

## **TERAPIA DIALÉCTICA CONDUCTUAL PARA UN CASO DE ADICCIÓN A LA COCAÍNA**

Rubén Rodríguez-Cano<sup>1</sup>, Juan J. Olivencia-Lorenzo<sup>1</sup>,  
Francisca López-Ríos<sup>2</sup> y Gregorio Gómez del Pulgar Arrufat<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>*Centro de Psicología Clínica Psicolivencia;* <sup>2</sup>*Universidad de Almería (España)*

### **Resumen**

El objetivo de este trabajo es describir y analizar la aplicación de la TDC en un cliente con adicción a la cocaína. Luis acude por problemas familiares. Consume continuamente cocaína durante 10 años, además de alcohol, tabaco y conductas de ludopatía. Muestra dificultades emocionales, en control de impulsos, en tolerancia a la frustración y un deterioro de las áreas vitales. La desregulación emocional y la escasa tolerancia a la frustración presentes en el patrón de adicción a la cocaína han propiciado que se aplique la terapia dialéctica conductual (TDC). Se aplicó un programa de entrenamiento de habilidades TDC durante 12 meses, tanto individual y grupal. Se realizan seguimientos a los 12 y 24 meses. El paciente se mantuvo abstinente a lo largo de los 12 meses de tratamiento y a los 12 y 24 meses de seguimiento. Se redujo la sintomatológica general, aumentó las actividades alternativas al consumo y se alcanzó una mayor aceptación y regulación de los estados emocionales. La TDC resultó ser una terapia adecuada para tratar la adicción a la cocaína a largo plazo de Luis, debido a que propició la abstinencia, facilitó la regulación emocional y generó una vida alternativa al consumo.

**PALABRAS CLAVE:** *terapia dialéctica conductual, dependencia a la cocaína, regulación emocional.*

### **Abstract**

The aim of the current study is to describe and analyze the application of the TDC in a client with cocaine addiction. Luis comes for consultation because of family problems. Cocaine use has continued for 10 years, in addition to alcohol, smoking and gambling behavior. He suffers emotional difficulties, impulsivity problems, poor distress tolerance and deterioration of main areas in his life. The emotional dysregulation and low distress tolerance skill, as central dimensions in cocaine disorder, have led to the application of dialectical behavior therapy (DBT). A DBT skills training program has been applied for 12 months, both individually and in group. There has been 12- and 24-month follow-up. The patient has presented continuous abstinence for 12 months of treatment and at 12- and 24-month follow-up. Also, he showed a general symptomatic reduction, increased alternative activities to consumption and a greater acceptance and a better

regulation of emotional states. The TDC is presented as an appropriate long-term treatment for the cocaine addiction of Luis, as it helps him to maintain abstinence, provides him a better emotional regulation and generates an alternative life against consumption.

KEY WORDS: *dialectical behavior therapy, cocaine dependence disorder, emotion regulation.*

## Introducción

La cocaína es la segunda sustancia ilegal que más se consume en el mundo. En Europa la consumen al año 2,2 millones de adultos de entre 15 y 34 años (EMCDDA, 2014). En España el 11% la ha consumido alguna vez en su vida, el 3,5% lo hizo en los últimos 12 meses y un 1,7% el último mes (EMCDDA, 2012). Su consumo continuado provoca dificultades cardiovasculares, respiratorias, neurológicas y psicológicas y obstetricias, entre otros (Caballero, 2005).

El tratamiento para la dependencia a la cocaína se ha abordado desde diferentes perspectivas. Algunos estudios muestran resultados a favor de la psicofarmacología (Nuijten, Blanken, van den Brink y Hendriks, 2011) o su combinación con psicoterapia (Penberthy, Ait-Daoud, Vaughan y Fanning, 2010). Sin embargo, se ha mostrado que no existe ningún fármaco eficaz para el tratamiento de la dependencia a la cocaína (Kleber *et al.*, 2010; Dutra *et al.*, 2008).

Por su parte, diferentes tratamientos psicológicos han puesto a prueba su eficacia en el ámbito de la adicción a la cocaína. Entre ellos encontramos la terapia cognitivo conductual (TCC) (Carroll, 2001; 2005) o la terapia de conducta basada en el manejo de contingencias (MC) (Higgins y Silverman, 1999; Prendergast, Podus, Finney, Greenwell y Roll, 2006). Entre las propuestas de intervención más específicas al ámbito del abuso de sustancias, que han manifestado reducciones en el consumo de cocaína, encontramos la terapia de refuerzo comunitario (ATRC) por sí sola (Secades-Villa *et al.*, 2011) o unida a la terapia de incentivo (TI) (García-Rodríguez *et al.*, 2009; Roozen *et al.*, 2004; Schierenberg, van Amsterdam, van den Brink y Goudriaan, 2012). También se dispone de evidencia de que la entrevista motivacional facilita una mayor adherencia tanto en el tratamiento de cocaína (Carroll *et al.*, 2006) como en las adicciones en general (Burke, Arkowitz y Menchola, 2003). Además, la entrevista motivacional combinada con TCC ha mostrado ser eficaz para mantener la abstinencia (Sánchez *et al.*, 2011) y mejorar de la adherencia en los seguimientos (Mckee *et al.*, 2007).

La adicción a la cocaína presenta alta comorbilidad con patrones de conducta relacionados con la desregulación emocional. Se ha evidenciado que los trastornos de personalidad de tipo impulsivo, en especial el trastorno de límite de personalidad (TLP) y el trastorno de personalidad antisocial, cursan frecuentemente con el consumo de sustancias de abuso (Araos *et al.*, 2014; Bolinches *et al.*, 2002). De hecho, ha tomado fuerza la hipótesis de que el trastorno por consumo de sustancias y el TLP compartan etiología, a saber, la desregulación afectiva o un déficit del control de impulsos (van den Bosch, Verheul, Schippers y van den Brink,

2002). A este respecto, van den Bosch *et al.*, (2002) han señalado que el tratamiento debería de centrarse en el trastorno de personalidad y en solucionar síntomas graves como ideación suicida, atracones de comida y abuso de sustancias.

En este contexto, la terapia de conducta dialéctica de Linehan (TDC) (Linehan, 1993) ha mostrado su eficacia en el tratamiento del TLP, en el que la desregulación emocional y las conductas de alto riesgo son los componentes principales (Bohus *et al.*, 2004). La TDC se ha aplicado a personas con diagnóstico dual por TLP y dependencia de sustancias incluyendo algunas modificaciones dirigidas al tratamiento de aspectos específicos de las adicciones, como la inclusión de terapia farmacológica sustitutiva o controles de orina (Linehan *et al.*, 1999; Linehan *et al.*, 2002; Rizvi, Dimeff, Skutch, Carrol y Linehan, 2011).

