiento grupal de la ludopatía. *Salud y drogas*, *4*, 99-105.

Zapata, M. A. (2009). La familia, soporte para la recuperación de la adicción a las drogas. *Revista CES Psicología*, 2, 2.

Anexos

Conformidad del centro para acceso a datos del caso clínico.



7. CONFORMIDAD DEL CENTRO

Don Pablo Ventura Peris, Psicólogo y Coordinador de Área Terapéutica, da su conformidad como persona autorizada en el centro Asociación Betania para que la alumna Ángela Melgares de Aguilar Giménez pueda tener acceso a los datos relacionados con el caso clínico elegido y desarrollar su trabajo fin de máster (TFM) sobre el mismo.

Y para que así conste,

En Cehegín a 4 de Octubre de 2019

A handwritten signature in blue ink is written over a circular official stamp. The stamp contains the text 'Asociación Betania' in a large font, 'Asociación Betania' in a smaller font below it, and 'C.I.F. B-3003570' at the bottom. The signature is a cursive script that loops around the stamp.

Firma y sello

Anexo I: Primera entrevista estructurada.

Nº Historia:

PRIMERA ENTREVISTA

CAD o CSM: _____

A.- FECHA:

B.- LUGAR:

C.- REALIZADA POR:

D.- ÍNDICE:

1.- DATOS PERSONALES.....Página 1

2.- FAMILIOGRAMA.....Página 2

3.- BREVE HISTORIA TOXICOLÓGICA.....Página 3

4.- HISTORIA CLÍNICA. SITUACIÓN ACTUAL.....Página 4

5.- HISTORIA JUDICIAL. SITUACIÓN ACTUAL.....Página 5

6.- BREVE ENTREVISTA CON LOS ACOMPAÑANTES. Página 6

7.- HISTORIA SOCIAL.....Página 7

E.- FIRMA:

Página 1

Nº Historia:

I.- DATOS PERSONALES:

1.1.- NOMBRE Y APELLIDOS:

1.2.- D.N.I.:

1.3.- FECHA DE NACIMIENTO:

1.4.- LUGAR DE NACIMIENTO:

1.5.- ESTADO CIVIL:

1.6.- DIRECCIÓN ACTUAL:

1.7.- TELÉFONO:

1.8.- NÚMERO DE HIJOS:

1.9.- ESTUDIOS REALIZADOS:

1.10.- PROFESIÓN:

1.11.- SITUACIÓN LABORAL:

1.12.-SITUACIÓN DOMICILIARIA "LUGARES DE RESIDENCIA"

Página 2

Nº Historia:

2.- FAMILIOGRAMA/GENOGRAMA:

Página 3

Nº Historia:

3.- BREVE HISTORIA TOXICOLÓGICA:

3.1.- EDAD DE INICIO:

3.2.- SUSTANCIA/S PRINCIPALES DE CONSUMO:

3.3.- RESUMEN DEL PROCESO DE CAMBIO DE LOS HÁBITOS DE CONSUMO HACIA OTRO TIPO DE DROGAS:

3.4.-TRATAMIENTOS REALIZADOS ANTERIORMENTE:

Página 4

Nº Historia:

4.- HISTORIA CLÍNICA – SITUACIÓN ACTUAL

- 4.1.- MALFORMACIÓN:
- 4.2.- DISFUNCIÓN:
- 4.3.- ALERGIAS:
- 4.4.- ENFERMEDAD MÉDICA CRÓNICA:
- 4.5.- ENFERMEDAD INFECCIO-CONTAGIOSA:
- 4.6.- PSICOPATOLOGÍA/SALUD MENTAL:

- 4.7.- TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y PSIQUIATRA DE REFERENCIA:

Página 5

Nº Historia:

5.- HISTORIA JUDICIAL – SITUACIÓN ACTUAL-

- 5.1.- ¿HAS SIDO DETENIDO ALGUNA VEZ?
- 5.2.- ¿A QUÉ EDAD?
- 5.3.- ¿POR QUÉ CAUSAS?
- 5.4.- ¿HAS ESTADO EN PRISIÓN?

- 5.5.- ¿A QUÉ EDAD?
- 5.6.- SITUACIÓN JUDICIAL ACTUAL:

6.- BREVE ENTREVISTA CON LOS ACOMPAÑANTES:

Página 6

N° Historia:

7.- HISTORIA SOCIAL:

Anexo II: Protocolo de ingreso.

DOCUMENTO PROTOCOLO DE INGRESO DE UNA PCA A CT

NOMBRE:	
DNI:	
NUMERO DE EXPEDIENTE:	¿REINGRESO?:
FECHA:	
RESOLUCION DEL PROCESO DE INGRESO:	
INGRESA LA PCA EN CT:	
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Motivo:	

INCIDENCIAS SURGIDAS DURANTE EL PROCESO DE INGRESO

1. DESCRIPCIÓN:
RESOLUCIÓN:
2. DESCRIPCIÓN:
RESOLUCIÓN:

EXPLORACION CLÍNICA AL INGRESO de UNA PCA EN CT

Área Sanitaria:

	<small>México con el 90% de responsabilidad</small>	
El paciente presenta situación estable:		Aporta resultados de pruebas solicitadas en admisión estándar: SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
El paciente presenta dificultad física- médica:		Peso:
Presenta Patologías a tener en cuenta en el ingreso: SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuáles?		
La PCA refiere la siguiente necesidad:		
Medicación:		
Aporta la necesaria: SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Fecha Próxima revisión en CAD: _____		
Observaciones:		

Situación adictiva al ingreso:

El control toxicológico realizado, al ingreso, da como resultado:

Sustancia	Resultado	Fecha último consumo	observaciones:
Alcohol			
Cocaína			
Cannabis			
Heroína			
Anfetaminas			
Otros:			

La PCA refiere sobre su situación adictiva lo siguiente:

Observaciones: (procede de desintoxicación, Tiempo en fase de admisión, TSO, etc.)

Área psicológica/psiquiátrica:

El paciente muestra al ingreso:

Anímicamente estable	Motivado
Dificoria en el estado del ánimo	agresivo
Situación de agitación emocional	Cuadro psicopatológico estable
Otra situación:	Cuadro psicopatológico agudo

Diagnósticos en activo, relevantes para el tratamiento:

Diagnóstico	Código	Observaciones:

Valoración de personal clínico, sobre idoneidad de ingreso:

Cumple con criterios que permiten ingreso:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Especifique en caso negativo, motivos:	

EXPLORACIÓN SOCIO-FAMILIAR AL INGRESO de UNA PCA EN CT

Al ingreso, sobre el apoyo familiar/allegados:

Recibe la familia la documentación e información sobre cuestiones metodológicas y normativas del programa: SI NO

Perspectiva del grupo de apoyo social:	La PCA presenta apoyo social al ingreso de:
Rehabilitación e inserción de la PCA:	Familiares:
Psicoeducación:	Allegados:
Respiro familiar:	Otros:
Ninguna:	Nadie. NS/NC. U otra situación que refleje ausencia de apoyo social.

Personas de contacto y teléfonos:	Próxima cita para intervención/información:
Otro recursos vinculados a la PCA: (Ongs, etc.)	

Cuestiones relevantes a tener en cuenta sobre el apoyo familiar/Social a lo largo del tratamiento:

La familia/allegados, especifcan lo siguiente, a tener en cuenta:

Anexo III: Contrato terapéutico.

CONTRATO TERAPEÚTICO

USUARIO/A: _____

FECHA: _____ **HORA:** _____

El presente CONTRATO TERAPEÚTICO, firmado en el momento del ingreso al tratamiento en Comunidad Terapéutica, por un lado formaliza la aceptación de su contenido por todas las partes y por otro, la anulación automática del mismo cuando se incurriera en un incumplimiento de lo acordado.

Este contrato debe estar firmado, en plenitud de condiciones y de forma voluntaria, por al menos la persona con adicción usuaria del tratamiento y un/a representante de la comunidad terapéutica. Y se recomienda la firma por una persona que se designe como representante de la familia de la PCA usuaria.