Muy brevemente, la TDC se centra en la intervención en cuatro habilidades fundamentales: la tolerancia a la frustración, la regulación de las emociones, la eficacia interpersonal y la toma de conciencia (*mindfulness*). El formato de la terapia es de terapia individual y de trabajo en habilidades en grupo. También se utiliza apoyo telefónico para las crisis, la estructuración del ambiente del paciente y reuniones de trabajo de los terapeutas. Por otro lado, esta terapia tiene cinco objetivos principales: aumentar las capacidades del paciente, generalizar las habilidades objetivo, mejorar la motivación y reducir problemas de conducta, estructurar el ambiente y trabajar la motivación y capacidad del terapeuta.

El objetivo del presente estudio de caso es describir y analizar la aplicación de la TDC en un cliente con adicción a la cocaína.

## Método

### *Sujeto*

Luis es un varón de 29 años que vive con sus padres, es el mayor de cuatro hermanos, estudió hasta 2º de Bachillerato Unificado Polivalente (B.U.P) y dejó los estudios porque "le aburrían". Su nivel socioeconómico es medio-alto.

**ANTECEDENTES FAMILIARES.** Separado de una relación anterior hace 10 años. Tiene una hija (9 años), que vive con su madre, que visita una vez al mes. Tiene buena relación con ella, sin asumir responsabilidades paternas con regularidad. Cuando acude a consulta mantiene otra relación de pareja (de 6 meses de duración hasta ese momento). Trabaja en una empresa familiar. Afirma encargarse de la gestión de la misma con la ayuda de sus padres.

Según la información obtenida en consulta a través de entrevistas clínicas de evaluación y observación directa de los patrones de comunicación familiar, el padre de Luis presenta un estilo educativo autoritario y distante (muestra poco afecto y la comunicación se limita a decir lo que tiene que hacer, con verbalizaciones como "lo que tiene que hacer es centrarse y dejar de salir de fiesta"). Por su parte, la madre tiende a ser permisiva (no marca ningún tipo de límites para con el hijo, no le exige ninguna obligación ni en el trabajo ni en la casa, hace afirmaciones del tipo "esto que le pasa a mi hijo son cosas de la

juventud"). Ambos padres son dueños y trabajadores de un pub donde Luis solía consumir drogas.

**ANTECEDENTES DE CONSUMO/PROBLEMA.** Acude a consulta por consumo problemático de cocaína (sustancia principal). A los 15 años comenzó a consumir alcohol y cannabis esporádicamente. También consumió Valium en dos ocasiones. El consumo continuado de cocaína comenzó a los 19 años (mínimo una vez por semana). En este periodo, ha intentado abandonar el consumo en dos ocasiones, con ayuda de familia y/o pareja (periodo más largo de abstinencia 3 meses). En el momento de solicitar tratamiento, el consumo varía de 1,5 a 3,5 gr. a la semana (generalmente consume por la noche en ambientes de ocio y bares, entre 4 y 5 días por semana). Además de ello fuma (30 cigarrillos diarios) y bebe alcohol (1 litro de cerveza diario, cuando no consume cocaína). Cuando consume cocaína estos valores se disparan. Frecuentemente se producen conductas de juego patológico durante la intoxicación de cocaína. Presenta problemas familiares y de pareja, absentismo laboral continuo (al menos 3 días a la semana) y conductas de agresividad (con su familia y su pareja). Ante las dificultades señaladas decide acudir a consulta.

**DIAGNÓSTICO MULTIAIXIAL (APA, 2002):** eje I: F14.24 Dependencia de cocaína [304.20] con dependencia fisiológica ("motivo de consulta"). F14.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por cocaína [292.89]. De inicio durante la intoxicación. Eje II: Sin diagnóstico Z03.2 [V71.09] Características de personalidad antisocial. Eje III: Ninguno. Eje IV: Problemas relativos al ambiente social. Problemas con el grupo primario de apoyo. Problemas laborales. Problemas económicos. Eje V: EEAG= 35.

### *Instrumentos*

Los instrumentos utilizados para la evaluación del paciente se detallan a continuación:

- a) "Entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje I del DSM-IV" (*Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, SCID*; First, Spitzer, Gibbon, Williams y Smith-Benjamin, 1998). Es una entrevista semiestructurada que se utiliza para evaluar los posibles diagnósticos del eje I del DSM-IV. Esta entrevista recoge información de datos sociodemográficos, historia psiquiátrica actual y pasada, tratamiento y evaluación del funcionamiento del cliente actual. Contiene nueve módulos que recogen episodios afectivos, síntomas y trastornos psicóticos, trastornos del estado de ánimo, consumo de sustancias, trastornos de alimentación, de adaptación y somatoformes. Presenta una correcta fiabilidad para el diagnóstico de abuso o dependencia de otras ( $\kappa = 0.84$ ). Se utilizó para evaluar la dependencia a la cocaína y otros trastornos comórbidos. La entrevista se aplicó en la evaluación inicial.
- b) "Información clínica" *ad hoc*. Este inventario fue elaborado por los autores del estudio para recoger la información cualitativa y cuantitativa sobre la consecución de objetivos terapéuticos. Se evalúan principalmente áreas del cliente como son el consumo (p. ej., la abstinencia continuada de cocaína y alcohol), la convivencia familiar (p. ej., número de actividades de ocio con la

familia), el ocio y tiempo libre (p. ej., número de horas realizadas en actividades deportivas), a nivel laboral (días de asistencia al trabajo), metas y objetivos a medio plazo (en los siguientes tres meses) y la adaptación social (vivir solo, de manera independiente).