Por la firma del presente contrato cada parte interviniente acepta y se compromete a lo siguiente:

La persona con adicción USUARIA:

- Conocer las normas de funcionamiento de esta Comunidad Terapéutica (CT).
- Comprometerse en el cumplimiento de las normas de funcionamiento en su totalidad.
- Comprometerse al cumplimiento de las orientaciones y prescripciones terapéuticas que le vayan dando los miembros del Equipo Terapéutico.
- Aceptar que el incumplimiento de las normas de funcionamiento del centro y/o de las orientaciones terapéuticas, supondrá la interrupción del tratamiento y el consiguiente abandono de esta CT.
- Aceptar que ante el abandono de la CT., debe esperar la llegada de su familia.
- En el momento en que la PCA usuaria deba dejar la CT., por los motivos que sean, éste firmará el documento de extinción de contrato.

LA FAMILIA, a través de su representante:

- Colaborar con la CT. durante todo el proceso de tratamiento de la PCA usuaria.
- Conocer en su totalidad las normas de funcionamiento de la CT.
- Comprometerse en el cumplimiento de las normas y orientaciones dadas por el equipo.
- Aceptar que el incumplimiento de las normas y orientaciones dadas por el equipo, a la PCA usuaria le supondrá la interrupción del tratamiento en este centro.
- Aceptar que ante el abandono de la CT., por parte de la persona usuaria, acudirá al centro para conocer los motivos de la salida del mismo y para firmar el documento de salida.

6

LA COMUNIDAD TERAPEÚTICA:

- Trabajar bajo el SECRETO PROFESIONAL.
- Hacer partícipe a la familia de la persona usuaria de las variaciones que durante el tratamiento del mismo se vayan dando.
- Rescindir el presente contrato terapéutico cuando la familia o la persona usuaria incumplan alguna de las normas o prescripciones establecidas.
- Interrumpir el programa de tratamiento cuando el equipo tenga razones para pensar que la persona en tratamiento no se adapta a las características de la CT.

Conocidas las condiciones del presente CONTRATO TERAPEUTICO, los abajo firmantes damos nuestro visto bueno y lo aceptamos en su totalidad, firmándolo en Cehegin a día _____ del mes de _____ de _____.

USUARIO/A	REPRESENTANTE DE LA CT
Fdo.....	Fdo.....
D.N.I.	D.N.I.....

FAMILIARES RESPONSABLES

Fdo.	Fdo.....
D.N.I.	D.N.I.....

7

Anexo IV: Autorización recogida de datos.

**AUTORIZACIÓN PARA LA RECOGIDA
Y TRATAMIENTO DE DATOS
USUARIOS**

AÑO: _____

Entidad: _____

NOMBRE Y APELLIDOS: _____

D.N.I./N.I.E: _____

Por favor, antes de firmar lea detenidamente esta información.

Mediante la cumplimentación y firma de este formulario, el interesado acepta y autoriza expresamente que sus datos personales, incluidos aquellos que hacen referencia a salud, económicos, penales, de origen racial y religión, sean recogidos y tratados con la finalidad gestionar las actividades del centro, en la forma y con las limitaciones y derechos que recoge la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Asimismo, se le informa de lo siguiente:

1. Sus datos serán incorporados a un fichero cuyo responsable es _____
tratamiento

2. _____ podrá facilitar sus datos identificativos a cualquiera de las entidades privadas y organismos públicos encargados de la concesión de ayudas o subvenciones, o responsables de los proyectos de integración, colaboracionales, etc. a los cuales usted quiere acceder, y con el fin de llevar a cabo la supervisión de la aplicación de las ayudas concedidas. El denegar su consentimiento a la mencionada cesión conllevaría a dejar de recibir los servicios de este centro pagados con estos fondos.

3. De acuerdo con la legislación vigente, el interesado tiene derecho a ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en la forma prevista en la citada ley Orgánica y en su reglamento de desarrollo, dirigiéndose por escrito al:

Firmado a _____ de _____ de 201_____

Autorizo, firma del participante

_____ es una entidad sin ánimo de lucro que trabaja en procesos de inserción

Anexo V: Permiso de grabación de sesiones terapéuticas.

SOLICITUD DE PERMISO DE GRABACIÓN AUDIOVISUAL

La Asociación _____ solicita permiso a D./D^a. _____, para grabar audiovisualmente actividades programadas y realizadas durante el tratamiento.

Todo video grabado conlleva el propósito bien de facilitar el trabajo terapéutico en rehabilitación de drogodependencias o bien el de documentar el trabajo terapéutico, sanitario, educativo, etc. realizado por una persona usuaria y sus familiares en la asociación.

Por tanto dicha grabación tiene únicamente fines lícitos y en ningún caso podrá ser usado para otro fin distinto que el de facilitar el proceso rehabilitador del paciente o bien el de realizar medidas de reducción de la demanda de drogas en actuaciones de prevención.

Y para que conste a los efectos de contrato terapéutico, firma la presente en el día ____ del mes de _____ de _____.

Por parte de la asociación
ha informado D./D^a
(Nombre, DNI y Firma)

Dan su conformidad D./D^a
(Nombre, DNI y Firma)

Anexo VI: Contrato de disponibilidad familiar:

La Asociación _____ previo al ingreso de D./Dña. _____ en su Comunidad Terapéutica, informa y solicita a sus familiares de referencia que, con el fin de optimizar la adherencia de su familiar drogodependiente al programa de “Rehabilitación y Reinserción de drogodependientes”, se comprometen a estar disponibles durante el tratamiento se les precisara.

Y para que conste a los efectos de haber sido informados y estar conformes con lo expuesto anteriormente, previo ingreso en comunidad terapéutica, un representante familiar o en su defecto el usuario/a, firma la presente en el ____ de ____ de ____.

Por parte de la asociación _____, ha informado D./Dña. _____

Por parte del usuario/a da su conformidad D. /Dña. _____

(Nombre y Firma)

(Nombre y Firma)

Anexo VII: Entrevista estructurada área terapéutica.

**PROTOCOLO DE VALORACIÓN DE LAS P.C.A.
ÁREA PSICOTERAPÉUTICA**

Nombre y apellidos:

Nº Expediente:

Fecha de Ingreso:

Fecha de Nacimiento:

Teléfono:

Dirección:

HISTORIA Y EVOLUCIÓN DE LA DROGODEPENDENCIA

- Dependencia principal:

- Otros motivos para la intervención:

- CAD o Centro de Salud Mental de referencia:

- Nombre psiquiatra:

- Nombre psicólogo/a:

- Atención privada:

- Uso de otros recursos (centros especializados, centros de día, etc):

Historia Dp: Edad de inicio, motivos sociales –familiares- emocionales – laborales, etc.,
iniciales para el consumo. :

- Evolución de la DP hasta la actualidad (modificación de síntomas, hospitalizaciones, recaídas, etc.): *¿Cómo han sido estos años de consumo. Balance de ganancias y pérdidas.*

- Factores mantenedores de la DP: *¿Por qué y para que mantiene hoy en día su adicción?*

- Indicadores preventivos de recaídas (psicológicos, emocionales, situacionales, etc):
¿Qué considera que necesita para mantenerse abstente?

- Tratamientos psiquiátricos y psicológicos relacionados con su drogodependencia (medicación actual, adherencia al tratamiento, frecuencia de las revisiones, etc):

SITUACIÓN MÉDICA

- Historia médica:

- Tratamientos médicos actuales:

- Última revisión médica realizada (resultados):

- Minusvalía reconocida:

SITUACIÓN SALUD MENTAL

- Historia psiquiátrica: tratamientos realizados, sintomatología, situaciones precipitantes, etc:

SITUACIÓN LEGAL

- Antecedentes judiciales: - Cumpliendo condena:

- Antecedentes penales: - Juicios pendientes:

SITUACIÓN ECONÓMICA:
(deudas, ingresos, etc.)

HABITOS SALUDABLES

- Alimentación:

- Higiene:

- Sueño:

- Ejercicio físico:

- Relaciones sociales:

- Ocio y tiempo libre, hobbies, etc:

FORMACIÓN ACADÉMICA Y EXPERIENCIA PROFESIONAL

- Nivel de estudios:

- Carné de conducir:

- Experiencia profesional (trabajo desempeñado, duración, etc):

HISTORIA SOCIO-FAMILIAR

GENOGRAMA: Miembros que la forman, situación familiar actual, relaciones de fusión y separación, nivel socio-económico-laboral, estado civil, fallecimientos, enfermedades, paciente identificado, etc:

Anexo VIII: Autoinforme de problemática psicosocial asociada.