- c) "Escala de evaluación de la actividad global" (EEAG) del DSM-IV-TR (APA, 2002). Esta escala de valoración general el funcionamiento psicosocial y laboral del cliente. La puntuación se compone de 0 a 100, siendo 0 la proporción de información inadecuada y 100 la ausencia de síntomas y el funcionamiento satisfactorio en una amplia gama de actividades. Muestra una fiabilidad con correlación intraclassa de 0,57. En referencia a la validez, la EEAG presenta una correlación negativa en cuanto a la gravedad del trastorno y la puntuación de la escala. Esta escala se puede utilizar a lo largo de todo el proceso terapéutico (pretratamiento, a lo largo del tratamiento, postratamiento y seguimientos) y ofrece una información útil para planear el tratamiento y medir de forma general el impacto del mismo.
- d) "Escala de evaluación global del paciente" (López *et al.* 2008). Es una escala tipo Likert (0-4) que evalúa el nivel del deterioro del cliente en cuatro áreas distintas. Este instrumento permite al terapeuta poder valorar aquellas áreas que necesitan de una intervención más inmediata. Las diferentes áreas son: psicopatológica (el valor 0 indica ausencia de síntomas y el valor 4 indica presencia de una alteración de la comunicación o realidad con peligro de causar daño a sí mismo o a los demás); familiar/social (el valor 0 indica un funcionamiento normalizado y el 4 una alteración grave de la relaciones sociales /familiares); laboral/académica (el 0 indica un funcionamiento normalizado y el 4 muestra una alteración grave como por ejemplo una incapacidad de estudiar o trabajar, permanecer todo el día sin en casa); judicial (el valor 0 muestra ausencia de problemas judiciales y el 4 se encuentra cumpliendo condena en la actualidad). El presente cuestionario se utilizó para evaluar la evaluación a lo largo de 24 meses en una muestra española de pacientes con dependencia a la cocaína. El presente cuestionario se utilizó para evaluar la evaluación a lo largo de 24 meses en una muestra española de pacientes con dependencia a la cocaína.
- e) "Inventario clínico multiaxial de Millon-III" (*Millon Clinical Multiaxial Inventory-III*, MCMI-III; Millon, Millon y Davis, 1994). Este inventario permite evaluar patrones de personalidad y síndromes clínicos. Se compone de 11 subescalas que evalúan trastornos de la personalidad (esquizoide, evitativo, depresivo, dependiente, histriónico, narcisista, antisocial, agresiva [sádica], compulsiva, negativista [pasivo-agresivo] y autodestructiva), tres de identificación de trastornos de personalidad grave (esquizotípica, paranoide y límite), siete síndromes clínicos (trastorno de ansiedad, trastorno somatomorfo, trastorno bipolar, trastorno distímico, dependencia de alcohol, dependencia de sustancias, trastorno de estrés postraumático), tres síndromes clínicos graves (trastorno del pensamiento, depresión mayor y trastorno delirante) y cuatro escalas de validez (sinceridad, deseabilidad social, devaluación y validez). Puntuaciones típicas o de prevalencia del trastorno en la población (puntuaciones PREV) entre 75 y 84 indican la presencia de rasgos y mayores de

84, la presencia y gravedad de un trastorno. El instrumento se puede interpretar si el valor validez es igual a 0. Presenta un coeficiente alfa entre 0,66 - 0,89 y una validez predictiva que dependen de las escalas pero varía entre 0,30 y 0,81 (validez media= 0,69).

- f) "Cuestionario de 90 síntomas-revisado" (*Symptom Checklist-90-Revised*, SCL-90-R; Derogatis, 2002), adaptación española de González de Rivera, de las Cuevas, Rodríguez y Rodríguez (2002). Es un cuestionario de autoinforme que consta de 90 ítems con respuesta tipo Likert (0 ausencia de sintomatología y 4 máximo malestar debido al síntoma). Se utiliza como instrumento de cribado inicial o para estudiar la evolución de los síntomas a lo largo del tratamiento. Evalúa una serie de síntomas que se agrupan en nueve subescalas o dimensiones (somatización, síntomas obsesivos, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo) y tres escalas globales (índice de gravedad global, total de síntomas positivos e índice de malestar de síntomas positivos). Presenta baremación española para población normal, médica y psiquiátrica. Muestra índices consistentes de fiabilidad (consistencia interna: 0,79-0,90; fiabilidad test-retest: 0,78-0,90).
- g) "Perfil de medida de cocaína" (*Cocaine Assessment Profile*, CAP; Washton, 1995). El CAP es una entrevista estructurada que recoge información sobre la el consumo de cocaína y otras variables. Ayuda a establecer un perfil de consumo de la cocaína y otras sustancias, así como efectos que dicho consumo pueden tener en la vida del usuario. La evaluación se fundamenta en tres áreas principales: a) consumo de la cocaína (evaluando, por ejemplo, cantidad gastada a la semana, vía de consumo, efectos psicológicos y problemas interpersonales, entre otros), b) consumo de otras drogas (p. ej., tipo de sustancia y frecuencia con que consume) y c) tratamientos previos para el consumo de alcohol y otras drogas (indicando tipo y duración del mismo).
- h) "Test de gravedad de la adicción a la cocaína" (*Cocaine Addiction Severity Test*, CAST; Washton, 1995). Mide la gravedad de la adicción a la cocaína. Consta de 38 ítems de respuesta dicotómica (presencia o ausencia) que evalúan diferentes aspectos de la adicción a la cocaína. Permite diferenciar las necesidades del paciente de forma cuantitativa mediante tres rangos de gravedad: a) no precisa tratamiento por la adicción (menos de 10), b) precisa tratamiento ambulatorio (entre 10 y 30) y c) precisa tratamiento de asistencia hospitalaria (más de 30).
- i) "Escala de dificultades en la regulación emocional" (*Difficulties in Emotion Regulation Scale*, DERS; Gratz y Roemer, 2004), adaptación española de Hervás y Jódar (2008). Es un instrumento que evalúa diferentes dimensiones de la regulación emocional. Consta de 28 ítems con 5 opciones de respuesta (de 1= "Casi nunca/0-10% de las veces" hasta 5= "Casi siempre/90-100% de las veces"). A mayor puntuación mayor dificultad en la regulación emocional. La versión española se compone de cinco factores o subescalas: 1) Descontrol emocional (incapacidad para manejar las emociones negativas y utilizar estrategias de regulación emocional eficaces), 2) Rechazo emocional (tendencia a rechazar las experiencias emocionales negativas o de malestar,

generando una respuesta emocional secundaria negativa), 3) Interferencia cotidiana (incapacidad para no atender a las emociones negativas y orientar la conducta hacia otros objetivos), 4) Desatención emocional (incapacidad para reconocer y atender a las emociones) y 5) Confusión emocional (dificultad para entender y clarificar las emociones). Los índices de consistencia interna de los factores, con muestra española, están entre 0,73 y 0,93, en cuanto a la fiabilidad test-retest a los seis meses se presentaron unos coeficientes de correlación intraclase entre 0,46 a 0,73 (Hervás y Jódar, 2008).

- j) "Inventario de depresión de Beck-II" (*Beck Depression Inventory-II*, BDI-II; Beck, Steer y Brown, 2011), versión española de Sanz y Vázquez (2011). Evalúa la sintomatología depresiva actual en las dos semanas previas mediante 21 ítems. Las respuestas van de 0 (ausencia del síntoma) a 3 (mayor intensidad del síntoma). A mayor puntuación más sintomatología depresiva, la puntuación menor es de 0 y la mayor de 63. En la muestra española presenta una consistencia interna con un alfa de Cronbach entre 0,89 y 0,91 para pacientes externos y de 0,87 a 0,89 para población general (Sanz y Vázquez, 2011).
- k) Análisis de orina. Para detectar el consumo se utilizaron bandas de reactivos de orina de Cromakit. Se realizaban dos análisis por semana (uno al inicio y otro al finalizar la semana).

### Procedimiento

En este diseño es de caso único ( $n= 1$ ) se realiza una evaluación en cinco periodos: pretratamiento y a lo largo del tratamiento de 12 meses de duración se llevan a cabo evaluaciones a los 3, 6, 9 y 12 meses. Se realizan dos seguimientos: uno a los 12 meses y otro a los 24.

El programa de tratamiento es una adaptación de la TDC (Linehan, 1993) a las adicciones (Dimeff y Linehan, 2008). Se combina la intervención de grupo con sesiones individuales. Se llevó a cabo en el Centro de Psicología Olivencia (Almería). El criterio de inclusión para recibir el tratamiento es ser mayor de edad, cumplir los criterios de dependencia para la cocaína según el DSM-IV-TR (APA, 2002) y presentar un nivel global de gravedad moderado ( $EEAG \geq 35$ ), así como firmar el consentimiento informado.

### FASE PRETRATAMIENTO

La fase de pretratamiento discurre a lo largo de 2 sesiones, de 90 minutos de duración. Se produce la evaluación clínica y la acogida (de la familia y del paciente) por parte de los terapeutas. A continuación, se explica el análisis funcional y se prepara a la persona para el comienzo en la terapia de grupo presentándole el orden jerárquico de objetivos.

### TERAPIA DIALÉCTICA CONDUCTUAL

Los objetivos se establecen de forma jerárquica como señala Linehan (1993), adaptados a la intervención en adicciones, estos son:

1. *Abandono del consumo y control de la propia conducta.* El consumo de sustancias se interpreta como una conducta de riesgo o autodestructiva, sobre todo en la dependencia. Por tanto, se propicia el abandono del consumo de todas las sustancias psicoactivas, requisito indispensable para la entrada en el grupo (incluido el alcohol, exceptuando el tabaco).
2. *Reducción de conductas que interfieren en la terapia.* Entre las conductas que interfieren en la terapia se encuentran: no asistir a sesiones, acudir embriagado o bajo los efectos de alguna sustancia, no colaborar, cuestionar la terapia y a los terapeutas, entre otras. Además se incluyen el síndrome de abstinencia y el *craving*. A este nivel, se pretende paliar el malestar asociado al abandono de consumo y provocar una disminución del deseo de consumir. La familia colabora mediante un acompañamiento continuo.
3. *Reducción de conductas que conducen al consumo.* Se interviene en la prevención de recaídas con la familia facilitando la detección de las cogniciones orientadas a consumir ("mente adicta"), la desregulación emocional y la falta de tolerancia a la frustración. Se incide en 5 estados emocionales: tristeza, euforia, aburrimiento, ira y vergüenza.
4. *Incremento de conductas alternativas.* Se incide directamente en las diferentes áreas que el cliente tiene desestructuradas debido a su adicción: relaciones sociales, convivencia con familiares, implicación laboral y ocio alternativo al consumo. Junto a ello, se fomenta la creación de valores y objetivos vitales que propicien que Luis desarrolle, en palabras de Linehan (1993): "*una vida que merezca la pena de ser vivida*".
5. *Aumentar las habilidades conductuales del grupo terapéutico.* Es un objetivo transversal. Los objetivos se articulan en cinco módulos de tratamiento, que se trabajan en las sesiones grupales (cada 15 días) y se afianzan en las sesiones individuales (semanales). Estos módulos son:
  - a) REGULACIÓN EMOCIONAL (12 sesiones): consiste en trabajar en algunas emociones centrales en las adicciones (tristeza, euforia, aburrimiento, ira y vergüenza) se interviene en la identificación, descripción y el desarrollo de comportamientos adaptativos y funcionales para los pacientes.
  - b) TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN (8 sesiones): en primer lugar, se instruye en el uso de habilidades para el manejo del síndrome de abstinencia y del deseo de consumir; en segundo lugar, para el afrontamiento de estados emocionales que generan malestar y, finalmente, para la prevención de la recaída.
  - c) HABILIDADES INTERPERSONALES (8 sesiones): se interviene en la solución de los conflictos con otras personas trabajando asertividad, habilidades sociales, autoeficacia, autoestima y orientación a valores personales.
  - d) HABILIDADES DE CONSCIENCIA (4 sesiones): se basa en la observación y descripción de acontecimientos, participando de forma activa en ellos. Para ello se facilita que la focalización en un objeto o situación en un momento presente concreto, sin juzgar y simplemente contemplándola.
  - e) HABILIDADES PARA LA VIDA (16 sesiones): fundamentalmente se trabaja en 4 áreas para facilitar y mantener las conductas alternativas al consumo: creación de ocio saludable, habilidades laborales o académicas, creación



de relaciones sociales y amistades alternativas y habilidades relacionadas con la convivencia familiar.

#### TEMPORIZACIÓN

El tratamiento se llevó a cabo por dos psicólogos especializados en TDC e intervención en adicciones. Las sesiones de grupo se realizaron con 4-8 usuarios y duraban entorno a tres horas. Las sesiones individuales tuvieron una duración de 60 minutos. El tratamiento se llevó a cabo durante un año. Cada tres meses se repetían los 12 módulos durante 24 sesiones (2 módulos por sesión). En las sesiones individuales se hizo hincapié en los temas tratados en el grupo y se resolvieron posibles dificultades de la puesta en práctica de las habilidades. Para un resumen de la temporización véase tabla 1.

**Tabla 1**  
Temporización y contenido del tratamiento

Modalidad del tratamiento	Pre-Tratamiento	Tratamiento			
		1-3 meses	3-6 meses	6-9 meses	9-12 meses
Individual	Dos sesiones: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación</li> <li>• Acogida</li> <li>• Explicación de tratamiento</li> </ul>	Dos sesiones semana: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajo de habilidades de grupo</li> <li>• Dificultades asociadas</li> </ul>	Una sesión semana: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajo de habilidades de grupo</li> <li>• Dificultades asociadas</li> </ul>		
Grupal (sesiones cada 15 días, dos módulos por sesión)		Nº módulos: <ul style="list-style-type: none"> <li>1-HHC</li> <li>2-HHI</li> <li>2-HHTF</li> <li>3-HHRE</li> <li>4-HHV</li> </ul>	Nº módulos: <ul style="list-style-type: none"> <li>1-HHC</li> <li>2-HHI</li> <li>2-HHTF</li> <li>3-HHRE</li> <li>4-HHV</li> </ul>	Nº módulos: <ul style="list-style-type: none"> <li>1-HHC</li> <li>2-HHI</li> <li>2-HTF</li> <li>3-HRE</li> <li>4-HHV</li> </ul>	Nº módulos: <ul style="list-style-type: none"> <li>1-HHC</li> <li>2-HHI</li> <li>2-HHTF</li> <li>3-HRE</li> <li>4-HHV</li> </ul>

Nota: HHC= Habilidades de consciencia; HHI= Habilidades interpersonales; HHTF= Habilidades de tolerancia a la frustración; HHRE= Habilidades para la regulación de emociones; HHV= Habilidades para la vida.

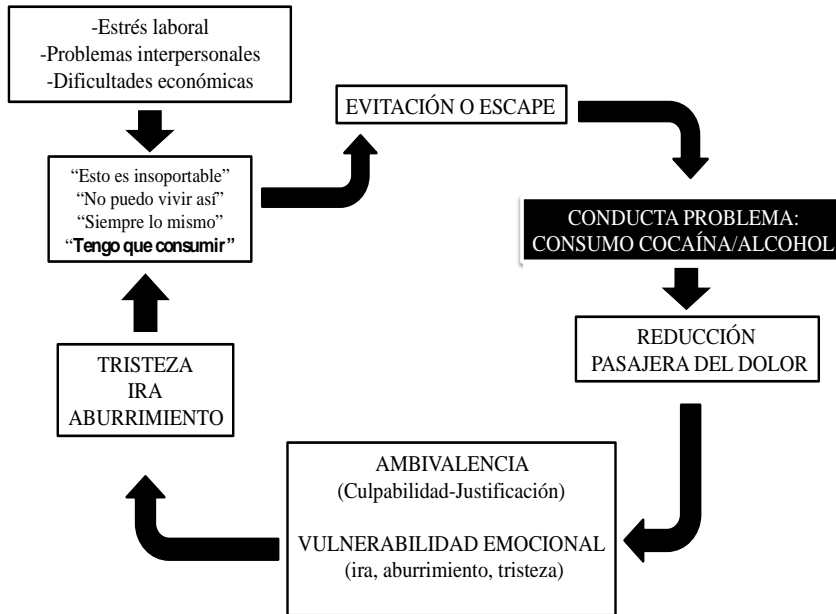
Los terapeutas se reunieron semanalmente para puesta en común del caso y configuración de la intervención de la siguiente semana.

### Resultados

El análisis funcional del consumo de cocaína del paciente se muestra en la figura 1. Las condiciones antecedentes, incluidas las cogniciones concomitantes, generan malestar emocional que se elimina, reduce o pospone, a través del consumo. Se muestran las dificultades en la regulación de las emociones (consecuencia de esa vulnerabilidad emocional) incluida la baja tolerancia a la

frustración (traducida por una evitación/escape de la situación) que son centrales en el mantenimiento de la adicción a la cocaína.

**Figura 1**  
Análisis funcional de la dependencia a la cocaína de Luis



De forma global, en la tabla 2 se muestran los cambios que se han producido en los comportamientos relacionados con el consumo y las conductas saludables o alternativas al consumo en los periodos de tratamiento, tras 6 meses y al finalizar el tratamiento. Se observa un aumento del comportamiento saludable alternativo a conductas que interfieren directamente en su calidad de vida.

En cuanto a la evaluación del funcionamiento global, el paciente ha mejorado en las áreas evaluadas respecto al pretratamiento (tabla 3). La EEAG pasa de 35 a 80 y en la escala propuesta por López *et al.* (2008) ha disminuido la gravedad con respecto a los datos de pretratamiento (valores sobre 5) concretamente en: psicopatología (de 2 a 1), familiar (3 a 2), laboral (3 a 2). A pesar de ello, el paciente puntúa por encima de su grupo de referencia.

En la evaluación de los cuestionarios de autoinforme se presenta una mejoría a lo largo del tratamiento en diferentes variables psicopatológicas (tabla 3). En concreto se reduce la sintomatología depresiva (en el BDI-II pasa de 22 a 9 y en la escala de depresión mayor del MCMI-III- pasa de una puntuación PREV de 79 a 0), la dependencia de la cocaína (en el CAST pasa de 35 a 6) y una reducción general, a puntuaciones normales, en las escalas psicopatológicas del MCMI-III. Sin embargo, a pesar de la reducción general en dichas variables, la dependencia de sustancias sigue presentado significación clínica (puntuación PREV= 91).

**Tabla 2**  
Medidas de información clínica

Variables	Pretratamiento	6 meses	12 meses
Consumo de alcohol	Si	No	No
Consumo de cocaína (gr./semana)	1.5-3.5	0	0
Utilización de máquina tragaperras a la semana	1-2	0	0
Dinero gastado a la semana (tragaperras, cocaína, alcohol)	150-300	0	0
Tiempo máximo sin consumir cocaína	3 m.	6 m.	12 m.
Recaídas en consumo (alcohol, cocaína u otras)	-	0	0
Asistencia a lugares asociados al consumo	Si	No	Si
Nº de actividades (no laborales) junto a la familia/semana	3	8	10
Vivir solo	No	No	Si
Objetivos a alcanzar en los próximos 3 meses	2 (una es consumir)	5	3
Número de clubes deportivos a los que pertenece	0	1	2
Horas de deporte semana	0	15	15
Horas de ocio relacionado con el consumo a la semana (salidas nocturnas, drogarse, etc.)	20	0	0
Actividades ocio diferentes al consumo	0	15	10
Asistencia al trabajo (días/ semana)	4	6	6

**Tabla 3**  
Medidas de evaluación global y de autoinforme

Instrumentos de evaluación	Pretratamiento	6 meses de tratamiento	12 meses de tratamiento
EEAG	35	60	80
Escala de evaluación clínica (López <i>et al.</i> 2008)			
Psicopatológica	2	2	1
Familiar	3	3	2
Laboral	3	2	2
Judicial	0	0	0
BDI-II	22	14	9
CAST	35	9	6
MCMI-III			
Antisocial	84	77	67
Trastorno dependiente	68	77	58
Trastorno distímico	99	61	20
Dependencia de alcohol	74	86	45
Dependencia de sustancias	109	104	91
Depresión mayor	79	19	0
Validez	0	0	0

Los resultados en sintomatología clínica percibida evaluada mediante el SCL-90-R (tabla 4) indican una reducción general de las subescalas y del índice global de gravedad (IGS) a lo largo del tratamiento. Concretamente, las variables que más han descendido son: obsesión, sensibilidad, depresión, ansiedad, hostilidad e ideación paranoide.

**Tabla 4**

Puntuaciones de Luis en SCL-90R a lo largo del tratamiento y puntuaciones de referencia de una muestra consumidora de cocaína y población normal de varones

SCL-90R	Pretra- tamiento	3 meses	6 meses	9 meses	12 meses	Población consum. cocaína	Población general
Somatizaciones	0,58	0,50	0,00	0,00	0,00	0,66	0,39
Obsesión-compuls.	1,60	1,10	1,10	0,60	0,30	1,01	0,56
Sen. interpersonal	1,44	0,22	0,44	0,44	0,11	0,87	0,43
Depresión	3,23	2,08	1,08	0,15	0,46	1,03	0,59
Ansiedad	1,90	0,80	0,40	0,20	0,20	0,76	0,44
Hostilidad	2,33	0,33	0,83	0,17	0,50	0,65	0,42
Ansiedad fóbica	0,43	0,86	1,14	0,43	0,00	0,44	0,19
Idea. paranoide	1,67	0,00	0,17	0,33	0,00	1,00	0,48
Psicoticismo	0,70	0,40	0,30	0,10	0,10	0,65	0,21
Gravedad global (IGS)	1,61	0,78	0,67	0,27	0,20	0,83	0,44

Los resultados sobre la regulación emocional, evaluada a través de la DERS, indican una mejoría en todas las escalas de regulación de las emociones de la DERS respecto al pretratamiento. Además, a los 12 meses el cliente presenta mejores puntuaciones en regulación de sus emociones que la población normal de referencia (Hervás y Jódar, 2008), excepto en la escala de descontrol emocional (tabla 5).

**Tabla 5**

Resultados de la Escala de regulación emocional (DERS)

Subescalas de la DERS	Pretratamiento	6 meses	12 meses	Población general varones
Descontrol	18	13	14	9,8
Rechazo	5	6	4	7,6
Interferencia	16	12	10	14,5
Desatención	11	7	8	9,7
Confusión	17	15	13	15,7

En el seguimiento a los 12 meses el paciente muestra un mantenimiento en todas las áreas evaluadas que son incompatibles con el consumo de cocaína. Se mantiene abstinentes de cocaína (con prueba de orina), alcohol, tabaco y cualquier

sustancia psicoactiva. Sigue manteniendo el ocio incompatible con el consumo (participa en varios grupos deportivos). En el área laboral, presenta una autonomía total (se ha ampliado la empresa familiar en la que trabaja). A nivel familiar presenta una mejor relación con su hija (realiza actividades con ella planeadas por él cada semana) y, en especial, con su madre. Mejora en adaptación social, comienza una relación de pareja que lleva seis meses cuando se realiza el seguimiento. Vive independiente en su casa. A los 24 meses, no se produce ninguna caída o recaída (informe de la familia) y se siguen llevando a cabo actividades de ocio saludable, continúa la implicación laboral y la mejora en el área familiar. Sigue con su pareja. La relación con su padre mejora considerablemente (comparten tiempo juntos y la comunicación entre ambos es más cordial y afectiva). Tres meses antes del seguimiento, bebió un combinado por la noche, pero se fue a su casa y no recayó. Esto hizo que se planteara el volver a vivir con sus padres durante un tiempo por un temor ante una posible caída.

### Discusión

El objetivo del presente estudio de caso ha sido describir y analizar la aplicación de la TDC en un cliente con adicción a la cocaína. De forma general, a lo largo del proceso de intervención y al final del tratamiento, se observan mejoras en la sintomatología asociada a la adicción, en tanto que Luis aumenta su integración social, mejora el manejo de las emociones y adquiere un conjunto de habilidades que facilitan mantener la abstinencia a lo largo del tiempo de modo que el diagnóstico del eje I de DSM-IV-TR (APA, 2002) pasa a ser de dependencia a la cocaína con remisión total sostenida. Cabe comentar que el diagnóstico con el DSM-5 (APA, 2014) no se realizó debido a que no estaba publicado aún, pero pasaría de trastorno por consumo de cocaína "grave" [304.20 (F14.20)] a "remisión continuada a los 12 meses".

Luis ha controlado su consumo de cocaína sin recaer ni consumir ninguna sustancia psicoactiva a lo largo de todo el tratamiento y en los dos seguimientos, a los 12 meses y 24 meses (en este seguimiento bebe un combinado). La mejora en las áreas psicopatológica, familiar y laboral, respecto al pretratamiento, unido a una mayor constancia en el trabajo, un aumento en actividades de ocio saludable y de adaptación social, han ayudado al manejo del síndrome de abstinencia, así como a la prevención de la recaída. A este respecto, diferentes estudios (García-Rodríguez *et al.*, 2009; Higgins y Silverman, 1999) han mostrado que el uso de reforzadores sociales alternativos al consumo son útiles para la intervención del trastorno por dependencia a la cocaína.

En cuanto a las conductas que interfieren directamente en la terapia, se propició que el usuario cambiara el número de teléfono, restringiera la visita a lugares de consumo y el manejo del dinero. Al inicio del tratamiento aparecen algunos ejemplos de interferencias para el tratamiento por parte del paciente, como por ejemplo: "yo no puedo ir sin dinero", "tú no me vas a quitar de beberme una cerveza o de salir de marcha", y por parte de la familia: "si de todos modos los consumidores y la droga están en todas partes, tiene que aprender a vivir con eso".

El malestar relacionado con la adicción se reduce a los nueve meses de tratamiento, por debajo de una muestra con las mismas características (López y Becoña, 2006), y a los 12 meses resulta menor que en población normal (Derogatis, 2002). Durante la intervención, Luis ha reducido sus puntuaciones en las variables obsesión, ansioso-depresiva, sensibilidad interpersonal, hostilidad e ideación paranoide. La mejora en esta sintomatología es fundamental para que el paciente supere la adicción. Como señalan López y Becoña (2006) la presencia de sintomatología de este tipo puede influir en el tratamiento del consumo de drogas (López *et al.*, 2009).

Tras 12 meses de tratamiento, Luis presenta una estabilización en las variables alteradas en el pretratamiento, excepto en la dependencia de la cocaína. Se observa que la abstinencia continua ayuda a generar una estructura sólida en la vida del paciente. Mediante la TDC se debilita lo que Spronk, Wel, Ramaekers y Verkes (2013) llaman la motivación del consumo continuado, basada en la reducción del malestar provocado por el consumo. La dependencia se encuentra en remisión, pero los patrones de impulso pueden aparecer después de la abstinencia. Algunos estudios como el de López *et al.* (2007), muestran altas puntuaciones en escala pasivo/agresiva, antisocial, narcisista y límite, en cocainómanos, lo que puede dificultar la adherencia terapéutica y facilitar la recaída (Cangas y Olivencia, 2001).

A pesar de que Luis no presenta un trastorno de la personalidad, la naturaleza del abordaje de TDC ayuda a trabajar dificultades en el tratamiento. Específicamente, se ha mejorado en la regulación de emocional y la tolerancia a la frustración. Como señalan Azizi, Borlaji y Golzari (2010) el aprendizaje en la regulación emocional es fundamental, ya que muchas adicciones se fundamentan en la desregulación emocional. Además, una carencia en regulación del humor negativo y una intensidad en el afecto pueden predisponer tanto a la adicción, como al mantenimiento de una desregulación afectiva debido al consumo crónico (Thorberg y Lyvers, 2006). Precisamente, la aceptación y el manejo de los estados emocionales junto a la abstinencia rompen el patrón evitativo que genera los ciclos de *consumo-craving* en el cliente.

En cuanto a la intervención grupal del programa, se observa que ésta potencia el trabajo en las habilidades y objetivos propuestos. En el sexto mes de tratamiento, Luis se planteó abandonar el tratamiento, sin embargo, el consejo, las críticas y el modelaje del grupo junto a la intervención directa, de la misma manera que señala Linehan *et al.* (2002), motivó la consecución de objetivos y una mejor adherencia al tratamiento (Bachiller *et al.*, 2015; Sánchez *et al.* 2011).

Por lo que se refiere al programa de tratamiento, intervenir en adicciones mediante TDC propicia un clima terapéutico estructurado que ayuda a la consecución de objetivos propuestos e incrementa las habilidades personales/emocionales y generando una aceptación de la sintomatología de las adicciones que ayuda, a corto plazo, a controlar el síndrome de abstinencia y el *craving* y, a largo, abandonar la sustancia y generar un estilo de vida que merezca la pena vivir (Linehan, 1993).

Es de notable importancia señalar que se presentan resultados de seguimiento a los 12 y 24 meses postratamiento. En este periodo se mantienen y

se solidifican todas las áreas incompatibles con el consumo que Luis presentaba al final del tratamiento (12 meses). Se constata que la intervención mediante TDC ha sido eficaz para mantener los resultados a lo largo del tiempo.

Este estudio presenta las limitaciones de un caso único, aun así la utilización de la TDC en diferentes trastornos con regulación emocional está cobrando fuerza (p. ej., Dimeff y Linehan, 2008; Marco, García-Palacios y Botella, 2013) y consolidándose como propuesta terapéutica. Como líneas futuras de investigación, sería interesante realizar ensayos clínicos aleatorizados para establecer la eficacia de esta modalidad de tratamiento.

En conclusión, actualmente Luis es una persona que mantiene sus objetivos, acude a su trabajo de forma habitual, pasa más tiempo con su hija, tiene una mejor relación con sus padres, está preparando su casa para vivir independiente y ha generado un ocio saludable y nuevos amigos que no consumen. Todo ello se sustenta precisamente por su abstinencia y evolución en el seguimiento de sus valores propiciados por la utilización de la TDC.

## Referencias

- Araos, P., Vergara-Moragues, E., Pedraz, M., Pavón, F. J., Campos, R., Calado, M., Ruíz, J., García-Marchena, N., Gornemann, I., Torrens, M. y Rodríguez de Fonseca, F. (2014). Comorbilidad patológica en consumidores de cocaína en tratamiento ambulatorio. *Adicciones*, 26, 15-26.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2002). *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4ª ed., texto rev.). Barcelona: Masson. (Orig. 2000).
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Madrid: Panamericana. (Orig. 2013).
- Azizi, A., Borjali, A. y Gorzali, M. (2010). The effectiveness of emotion regulation training and cognitive therapy on the emotional and addictional problems of substance abusers. *Iran Journal of Psychiatry*, 5, 60-65.
- Bachiller, D., Grau-López, L., Barral, C., Daigre, C., Alberich, C., Rodríguez-Cintas, L., Valero, S., Casas, M. y Roncero, C. (2015). Motivational Interviewing group at inpatient detoxification, its influence in maintaining abstinence and treatment retention after discharge. *Adicciones*, 27, 109-118.
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (2011). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. Madrid: Pearson. (Orig. 1996).
- Bohus, M., Haaf, B., Simms, T., Limberger, M. F., Schmahl, C., Unckel, C. Lieb, K. y Linehan, M. M. (2004). Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: a controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 487-499.
- Bolinches, F., De Vicente, P., Castellano, M., Pérez-Gálvez, B., Haro, G., Martínez-Raga, J. y Cervera, G. (2002). Personalidades impulsivas y trastornos por uso de sustancias: algo más que un diagnóstico dual. *Trastornos Adictivos*, 4, 216-222.
- Burke, B. L., Arkowitz, H. y Menchola, M. (2003). The efficacy of motivational interviewing: a meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 843-861.
- Caballero, L. (2005). *Adicción a cocaína: neurobiología, clínica, diagnóstico y tratamiento*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Cangas, A. y Olivencia, J. (2001). Relación de los trastornos de personalidad con el seguimiento de instrucciones terapéuticas y las recaídas en sujetos de drogodependientes. *Psicología Conductual*, 14, 235-245.

- Carroll, K. M. (2001). *Un enfoque cognitivo-conductual. El tratamiento de la adicción a la cocaína*. Barcelona: CITRAN.
- Carroll, K. M. (2005). Recent advances in the psychotherapy of addictive disorders. *Current Psychiatry Reports*, 7, 329-36.
- Carroll, K. M., Ball, S. A., Nich, C., Martino, S., Frankforter, T. L., Farentinos, C., Lynn, E., Mikulich-Gilbertson, S., Morgenstern, J., Obert, J., Polcin, D., Snead, N. y Woody, G. (2006). Motivational interviewing to improve treatment engagement and outcome in individuals seeking treatment for substance abuse: a multisite effectiveness study. *Drug and Alcohol Dependence*, 81, 301-312.
- Derogatis, L. R. (2002). *SCL-90-R. Symptom Checklist 90 Revised*. Minneapolis: Pearson. (Orig. 1994).
- Dimeff, L. A. y Linehan, M. M. (2008). Dialectical behavior therapy for substance abusers. *Addiction Science & Clinical Practice*, 4, 39-47.
- Dutra, L., Stathopoulou, G., Basden, S., Leyro, T., Powers, M. y Otto, M. (2008). A Meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 165, 179-187.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., Williams, J. B. W. y Smith-Benjamin, L. (1998). *Guía del usuario de la entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje I del DSM-IV-SCID-I*. Barcelona: Masson. (Orig. 1997).
- García-Rodríguez, O., Secades-Villa, R., Higgins, S. T., Fernández-Hermida, J. R., Carballo, J. L., Errasti Pérez, J. M. y Al-Halabi Díaz, S. (2009). Effects of voucher-based intervention on abstinence and retention in an outpatient treatment for cocaine addiction: a randomized controlled trial. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 17, 131-138.
- González de Rivera, J. L., de las Cuevas, C., Rodríguez, M. y Rodríguez, F. (2002). *SCL-90-R. Cuestionario de 90 síntomas revisado. Adaptación española*. Madrid: TEA. (Orig. 2002).
- Gratz, K. L. y Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41-54.
- Hervás, G. y Jódar, R. (2008). Adaptación al castellano de la Escala de dificultades en la regulación emocional. *Clinica y Salud*, 19, 139-15.
- Higgins, S. T. y Silverman, K. (1999). *Motivating behavior change among illicit-drug abusers: research on contingency management interventions*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Kleber, H. D., Weiss, R. D., Anton, R. F., George, T. P., Greenfield, S. F., Kosten, T. R., O'Brien, C. P., Rounsaville, B. J., Strain, E. C., Ziedonis, D. M., Hennessy, G., Connery, H. S. y Work Group on Substance Use Disorders (2010). Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders (2ª ed.). Disponible en: [http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice\\_guidelines/guidelines/substanceuse.pdf](http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/substanceuse.pdf)
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Nueva York, NY: Guilford.
- Linehan M. M., Dimeff, L. A., Reynolds, S. K., Comtois, K. A., Welch, S. S., Heagerty, P. y Kivlahan, D. R. (2002). Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 67, 13-26.
- Linehan, M. M., Schmidt, H., Dimeff, L. A., Craft, J. C., Kanter, J. y Comtois, K. A. (1999). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *American Journal on Addiction*, 8, 279-292.



- López, A. y Becoña, E. (2006). Dependencia a la cocaína y psicopatología a través del SCL-90-R. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11, 13-20.
- López, A., Becoña, E., Casete, L., Lage, M. T., Díaz, E., García, J. M., Senra, A., Canelo, J., Estévez, C., Sobrado, J., Vieitez, I., Lloves, M. y Moneo, A. (2007). Dependencia de la cocaína y trastornos de personalidad. Análisis de su relación en una muestra clínica. *Trastornos Adictivos*, 9, 215-27.
- López, A., Becoña, E., Casete, L., Lage, M. T., García, J., Senra, A., Vieitez, I., Sobrado, J. y Canelo, M. (2009). Variables significativas para explicar el consumo de cocaína a los dos años de la demanda de tratamiento. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 17, 203-216.
- López, A., Becoña, E., Vieitez, I., Canelo, J., Sobrado, J., García, J. M., Senra, A., Casete, L. y Lage, M. T. (2008). ¿Qué ocurre a los 24 meses del inicio del tratamiento en una muestra de personas con dependencia de la cocaína? *Adicciones*, 4, 347-356.
- Marco, J. H., García-Palacios, A. y Botella, C. (2013). Dialectical behavioural therapy for oppositional defiant disorder in adolescents: a case series. *Psicothema*, 2, 158-163.
- McKee, S. A., Carroll, K. M., Sinha, R., Robinson, J. E., Nich, C., Cavallo, D. y O'Malley, S. (2007). Enhancing brief cognitive-behavioral therapy with motivational enhancement techniques in cocaine users. *Drug and Alcohol Dependence*, 91, 97-101.
- Millon, T., Millon, C. y Davis, R. (1994). *MCMI-III. Million Clinical Multiaxial Inventory-III. Manual*. Minneapolis, MN: Pearson.
- Millon, T., Millon, C. y Davis, R. (2007). *MCMI-III. Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III*. Madrid: TEA (Orig. 1994).
- Nuijten, M., Blanken, P., van den Brink, W. y Hendriks, V. (2011). Cocaine Addiction Treatments to improve Control and reduce Harm (CATCH): new pharmacological treatment options for crack-cocaine dependence in the Netherlands. *BMC Psychiatry*, 11, 135-144.
- Penberthy, J., Ait-Daoud, N., Vaughan, M. y Fanning, T. (2010) Review of treatment for cocaine dependence. *Current Drug Abuse Reviews*, 3, 49-62.
- Prendergast, M., Podus, D., Finney, J., Greenwell, L. y Roll, J. (2006). Contingency management for treatment of substance use disorders: a meta-analysis. *Addiction*, 101, 1546-1560.
- Rizvi, S., Dimeff, L.A., Skutch, J., Carrol, J. y Linehan, M. M. (2011). A pilot study of the DBT coach: an interactive mobile phone application for individuals with borderline personality disorder and substance use disorder. *Behavior Therapy*, 42, 569-600.
- Rozen, H., Boulogne, J., van Tulder, M., van den Brink, W., de Jong, C. y Kerkhof, J. M. (2004). A systematic review of the effectiveness of the community reinforcement approach in alcohol, cocaine and opioid addiction. *Drug and Alcohol Dependence* 74, 1-13.
- Sánchez, L., Díaz-Morán, S., Grau-López, L., Moreno, A., Eiroa-Orosa, F. J., Roncero, C., Gonzalvo, B., Colom, J. y Casas, M. (2011). Tratamiento ambulatorio grupal para dependientes de cocaína combinando terapia cognitivo conductual y entrevista motivacional. *Psicothema*, 23, 107-113.
- Sanz, J. y Vázquez, C. (2011). *Manual BDI-II. Inventario de depresión de Beck-II. Adaptación española*. Madrid: Pearson.
- Schierenberg, A., van Amsterdam, J., van den Brink, W. y Goudriaan A. E. (2012). Efficacy of contingency management for cocaine dependence treatment: a review of the evidence. *Current Drug Abuse Reviews*, 5, 320-331.
- Secades-Villa, R., Sánchez-Hervás, E., Zacarés-Romaguera, F. D., García-Rodríguez, O., Santonja-Gómez, F. J. y García-Fernández, G. (2011). Community Reinforcement Approach (CRA) for cocaine dependence in the Spanish public health system: 1 year outcome. *Drug and Alcohol Review*, 30, 606-612.

- Spronk, C., Well, J., Ramaekers, J. y Werkes, R. (2013). Characterizing the cognitive effects of cocaine: a comprehensive review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 37, 1838-1859.
- Thorberg, F. A. y Lyvers, M. (2006). Negative mood regulation (NMR) expectancies, mood, and affect intensity among clients in substance disorder treatment facilities. *Addictive Behaviors*, 31, 811- 820.
- van den Bosch, L. M. C., Verheul, R., Schippers, G. M. y van den Brink, W. (2002). Dialectical behavior therapy of borderline patients with and without substance use problems: implementation and long-term effects. *Addictive Behaviors*, 27, 911-923.
- Washton, A. M. (1995). *La adicción a la cocaína: tratamiento, recuperación y prevención de recaídas*. Barcelona: Paidós.

RECIBIDO: 18 de julio de 2015

ACEPTADO: 30 de octubre de 2015