FECHA: _____

NOMBRE: _____

PRETEST-POSTEST

AUTOINFORME DE PROBLEMAS ASOCIADOS

A continuación, le solicitamos que nos describa las dificultades o problemas asociados a cada una de las siguientes áreas. Además, indica en la escala numérica en qué medida le genera malestar en la actualidad.

NADA DE MALESTAR	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	EXTREMADO MALESTAR
0											

1. PROBLEMAS ASOCIADOS A SU ENTORNO FAMILIAR:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2. PROBLEMAS ASOCIADOS A SU ENTORNO COMUNITARIO (BARRIO, PUEBLO...):

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3. PROBLEMAS ASOCIADOS A SU SITUACIÓN LABORAL:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

4. PROBLEMAS ASOCIADOS A FORMACIÓN ACADÉMICA/LABORAL:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

5. PROBLEMAS ASOCIADOS A SU SITUACIÓN DOMICILIARIA/VIVIENDA:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

6. PROBLEMAS ASOCIADOS A SU SITUACIÓN ECONÓMICA:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

7. PROBLEMAS ASOCIADOS A SU SITUACIÓN SANITARIA-MÉDICA:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

8. PROBLEMAS ASOCIADOS A SU SITUACIÓN JUDICIAL/LEGAL:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

9. OTROS PROBLEMAS ASOCIADOS:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

10. OTROS PROBLEMAS ASOCIADOS:

Anexo IX: Registro control objetivo de tóxicos.

NOMBRE:		EXPEDIENTE:		FECHA INICIO: FECHA FIN:		FECHA DE ALTA DE TRATAMIENTO: FECHA DE BAJA DE TRATAMIENTO:													
1	Alcohol	2	Alcohol	3	Alcohol	4	Alcohol	5	Alcohol	6	Alcohol	7	Alcohol	8	Alcohol	9	Alcohol	10	Alcohol
	Cocaína		Cocaína		Cocaína		Cocaína		Cocaína		Cocaína		Cocaína		Cocaína		Cocaína		Cocaína
	Cannabis		Cannabis		Cannabis		Cannabis		Cannabis		Cannabis		Cannabis		Cannabis		Cannabis		Cannabis
11	Alcohol	12	Alcohol	13	Alcohol	14	Alcohol	15	Alcohol	16	Alcohol	17	Alcohol	18	Alcohol	19	Alcohol	20	Alcohol
	Cocaína		Cocaína		Cocaína		Cocaína		Cocaína		Cocaína		Cocaína		Cocaína		Cocaína		Cocaína
	Cannabis		Cannabis		Cannabis		Cannabis		Cannabis		Cannabis		Cannabis		Cannabis		Cannabis		Cannabis
21	Alcohol	22	Alcohol	23	Alcohol	24	Alcohol	25	Alcohol	26	Alcohol	27	Alcohol	28	Alcohol	29	Alcohol	30	Alcohol
	Cocaína		Cocaína		Cocaína		Cocaína		Cocaína		Cocaína		Cocaína		Cocaína		Cocaína		Cocaína
	Cannabis		Cannabis		Cannabis		Cannabis		Cannabis		Cannabis		Cannabis		Cannabis		Cannabis		Cannabis
31	Alcohol	32	Alcohol	33	Alcohol	34	Alcohol	35	Alcohol	36	Alcohol	37	Alcohol	38	Alcohol	39	Alcohol	40	Alcohol
	Cocaína		Cocaína		Cocaína		Cocaína		Cocaína		Cocaína		Cocaína		Cocaína		Cocaína		Cocaína
	Cannabis		Cannabis		Cannabis		Cannabis		Cannabis		Cannabis		Cannabis		Cannabis		Cannabis		Cannabis

Sustancia principal de consumo:
Otras:

Medicación:

