



HPsis clínicas de desintoxicación de cocaína **Tratamiento cognitivo conductual de la adicción a la cocaína**

www.cocaina.tv

HPsis Clínica SL

www.cocaina.tv info@cocaina.tv

Sede central calle Frígola 7 puerta 17 Ático Valterna 46980 Valencia

“Si quiere, puede... nosotros le ayudamos”

Tratamiento cognitivo conductual de la adicción a la cocaína

1. ASPECTOS INTRODUCTORIOS SOBRE LA COCAINA Y SU ADICCION



1.1. Introducción

La cocaína es una sustancia extraída de la planta *Erythroxylon coca*, que crece abundantemente en Sudamérica. La cocaína presenta particularidades que la hacen una droga peculiar. Las características de la adicción a cocaína también son peculiares. Es importante conocer algunos aspectos sobre la sustancia y su adicción para comprender las particularidades del tratamiento.

1.2. Epidemiología del consumo de cocaína

El consumo de cocaína se está incrementando en la sociedad occidental durante los últimos 15 años.

Abelson y Miller (1985) encontraron que en los EEUU el número de consumidores de psicoestimulantes pasó de 5,4 millones en 1974 a 25 millones en 1985. De estos consumidores, el 50% se podrían considerar adictos (O'Maley et al., 1985).

Washton et al., (1984), realizaron un estudio sobre el perfil de los consumidores de cocaína basándose en los datos recogidos por medio del teléfono de información gratuita sobre cocaína de los Estados Unidos (800 Cocaine) durante el año 1982. Según esos datos, la edad media de los consumidores era de 30 años. El 52% de la muestra tenía unos ingresos anuales superiores a 25.000 dólares (unos 4 millones de pesetas). El 50% tenían un nivel educativo igual o superior al College.

Por el contrario, en 1987, la edad media de los consumidores de cocaína era de 27 años. Sólo el 20% de la muestra tenía unos ingresos superiores a 25.000 dólares y sólo el 16% tenían estudios iguales o superiores al College, además, encontraron un alto índice de problemática sociolaboral (54%), (Washton y Gold, 1987).

Mientras que en EEUU la cocaína representa aproximadamente el 80-90% del problema de las drogas ilegales, en España es la heroína la que representa el 96% del problema de las drogas ilegales.

Además de los cambios demográficos en el consumo de cocaína también se observa un cambio en los hábitos de consumo, habiéndose pasado de un uso preferentemente intranasal (61%) a un uso mayoritario en forma de base libre fumada (Washton y Gold, 1987). Este cambio en los hábitos de consumo también genera un cambio importante en la problemática médica asociada con el consumo de cocaína. Así, entre 1982 y 1984 (téngase en cuenta que el crack aparece en

1983) se duplicó en EEUU el número de personas que acudieron a urgencias por causas relacionadas con el consumo de cocaína (Kozel y Crider, 1986).

En España, la evolución del consumo de psicoestimulantes presenta características específicas. Hasta hace poco España se caracterizaba por una importante permisividad para el consumo de anfetaminas y escasa presencia de cocaína.

La disponibilidad de cocaína en España se puede observar indirectamente por la cantidad de sustancia incautada (téngase en cuenta que es un índice indirecto e influenciado entre otras variables por el número de efectivos de las fuerzas de seguridad, número de recursos dedicados a la lucha contra la droga, políticas, etc.). En 1970 la cantidad de cocaína incautada fue de 8 gramos, en 1974 se incautaron 0,58 kilogramos, en 1984 se incautaron 277kg. y en 1989, 1853kg.

Además, en este año España fue el primer país de la Unión Europea en número de decomisos (Barrio et al., 1990).

En España, la prevalencia para el consumo de cocaína según diversos estudios estaría en torno al 1% (Alvira y Comas, 1989).

Otros datos recogidos por (Barrio, G.) indican las tasas de prevalencia de consumo de cocaína en los seis últimos meses en diversas muestras nacionales o de comunidades autónomas como Aragón, Andalucía, Galicia, Cataluña y Madrid. La prevalencia de consumo encontrada por estos nueve estudios epidemiológicos realizados entre 1980 y 1990 oscila entre el 1,2 y el 3,3% en los datos de las comunidades autónomas y entre el 1,8 y el 3,5 en datos nacionales.

Diversos estudios encuentran una mayor prevalencia de consumo de cocaína en hombres que en mujeres. El consumo de cocaína suele concentrarse en la década de los 20 con un pico entre los 21-24 años.

1.3. Historia del consumo de cocaína

La cocaína es un alcaloide que se obtiene de unos arbustos que crecen principalmente en América del Sur. Las primeras experiencias sobre su consumo tienen al menos cinco mil años y son anteriores incluso al imperio Inca.

Hasta el siglo XVII la cocaína era exclusivamente una costumbre indígena que se consideraba aceptable siempre que su consumo se relacionara con el trabajo.

Mategazza (1859) obtuvo el premio a la mejor comunicación científica. Tras beber una infusión con 10 gramos de hojas de coca se sintió lo bastante ágil como para saltar por encima de su mesa "sin romper la lámpara ni tirar los objetos que descansaban allí". Al día siguiente mascó unos 40 gramos de hojas de coca (la dosis habitual de los indígenas andinos) lo que le produjo un estado de extraordinaria exaltación y un pulso muy rápido. Para él la principal propiedad de la planta era "un efecto exaltador, que invoca la potencia del organismo sin dejar signo alguno de debilidad consecuente".

Tras este ensayo se iniciaron dos líneas diferentes de investigación. Una estudió la coca y sus extractos mientras que la otra se dedicó a estudiar sus principios químicos.

Fruto de esto fue la creación del Vino Coca Mariani por A. Mariani. Esta bebida fue tomada por muchas celebridades de la época (entre ellas el Papa León XIII, quien puso su foto a la etiqueta del producto y concedió una medalla de oro al inventor por la capacidad de esa bebida para "apoyar el ascético retiro de Su Santidad").

No obstante, el consumo actual presenta pocas características similares con las pautas de consumo ancestral.

En 1859 Albert Nieman caracterizó el primer alcaloide de las hojas de coca llamándolo cocaína. Desde este descubrimiento diversos investigadores se interesaron por sus propiedades recomendando su uso para el tratamiento del alcoholismo, la depresión, la adicción, la morfina, etc. Posteriormente esta euforia inicial se enfrió al conocerse la dependencia que provocaba y que suponía un serio límite a su utilización terapéutica. No obstante, como anestésico local continuó utilizándose con éxito, sobre todo en odontología.

Freud, S. en su obra "Uber Coca" indica seis campos terapéuticos de la cocaína: como estimulante, para trastornos gástricos, para la caquexia, para curar morfinómanos y alcohólicos, tratamiento del asma, como afrodisíaco y en aplicaciones locales.

Después de haber proclamado los beneficios del consumo de cocaína para estos y otros problemas e insistir en la inocuidad de la sustancia, en su último artículo sobre esta sustancia "Ansia y temor a la cocaína" Freud reconoce su error al recomendar el tratamiento con cocaína, aunque sin caer en el extremo contrario.

Posteriormente y tergiversando los escritos de Freud, laboratorios como Merk, etc. proclaman los fantásticos beneficios del uso de la cocaína y su total inocuidad.

De esta forma se lanzan a comercializar el producto enviando folletos a médicos y farmacéuticos.

A partir de aquí y hasta la prohibición del comercio y consumo de la cocaína se diferencian tres posturas: 1) Defienden los beneficios del consumo de cocaína. 2) Consideran la cocaína como una sustancia maldita. 3) Ven en la cocaína un fármaco potente y con algunos usos terapéuticos positivos al tiempo que una sustancia adictiva y con otros posibles efectos secundarios.

En el DSM-III (1980) se reconoce el abuso de cocaína pero no la dependencia. Es en el DSM-III-R (1987) cuando aparece por primera vez el término dependencia de cocaína. La razón era que para aceptar la dependencia a una sustancia se requería que existiera Dependencia Psicológica, Dependencia Física y Tolerancia. Antes de 1987 se mantenía firmemente la creencia de que la cocaína no producía dependencia física como los opiáceos. Lo que sí se aceptaba es su consumo compulsivo y la dependencia psicológica. En el DSM-II-R se unificaron los criterios para considerar a un individuo dependiente de una sustancia. Así, para considerarse dependiente un individuo tiene que cumplir al menos tres criterios de los nueve enumerados y que incluyen aspectos como:

1) Uso de la sustancia en mayor cantidad o durante más tiempo de lo que el sujeto pretendía.

1) Deseo persistente o esfuerzos por suprimir o controlar el consumo.

1) Se emplea gran parte del tiempo en conseguir o consumir la sustancia.

1) Intoxicaciones frecuentes o síntomas de abstinencia en los momentos en que el sujeto tiene que desempeñar sus obligaciones (trabajo, estudios, tareas domésticas, etc.) o el sujeto consume arriesgándose físicamente (conduce en estado de intoxicación, etc.).

1) Reducción o abandono de actividades sociales, laborales o recreativas por el consumo de la sustancia.

1) Uso de la sustancia a pesar de los problemas sociales, psicológicos o físicos provocados o agravados por la sustancia.

1) Tolerancia.

1) Síntomas de abstinencia característicos.

1) A menudo se consume la sustancia para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

1.4. Formas de presentación de la sustancia, vías de administración y pautas de consumo



1.4.1. Formas de presentación

Las hojas de coca es la forma de consumo habitual en Sudamérica y se suelen consumir masticadas (en este caso se suele alcalinizar con ceniza o calcio el medio bucal para facilitar la absorción) o en infusión. Este producto contiene del 0,5 al 1,5%.

La pasta de coca, base de coca o basuco es el primer producto que se extrae en el proceso de manufacturación de la cocaína. La base de coca se obtiene añadiendo a las hojas de coca maceradas con ácido sulfúrico, keroseno o parafina, así se produce el sulfato de cocaína. Este preparado contiene del 40-90% de sulfato de cocaína. Se suele consumir fumada y mezclada con tabaco o marihuana.

Tratando la base de coca con ácido clorhídrico se obtiene el clorhidrato de cocaína. Este producto es la cocaína (coca, nieve). Contiene del 12-75% de clorhidrato de cocaína. Se consume por vía nasal o endovenosa.

La cocaína base (free base, base, crack) se obtiene mezclando el clorhidrato de cocaína con una solución básica (amoníaco, bicarbonato sódico). Una vez hecho esto se filtra el precipitado o se disuelve con éter y se deja que se evapore. Este producto se presenta en forma cristalizada formando pequeñas piedras. Contiene aproximadamente del 10-80% de alcaloide cocaína. Se consume por inhalación nasal o fumada.

1.4.2. Vías de administración

La vía más frecuente de administración de cocaína es la intranasal.



Diversos análisis químicos de la sustancia muestran una creciente adulteración con anfetaminas y cafeína. Un estudio realizado a partir de 46 muestras de cocaína encontró una riqueza media del 36%.

1.4.3. Pautas de consumo

Las pautas de consumo muestran una gran variabilidad en cuanto a frecuencia, regularidad, dosis y medio social. Podemos encontrar variaciones que van desde dosis bajas de uso diario a dosis elevadas. Hay personas que mantienen un consumo controlado y otras que hacen un uso compulsivo de la sustancia. También

se puede consumir con finalidad social recreativa o de forma solitaria. Por lo general, el riesgo de dependencia correlaciona con una alta frecuencia de dosis elevadas de la sustancia. Por otra parte, la prevalencia del consumo de cannabis y alucinógenos es mayor entre los consumidores de cocaína que entre los de opiáceos.

Los datos del SEIT (1991) indicaron una demanda mínima de tratamiento por adicción a cocaína. Esto puede estar relacionado con el hecho de que habitualmente la cocaína se consume de forma ocasional y por vía intranasal, por lo que sólo una pequeña parte de los consumidores ocasionales llegan a convertirse en dependientes. Esto se relaciona con la existencia de un período prolongado de latencia entre el inicio del consumo esporádico y la demanda de atención profesional.

A pesar de la gran variabilidad de los patrones de consumo se han identificado 4 patrones básicos:



* Uso experimental: Es un uso periódico de cocaína que se alterna con el consumo de otras sustancias. Se usaría la cocaína buscando nuevos efectos psicoactivos.

* Uso recreativo (o recreacional): Estos sujetos son semejantes a los bebedores sociales y suelen presentar un consumo controlado. El uso de la cocaína suele facilitarles el contacto social y utilizan el producto por su efecto estimulante. Este consumo es muy infrecuente en fumadores de crack o en consumidores de cocaína vía endovenosa.

* Consumo circunstancial: Son sujetos que consumen la cocaína en ciertas condiciones o situaciones particulares: inspiración, vacaciones, fiesta, experiencia de combate, etc. En este caso el consumo no es accidental sino que el sujeto

presenta una conducta de búsqueda de droga pero limitada a la exposición a determinadas situaciones o circunstancias.

* Uso intensificado: Es un patrón de consumo diario y, habitualmente, por vía intranasal.

* Consumo compulsivo: En estos casos, el consumo de cocaína se convierte en el organizador de la propia vida. La alteración del ámbito social, físico y psicológico del sujeto es visible. La cantidad de sustancia consumida, frecuencia, duración y gasto económico se va incrementando progresivamente sin que pueda ser controlado por el sujeto. Este es el patrón típico de los fumadores de crack.

Por lo general, los adictos a la cocaína suelen tener escasa conciencia sobre su dependencia. Muchas veces hay que convencerles de que son verdaderos adictos. Suelen decir que toman la sustancia cuando quieren o les apetece y que no tienen problemas con la cocaína. Aunque el patrón de consumo compulsivo es el más fácil de identificar suele ser muy infrecuente en nuestro contexto.

Respecto a la evolución a través de estos patrones de consumo parece ser que los sujetos suelen ir incrementando el número de los consumos recreacionales a lo largo del tiempo hasta que acaban teniendo problemas con la cocaína. Los consumidores recreacionales o experimentales que persisten en el uso de la cocaína suelen llegar a un uso compulsivo de la sustancia. No obstante, no se sabe el tiempo que tarda en ocurrir esto ni las variables relacionadas con el paso de un tipo de consumo a otro.

1.5. El síndrome de abstinencia de cocaína

El síndrome de abstinencia de cocaína se suele caracterizar por: depresión, letargia, insomnio, irritabilidad, anergia, cambios en el apetito, náuseas, enlentecimiento motor, trastornos en el ritmo del sueño, hipersomnia y deseo por la sustancia (craving).

De las distintas descripciones del síndrome de abstinencia la más completa es la de Gawin y Kleber (30):

FASE 1 (Crash) 9h.-4 días	FASE 2 (Abstinencia) 1-10 sem.	FASE 3 (Extinción) Indefinido
INICIO	INICIO	
<ul style="list-style-type: none"> · Agitación · Depresión · Anorexia · Craving elevado 		<ul style="list-style-type: none"> · Respuesta hedónica normal · Eutimia · Estímulos condicionados inducen nuevo craving
MITAD	MITAD Y TARDIAMENTE	
<ul style="list-style-type: none"> · Fatiga · Depresión · Ausencia de craving cocaína · Insomnio con alto deseo de dormir 	<ul style="list-style-type: none"> · Anhedonia · Anergia · Ansiedad · Craving elevado · Estímulos condicionados exacerbaban el craving 	
TARDIAMENTE		
<ul style="list-style-type: none"> · Agotamiento · Hipersomnia · Hiperfatiga · Hiperfagia · Ausencia de craving cocaína 		

1.6.1.Cuestiones aclaratorias

La OMS define droga como: Toda sustancia que introducida en un organismo vivo modifica una o más de sus funciones.

La OMS define el abuso de drogas como: Un uso excesivo, de forma esporádica o persistente, sin relación con una práctica médica aceptable.

El término drogodependencia se refiere a un estado psíquico, y a veces físico, que resulta de la interacción de un organismo vivo con una droga y que se caracteriza por alteraciones en el comportamiento y otras respuestas que siempre incluirían la compulsión a tomar la droga de forma continua o periódica, para experimentar sus efectos psíquicos, y, a veces para evitar el malestar de la abstinencia.

La dependencia psicológica o psíquica es Un sentimiento de satisfacción y un comportamiento psíquico que requiere periódica o continuadamente la administración de la droga para producir placer o evitar el malestar.

La dependencia física es un estado adaptativo manifestado por alteraciones físicas intensas cuando cesa el consumo de una droga. Cuando existe dependencia física, el sujeto está tan adaptado que se observan pocas evidencias del consumo, no obstante, si se produce la retirada brusca del consumo aparecen una serie de síntomas y signos que configuran el síndrome de abstinencia.

El síndrome de abstinencia es característico de cada droga y los síntomas y signos que aparecen suelen ser opuestos a los efectos de la sustancia.

La tolerancia es la falta de respuesta a los efectos de una droga causados por su administración previa. Para desarrollar la tolerancia la droga debe ser consumida regularmente y a una dosis suficiente. Por otro lado, la mayoría de las drogas suelen producir tolerancia. Si la droga deja de consumirse durante un tiempo suficiente se pierde la tolerancia y las dosis que antes eran apropiadas pasan a ser tóxicas. Por ejemplo, en sujetos que recaen después de un período de abstinencia o tras un ingreso en prisión, el hospital o la comunidad terapéutica, las dosis que antes eran bien toleradas pueden convertirse en mortales.

1.6.2. Rasgos de personalidad



Los intentos por describir unos rasgos de personalidad previos a las adicciones, por ahora, han arrojado resultados contradictorios. Lo que sí suele observarse en la práctica clínica es un perfil de comportamiento en los adictos que suele incluir los siguientes aspectos:

- Desintegración del individuo respecto a los valores sociales adquiridos mediante la educación recibida.
- Desarrollo de una gran capacidad manipulativa y de engaño respecto al medio social y familiar del sujeto.
- Conductas impulsivas u obsesivas, ansiedad y/o depresión.

1.6.3. Trastornos psicopatológicos

Los trastornos psicopatológicos más frecuentes en adictos son los relacionados con la intoxicación aguda y el síndrome de abstinencia. También se pueden encontrar otros trastornos del comportamiento sin relación directa con la cantidad de droga consumida o el tiempo de evolución del consumidor.

Los problemas del comportamiento que aparecen en la fase de intoxicación aguda suelen ser específicos para cada sustancia. No obstante, las alteraciones más frecuentes son: trastornos de la percepción, atención, vigilia, pensamiento, capacidad de juicio y razonamiento, control emocional de los impulsos y la motricidad, cambios en el comportamiento sexual, etc. También pueden aparecer alteraciones ansiosas o del estado de ánimo.

La sintomatología psíquica que aparece con el consumo excesivo en un sujeto concreto suele estar relacionada con los siguientes factores: tipo de sustancia, expectativas del sujeto, personalidad previa, estado orgánico del sujeto y circunstancias ambientales.

Por otro lado, la rapidez de aparición de los síntomas va a depender de: cantidad consumida, tolerancia farmacológica desarrollada y metabolismo individual.

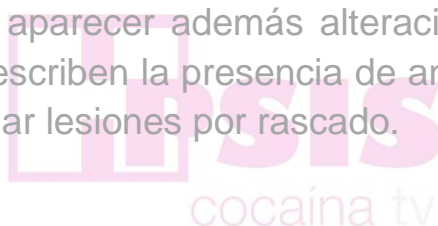
También suele aparecer un elevado riesgo de accidentes de tráfico y laborales y de conducta antisocial.

En la intoxicación aguda de cocaína pueden aparecer alucinaciones visuales y táctiles y trastornos convulsivos. Las alteraciones de la conducta más frecuentes

son: locuacidad del lenguaje, episodios de euforia/disforia e hiperdinamismo generalizado con agresividad, labilidad e incontinencia emocional y trastorno paranoide.

Por otro lado, hay que tener en cuenta la posible aparición de un Delirium por cocaína. Es un trastorno raro y que suele aparecer en las 24 horas siguientes al consumo de la sustancia. Se caracteriza por la existencia de alteraciones emotivas y alucinaciones táctiles y olfatorias. Este cuadro suele remitir por sí solo después de finalizado el tiempo de acción farmacológica de la sustancia.

El Trastorno delirante por cocaína, consiste en la aparición de ideas delirantes de persecución que aparecen poco después de la administración de la sustancia. Este cuadro también puede llevar a reacciones agresivas hacia las personas del entorno del sujeto. Pueden aparecer además alteraciones de la imagen corporal, alucinaciones táctiles que describen la presencia de animales o insectos encima de la piel y que pueden ocasionar lesiones por rascado.



2. TRATAMIENTOS FARMACOLOGICOS EN LA ADICCION A LA COCAINA

2.1. Introducción

Los tratamientos farmacológicos de la adicción a la cocaína presentan mayores dificultades que los tratamientos de otras adicciones como a la heroína, alcohol, etc.

En la heroína, p.ej. se disponen de buenos fármacos que eliminan casi por completo los síntomas del síndrome de abstinencia (hipotensores, ansiolíticos, analgésicos, etc.). También existen antagonistas competitivos de los receptores de

opiáceos que pueden ayudar a mantener la abstinencia en los primeros meses de tratamiento, produciéndose, incluso una extinción pavloviana al consumir la heroína sin experimentar sus efectos (naltrexona). Con esta sustancia también se disponen de tratamientos sustitutivos (metadona) que -bien utilizados- pueden reducir muchas de las consecuencias adversas de la adicción a heroína (reducción de la delincuencia, reducción de muchos de los riesgos para la salud, posibilidad de integración sociolaboral, etc.).

Para la adicción al alcohol también se disponen de fármacos que ayudan a la desintoxicación (en este caso, casi siempre debe ser hospitalaria), que inhiben los efectos de la sustancia si es ingerida o que producen efectos aversivos muy desagradables si el sujeto ingiere alcohol (gotas Colme).

En la adicción a la cocaína se han ensayado muchos fármacos pero no se dispone en la actualidad de una farmacoterapia realmente eficaz.



2.2. Tratamiento de la intoxicación aguda por estimulantes del SNC

Los efectos de la intoxicación aguda por consumo de dosis altas de psicoestimulantes incluyen excitación, ansiedad, agitación y un cuadro de psicosis paranoide sin alucinaciones. Además, aparecen reducciones en el apetito y falta de sueño.

En la actualidad no existe un antídoto específico para el bloqueo de los efectos agudos de la cocaína o anfetaminas. Por ello, el tratamiento de esta fase de intoxicación aguda se centra en el soporte y tratamiento de complicaciones específicas asociadas a dicho consumo y en la reducción de la agitación.

Se suele utilizar diazepam 5mg. o lorazepan 1mg. vía intravenosa para controlar la agitación.

También se usan neurolepticos (e.j. Haloperidol 5 mg. vía intramuscular o intravenosa) para tratar la psicosis paranoide que suele acompañar a la intoxicación.

2.3.Tratamiento de problemas médicos asociados al consumo de estimulantes del SNC

El uso de estimulantes del SNC ha sido asociado con una serie de complicaciones médicas. La más grave es la muerte secundaria al uso de estimulantes. Esta suele ocurrir poco después del consumo por lo que raras veces pueden ser tratadas de forma eficaz. Estas muertes suelen ocurrir como consecuencia de una sobreestimulación del SNC y SN Periférico, presentándose ataques epilépticos, hipertermia, fibrilación ventricular, infarto de miocardio o parada cardiorrespiratoria (Lobl y Carbone, 1992).

Los casos de sobredosis de psicoestimulantes no suelen ser frecuentes en los servicios de urgencias. Estos adictos suelen ser encontrados ya muertos. Cuando el consumo ha ocurrido en público es más probable que los sujetos sean llevados a urgencias. En esos casos, las medidas a tomar son: establecer acceso intravenoso, valorar niveles de glucosa en sangre, soporte respiratorio, monitorización de la función cardíaca y administración de solución glucosada si fuera necesario.

Los ataques epilépticos no suelen requerir intervención pero cuando evolucionan a un estado epiléptico se requiere un tratamiento agresivo con diazepam intravenoso (de 5 a 20 mg.) en infusión lenta seguido de fenitoína (15-18mg. por Kg. de peso) o fenobarbital (10mg. por Kg.), o ambos.

La crisis de hipertermia se debe tratar inmediatamente con lavados externos con agua fría, exposición a corrientes de aire o mantas de enfriado.

La hipertensión se suele tratar con sedación, administración de oxígeno y ventilación pulmonar. Si esas medidas no son suficientes se puede utilizar nitroprusiato sódico (0,5 a mg/kg/min) o fentolamina (5 a 10 mg.). El propanolol intravenoso ha sido utilizado pero se ha publicado un caso de empeoramiento paradójico de la hipertensión (Ramoska y Sacchetti, 1985) por lo que en la actualidad no se recomienda. El labetalol, otro betabloqueante, ha sido utilizado sin complicaciones.

Las arritmias cardíacas, y sobre todo las taquiarritmias, son frecuentes y parecen deberse a una liberación excesiva de catecolaminas en el SN Periférico. bien a la administración de betabloqueantes (propanolol, labetalol, esmolol).

La isquemia cardíaca o espasmo corolario debe tratarse con un bloqueante de los canales de calcio (verapamil, 5mg. intravenoso) o un nitrato (nitroglicerina, 10mg/min, intravenoso).

Cuadro resumen de efectos tóxicos y complicaciones asociadas al abuso de cocaína.

SNC	Cardiovasculares	Pulmonares	Metabólicas	Perinatales
------------	-------------------------	-------------------	--------------------	--------------------

Excitación	Arritmias (ventriculares y atriales)	Edema pulmonar	Hipertermia	Abruptio placentae
Ansiedad	Hipertensión severa	Parada respiratoria	Rabdomiolisis	Muerte fetal intrauterina
Psicosis	Vasoconstricción coronaria y periférica	Neumomediastino	Insuficiencia renal	Retardo del crecimiento fetal
Paranoide	Cardiomiopatías	Neumotórax	Hepatotoxicidad	Labor y parto prematuro
Epilepsia	Infarto de miocardio		Coagulación intravascular deseminada	Malformaciones fetales
Hemorragia intracraneal	Isquemia renal o intestinal		Enlentecimiento función digestiva	
Embolia o isquemia cerebral	Ruptura aórtica		Aumento glucemia y adrenalina en plasma	
Alucinaciones (raro)	Necrosis y perforación del tabique nasal			
Hiperactividad motora				
Aumento diámetro pupilar				
Anorexia				
Esterotipias				



Elaborado por Zubieta, J.K. (1993) a partir de: Lobl, J.K. y Carbone, L.D. (1992); Cregler, L.L. y Mark, H. (1986) y Kalant, H. y Kalant, O.J. (1979).

2.4. Tratamientos farmacológicos en la adicción a la cocaína

Las estrategias farmacológicas utilizadas para el tratamiento de la adicción a la cocaína siguen habitualmente tres estrategias diferentes: uso de antidepresivos, agonistas dopaminérgicos y otros fármacos como el agonista opiáceo parcial buprenorfina y el agente antiepiléptico carbamacepina.

2.4.1. Tratamiento con antidepresivos de la adicción a la cocaína

El antidepresivo tricíclico desipramina (inhibidor de la recaptación de noradrenalina) es uno de los fármacos más estudiados en el tratamiento de la adicción a la cocaína. El primer estudio controlado (Gawin et al. 1989) encontró una reducción en el uso de cocaína, menor deseo por la sustancia y períodos más largos de abstinencia en pacientes tratados con desipramina, comparados con aquellos que recibieron litio o placebo. Después de 3 semanas de tratamiento aparecieron diferencias estadísticamente significativas. Por otro lado, (Tennant et al. 1986) observaron que tratamientos más cortos (12 días) no modificaban los síntomas o el comportamiento de estos pacientes.

De nueve estudios publicados en los que se administró desipramina durante períodos prolongados de tiempo, 5 demostraron su eficacia y 4 no encontraron diferencias entre el grupo tratado con desipramina y el grupo control de placebo.

El estudio de Ziedonis y Kosten (1991) encontró diferencias estadísticamente significativas entre el grupo tratado con desipramina y el control de placebo sólo para aquellos pacientes que presentaron síntomas depresivos en la evaluación inicial.

Por otro lado, la eficacia de la desipramina ha sido cuestionada por Fischman et al. (1990). No encontró diferencias en el consumo total de cocaína entre el grupo tratado con desipramina y el no tratado. Los sujetos tratados sí informaron de un menor deseo por la droga. Los autores también encontraron que las complicaciones cardiovasculares asociadas al consumo de la sustancia (presión arterial y pulso) fueron mayores en el grupo tratado con desipramina que en el grupo control.

Weiss (1988) informó que tres adictos abstinentes de cocaína sufrieron una recaída al iniciar el tratamiento con desipramina porque los efectos adversos de este fármaco (temblor, agitación ligera) les recordaron su experiencia con la droga.

Otros antidepresivos que se han utilizado en el tratamiento de la adicción a cocaína son: imipramina, maprotilina, trazodona, fluoxetina, sertralina y bupropión.

La imipramina y trazodona sólo han sido estudiadas en grupos reducidos de pacientes, sin grupo de control y se ha encontrado que ambos parecen reducir el deseo por la cocaína (Small y Purcell, 1985).

Brotman et al. (1988) tras realizar un estudio abierto con 11 adictos a cocaína encontró que en 8 de los 11 adictos y tras 4 semanas de tratamiento la maprotilina reducía el deseo por cocaína, los síntomas depresivos experimentados durante la abstinencia y producía mayor adherencia al tratamiento. No obstante, hay que tener en cuenta que la maprotilina a altas dosis puede producir ataque epilépticos y que el uso de cocaína de forma conjunta con la maprotilina puede empeorar las complicaciones neurológicas asociadas al consumo de cocaína.

Batki et al. (1990) administró fluoxetina a 16 pacientes en mantenimiento con metadona durante 9 semanas y en un estudio sin grupo control de placebo. Los autores encontraron reducciones en el uso de cocaína después de tres semanas de tratamiento. Este efecto se mantuvo en el seguimiento a los 6 meses.

Pollack y Rosenbaum (1991) usaron una muestra de 11 adictos a cocaína y heroína en programa de mantenimiento con metadona. Los sujetos fueron tratados con 40mg. diarios de fluoxetina. 3 de los sujetos salieron del estudio por falta de efecto, 5 de los 8 restantes mostraron reducciones en su deseo y en el consumo de cocaína.

Covi et al. (1992) no encontró diferencias entre un grupo de tratamiento con fluoxetina de 20 sujetos y un grupo control de placebo de 14 sujetos. El tratamiento

duró 12 semanas. A dosis altas de fluoxetina (60 mg./día) el consumo de cocaína se vio incluso incrementado.

En el estudio de Kosten et al. (1992) la sertralina parece reducir el deseo y la utilización de cocaína.

Margolin et al. (1991) indican que el bupropion es capaz de reducir el deseo por la cocaína incluso en presencia de situaciones asociadas a dicho consumo. La dosis utilizada fue de 300mg./día. No obstante sería necesario replicar estos resultados con un estudio controlado.

En resumen, existe cierta evidencia de que el uso de antidepresivos produce cierto efecto beneficioso para disminuir el deseo de consumir cocaína, el consumo de la misma y para mejorar la adherencia al tratamiento. Estos fármacos requieren de tratamiento durante más de 3 semanas y a dosis altas. No obstante, los estudios de que se dispone en la actualidad muestran resultados contradictorios por lo que la terapia farmacológica sólo tiene sentido unida a la terapia psicológica y con un seguimiento pormenorizado de los casos.

2.4.2. Tratamiento con fármacos dopaminérgicos en la adicción a cocaína

2.4.2.1. Antagonistas de los receptores dopaminérgicos

Como la cocaína incrementa la liberación de dopamina en el espacio presináptico, se piensa que los neurolépticos podrían utilizarse para bloquear la acción de los estimulantes sobre el SNC igual que se usa la naltrexona para bloquear el efecto de los opiáceos. No obstante, en el tratamiento de la adicción a cocaína la administración de neurolépticos produce incrementos inmediatos del

deseo por la droga y efectos adversos (disonías, acatisia), (Dackis y Gold, 1992). Además, la administración crónica de neurolépticos está asociada con el desarrollo de efectos secundarios como disquinesia tardía para la que no existe tratamiento efectivo.

No obstante, el antagonista dopaminérgico flupentixol, que actúa sobre los receptores D1 y D2, parece ser efectivo a dosis bajas para reducir el deseo y uso de cocaína y los síntomas depresivos. Gawin et al. (1989) administró una dosis única de 10-20mg. de flupentixol decanoato intramuscular, de acción prolongada a 10 pacientes externos adictos a crack. Más del 80% informaron reducciones en el deseo y consumo de cocaína en los tres primeros días de abstinencia, encontrándose también mayor adherencia al tratamiento. El fármaco también redujo de forma parcial los efectos euforizantes de la cocaína en los sujetos que la consumieron. No obstante, hay que tener en cuenta que este estudio no usó un grupo control de placebo.



4.2.2.2. Agonistas dopaminérgicos

Partiendo de que la cocaína y las anfetaminas bloquean la recaptación de la dopamina, se plantea la teoría de que la adicción a estas sustancias estaría mediada por su acción sobre las vías dopaminérgicas que median en los sistemas de refuerzo cerebrales. La administración crónica de dopamina el neurotransmisor es depleccionado por lo que el cese en la administración de esta droga produciría la primera fase del síndrome de abstinencia a través de una reducción en la función dopaminérgica. Por ello, con la administración de agonistas dopaminérgicos se pretende reestablecer la función dopaminérgica y, por tanto, aminorar los síntomas del síndrome de abstinencia.

La bromocriptina, agonista dopaminérgico, fue el primer fármaco utilizado en el síndrome agudo de abstinencia de cocaína.

El estudio inicial de Dackis y Gold (1985) encontró una reducción en el deseo por la cocaína en dos adictos. Estudios posteriores han confirmado la reducción en el deseo por cocaína y la reducción de los síntomas agudos por retirada de la sustancia. No obstante, se han descrito efectos secundarios como náuseas y dolores de cabeza. Otros estudios han confirmado estos resultados encontrándose una reducción significativa en los efectos secundarios cuando la dosis pasa de 7,5 a 2,5 mg./día.

Herridge y Gold (1988) encontraron que el uso de bromocriptina en dosis crecientes (de 0,625mg. hasta 2,5mg.) junto a la desipramina produce efectos de interacción positiva.

El pergolide, otro agonista dopaminérgico, ha sido también ensayado encontrándose que es mejor tolerado que la bromocriptina. No obstante, se necesitan estudios controlados que comparen el efecto diferencial de ambos fármacos.

La amantadina a dosis de 100-300mg. ha sido también estudiada en un diseño comparativo frente a la bromocriptina. Aunque parece ser mejor controlada que la bromocriptina, el efecto positivo de la amantadina va decreciendo con el tiempo llegando a igualarse con el efecto del placebo a las dos semanas de tratamiento (Gianini et al. 1989). Otros estudios sobre la amantadina han confirmado estos hallazgos encontrándose que se requieren incrementos de la dosis de amantadina de hasta 400mg./día para mantener los efectos positivos del fármaco durante un periodo de 6 semanas. Por ello, se concluye que la amantadina no resulta eficaz para el tratamiento farmacológico a largo plazo de la adicción a cocaína y la prevención de recaídas. Se postula que al ser un agonista indirecto de la dopamina y necesitar, por tanto, de la presencia de dopamina endógena, probablemente, la deplección neuronal de este neurotransmisor limite la eficacia de la amantadina.

El mazindol es otro fármaco que ha sido estudiado en el marco de los tratamientos farmacológicos de la adicción a la cocaína. Actúa inhibiendo la recaptación de la dopamina. Este fármaco no parece tener potencial adictivo. El estudio inicial sobre este fármaco se realizó por Berger et al. (1989) encontrándose que en un grupo de 8 sujetos la administración de 1-3mg. de mazindol redujo el deseo por cocaína en 24 horas. Al administrar el fármaco durante 28 días, 4 de los 8 sujetos se mantuvieron abstinentes. Además, los efectos euforizantes de la cocaína se vieron disminuídos en los sujetos que la consumieron mientras permanecían en tratamiento con mazindol.

2.4.3. Tratamiento farmacológico de la adicción a cocaína con "otros fármacos"

Los estimulantes metifenidato y pemolina (usados con población pediátrica para abordar el síndrome de hiperactividad) se han estudiado en el tratamiento de la adicción a cocaína. Si bien no se han encontrado efectos favorables con el metifenidato, la pemolina si parece reducir el consumo de cocaína sin producir adicción en adictos a la cocaína con trastorno de hiperactividad residual como adultos.

La carbamazepina ha sido estudiada por Halikas et al. (1992) en un estudio abierto con 16 adictos a cocaína. Los autores encontraron reducciones en el uso de cocaína en 13 de los 16 adictos. No obstante, habría que replicar estos resultados en estudios controlados.

La buprenorfina (agonista parcial/antagonista opiáceo) fue comparada con el mantenimiento con metadona en un estudio con adictos a opiáceos. Kosten et al. (1989) encontraron que en los adictos tratados con buprenorfina también se produjo una reducción en el uso de cocaína. Dosis bajas de unos 2mg. no producen efectos apreciables mientras que dosis de 6-8mg./día parecen potenciar el efecto euforizante de la cocaína.

2.5. Conclusiones de los estudios sobre el tratamiento farmacológico en la adicción a la cocaína

La desintoxicación de la cocaína suele complicarse por la existencia de un síndrome de abstinencia prolongado que suele inducir a la recaída al asociarse con un deseo intenso por el consumo de la sustancia, a veces, tras meses o años de abstinencia.

La farmacoterapia en la desintoxicación de cocaína pretende dos objetivos: la reducción de los síntomas del síndrome de abstinencia y la mejoría de los síntomas de la depresión.

La coadministración de potenciadores del sistema dopaminérgico (pergolide, bromocriptina, mazindol) junto a los antidepresivos (desipramina, fluoxetina, sertralina) parece ser la más prometedora. Los agentes dopaminérgicos suelen reducir los síntomas del síndrome de abstinencia pero producen efectos secundarios (náuseas, dolores de cabeza) por lo que se recomienda el incremento progresivo de la dosis. Los efectos beneficiosos de los antidepresivos suelen aparecer hacia las tres semanas de tratamiento. La buprenorfina puede ser eficaz en el tratamiento de adictos a opiáceos junto cocaína.

De forma resumida, la indicación terapéutica sería:

1. ANTIDEPRESIVOS: Se usarían cuando exista depresión preexistente o coexistente. Producen reducción en la euforia y el deseo.

2. LITIO: Se utilizaría en el caso de ciclotimia o trastorno bipolar coexistente o preexistente.
3. AGONISTAS DOPAMINERGICOS: Se utilizan durante el síndrome de abstinencia y para la prevención de recaídas. Producen una reducción del deseo.
4. ESTIMULANTES DEL SNC: Se pueden utilizar en caso de trastorno por déficit de atención preexistente o coexistente. Son eficaces sólo en esos casos.

3. INSTRUMENTOS DE EVALUACION EN LA ADICCION A COCAINA

3.1. Introducción



El proceso de evaluación en la adicción a cocaína sigue básicamente los mismos pasos que en la evaluación de las demás adicciones.

Por otro lado, la eficacia de la intervención psicosocial va a depender en gran parte de la correcta identificación de las variables que han contribuido al inicio y mantenimiento de la adicción.

La evaluación conductual pretende desarrollar un análisis operativo y funcional de la drogadicción.

3.2. Estrategias de evaluación en drogodependencias

3.2.1. La entrevista

La entrevista permite conocer datos relevantes e idiosincráticos del sujeto que serían difíciles de obtener por otros medios. Villarreal (1981) sugiere la necesidad de plantear preguntas que se centren en la descripción más que en la interpretación. Es decir, formular preguntas del tipo: qué, cómo, cuándo, dónde, quién, en lugar de por qué.

La entrevista se centrará en el análisis de la conducta actual y sus determinantes, considerándose la adicción como la conducta problema. La drogodependencia como conducta problema se define: un hábito sobreaprendido que se caracteriza por un estilo de vida centrado en la búsqueda y autoadministración de drogas y unas consecuencias negativas a nivel personal, social, familiar, fisiológico, etc. (Graña, 1991).

Marlatt y Gordon (1985) especifican dos fases en la adquisición de un hábito adictivo: adquisición y mantenimiento. La fase de adquisición se refiere a las condiciones socioambientales y personales que están presentes en el momento en que el individuo se inicia y continúa con el desarrollo de un hábito adictivo. La fase de mantenimiento se refiere a las condiciones actuales en las que se mantiene el hábito adictivo. En la mayoría de los casos los factores implicados en la adquisición de la adicción no tienen nada que ver con los factores que mantienen la conducta adictiva en la actualidad.

Los estudios que han analizado la fiabilidad de las entrevistas clínicas en el ámbito de las drogodependencias han encontrado un nivel alto de fiabilidad. Cuando se estudia la consistencia interna entre diferentes entrevista o incluso

comparando las entrevistas de distintos terapeutas sobre los mismos sujetos, el grado de acuerdo suele mantenerse cercano al 90%.

Los estudios de validez de las entrevistas suelen comparar la concordancia entre los datos de la entrevista y los resultados de analíticas de drogas. Estos estudios suelen mostrar resultados mixtos. Unos investigadores encuentran niveles de acuerdo superiores al 80% mientras que otros obtienen niveles de acuerdo que no superan el 35%. Al parecer, estas diferencias podrían relacionarse más con el contexto en el que se hace la entrevista que con la falta de validez de la misma. Cuando los resultados de la evaluación van a determinar el alta o cuando el consumo de drogas está penalizado en ese contexto, la probabilidad de que la entrevista posea una baja validez es elevada. Por ello, al evaluar el consumo de drogas mediante autoinformes hay que valorar las presiones legales y sociales a que están sometidos los sujetos y las posibles consecuencias que esos resultados puedan tener para el tratamiento. Una forma posible para aumentar la validez de este tipo de entrevistas sería decirle al sujeto que se van a realizar analíticas a lo largo de la evaluación y el tratamiento.



La aplicación de la entrevista puede hacerse en tres sesiones de una hora de duración. Es muy importante confirmar los datos obtenidos durante la entrevista con la información aportada por la familia, amigos u otras personas significativas.

3.2.2. La Historia Psicosocial

Es una entrevista que tiene por objetivo determinar la función que tiene la drogodependencia en la vida del sujeto.

3.2.3. La Historia social comunitaria

Mediante la historia social comunitaria se pretende obtener información sobre variables y aspectos sociales y sobre la influencia que tiene la comunidad en el proceso adictivo. En este sentido, Nowlis (1982) afirma: Todo comportamiento se produce siempre en un contexto social y cultural que frecuentemente es el que le da sentido. La definición por una sociedad o un grupo del uso de drogas y su reacción ante él serán con frecuencia más importantes para determinar los problemas consiguientes que el propio uso de esas sustancias. Todo programa de intervención que recurra a medidas de prevención, tratamiento o rehabilitación deberá tomar en consideración el contexto social y sus funciones.

Variables más relevantes de la Historia Social Comunitaria

Situación Familiar:



- Situación socioeconómica de la familia
- Convivencia actual
- Miembros que componen la familia y lugar que ocupa el drogodependiente
- Relaciones familiares entre sí y con el drogodependiente
- Aspectos positivos de la familia que favorecen la reinserción social
- Problemas actuales que dificultan la reinserción social
- Estado de la vivienda

Nivel Educativo

- Estudios realizados, especificando a lo largo de sus estudios éxitos y fracasos

Situación Laboral

- Trabaja en la actualidad
- Historia Laboral:
 - + Movilidad
 - + Hábito de trabajo
- Cualificaciones laborales
- Intereses actuales en cuanto a la formación profesional

Situación Sociocomunitaria



- Análisis de la situación del barrio:
 - + Valores de la comunidad sobre la droga: creencias, expectativas, lenguaje.
 - § Amistades y relaciones en el barrio dentro y fuera del mundo de la droga
- Participación actual y anterior en asociaciones o colectivos sociales: duración, nivel de implicación y responsabilidad que tenía.
- Recursos comunitarios disponibles para la intervención psicosocial de tipo social, cultural, laboral, educativo.
- Experiencia previa en el uso de recursos comunitarios

Situación Legal

- Detenciones que ha tenido a lo largo de su vida
- Procesos judiciales que ha tenido o tiene pendientes en la actualidad
- Estancias en prisión

Recursos Personales del Drogodependiente

- Aficiones o intereses que tiene de tipo cultural, social, deportivo, etc.

3.3. Procedimientos de evaluación fisiológica



3.3.1. Evaluación del estado de salud

Antes de iniciar una intervención psicosocial es conveniente realizar un examen médico rutinario y con pruebas de laboratorio. Entre los consumidores de distintas drogas suelen darse una serie de patologías orgánicas y sobre todo de tipo infeccioso.

En sujetos heroinómanos las patologías más frecuentes son: sida, hepatitis, endocarditis, tuberculosis, infecciones en partes blandas y osteoartritis.

En cocainómanos los problemas médicos más frecuentes son: úlceras nasales, tos crónica, ronquera, hepatitis, endocarditis, pérdida de peso, insomnio y problemas sexuales.

3.3.2. Análisis de orina

Son imprescindibles para disponer de una medida objetiva del estado de intoxicación o abstinencia del sujeto y, por tanto, de la evaluación de la efectividad terapéutica.

Hay procedimientos analíticos para evaluar consumo de heroína, cocaína, hachís, alcohol, etc. Los análisis son cualitativos pero también existe la posibilidad de realizar análisis cuantitativos. No todas las analíticas son igualmente fiables, no obstante, en relación calidad precio hay que optar por procedimientos de fiabilidad apropiada dentro de un precio asequible. En los casos en que sea necesario se puede optar por procedimientos analíticos de alta fiabilidad.

3.3.3. Evaluación psicofisiológica

Es posible realizar medidas psicofisiológicas de la respuesta del sujeto ante los estímulos del síndrome de abstinencia condicionado. Estas medidas servirían para decidir el orden de los estímulos a los que se va a exponer y para evaluar la efectividad de la exposición. No obstante, desde una perspectiva clínica los autoinformes del nivel subjetivo de ansiedad son suficientes para implementar un programa de exposición y para evaluar la efectividad del mismo.

3.4. Estrategias de evaluación cognitivo-conductual compatibles con el Modelo Transteórico de Prochaska y DiClemente

- **Inventario de Procesos de Cambio.** Este inventario fue propuesto inicialmente para ser utilizado en adictos al tabaco. Posteriormente se aplicó a heroinómanos. La finalidad es encontrar qué procesos de cambio ha desarrollado un sujeto concreto.

- **Cuestionario de Balance Decisional.** Está diseñado para evaluar el conflicto/balance decisional relacionado con el abandono de la adicción a opiáceos. Contiene dos subescalas, la de pros y la de contras. Existe un instrumento paralelo para la evaluación en cocaína.

- **Cuestionario de confianza o seguridad en situaciones de riesgo para consumir.** Estas situaciones suelen clasificarse en intrapersonales e interpersonales. Resulta de utilidad para programar la fase de prevención de recaídas.

3.5. Autorregistros

Los autorregistros más utilizados son aquellos destinados a evaluar: consumo de sustancias, niveles de deseo, actividades, y balance de deberes y deseos.

3.6. Cuestionarios para evaluar áreas relacionadas con la adicción

En este apartado se incluyen los cuestionarios que se utilizan para evaluar depresión, ansiedad, asertividad y habilidades sociales, autoestima, etc. y que se encuentran perfectamente explicados en los tratados de evaluación.

4. TRATAMIENTO PSICOLOGICO DE LA ADICCION A COCAINA

4.1. Introducción

El Protocolo de evaluación y tratamiento de la adicción a la cocaína que aplicamos en el Centro de Psicología ALBORAN es una adaptación a nuestro contexto de las pautas de tratamiento comúnmente aceptadas desde la Psicología Cognitivo Conductual. Una de las características más importantes de nuestro protocolo es la flexibilidad del mismo que permite una mejor adaptación a las particularidades de cada caso.

En la primera sesión es imprescindible decidir si el sujeto se adapta a las características de la intervención clínica en régimen ambulatorio. En caso contrario, se programaría una derivación a otros recursos.

4.2. Fase de Evaluación

La Fase de Evaluación consta de 4 sesiones de evaluación y una quinta sesión de presentación del análisis funcional y la propuesta de tratamiento.

4.3. Primera Entrevista

En el tratamiento de las adicciones, la primera entrevista suele ser mucho menos estructurada que las primeras entrevistas aplicadas en otros trastornos.

El primer objetivo es la empatía y crear un clima de confianza hacia el terapeuta y la terapia.

Otro objetivo es obtener una visión global del problema adictivo, de los recursos positivos con los que contamos para el tratamiento, de la motivación del sujeto, etc.



Hay que decidir si el sujeto cumple criterios para tratamiento clínico ambulatorio y, en caso contrario comenzar a decidir el mejor recurso al que puede ser derivado.

Se deben mencionar algunos de los puntos importantes del tratamiento: acompañamiento de algún tipo, control del dinero, analíticas, etc.

Se comienzan a obtener datos para el diseño de la desintoxicación.

En la mayoría de los casos se les pide que se hagan un chequeo médico.

4.4. Segunda Entrevista

Continúa la fase de Evaluación. Se pasan algunos cuestionarios: BDI, BAI, Inventario de Procesos de Cambio, Balance Decisional, etc. Se evalúa también: Situación familiar, educativa, laboral, legal, sociocomunitaria, Variables adictivas, etc. Se pasa: "Escala para la evaluación subjetiva del deseo", "Escala para evaluar el síndrome de abstinencia", "Cuestionario subjetivo de respuestas agonistas", "Escala para evaluar la toma de drogas", etc.

Se prepara la Fase de Desintoxicación si el sujeto continúa consumiendo y en caso contrario se continúa con la evaluación: entrevista para preparar la desintoxicación, decisión del mejor sistema de desintoxicación (hospitalaria, familiar, en ambiente controlado con terapeuta, etc.).

Se elabora el contrato terapéutico personalizado y se firma.



4.5. Tercera Entrevista

- Se pasan los cuestionarios BDI, BAI.
- Se evalúa el proceso de desintoxicación realizando la primera analítica. Se abordan las posibles dificultades aparecidas durante la desintoxicación.
- Se pasa la Entrevista Psicosocial y el "Cuestionario de seguridad en situaciones de riesgo para consumir".
- Se evalúa el cumplimiento del contrato terapéutico.

4.6. Cuarta Entrevista

- Se realiza la segunda analítica.
- Se evalúa el proceso de desintoxicación y el cumplimiento del contrato terapéutico.
- Se evalúan áreas de interés clínico: Autoestima, Asertividad, Relaciones sociales y familiares, Habilidades Sociales, etc.
- BDI y BAI para conocer la evolución de la depresión. Hay que tener en cuenta que en estos clientes es conveniente comenzar con el programa de actividades gratificantes que se aplican en depresión desde la primera sesión y pasar BDI y BAI en todas las sesiones hasta que se encuentre que la depresión y la ansiedad están totalmente controladas.

4.7. Quinta Entrevista



- Analítica. Revisar desintoxicación y cumplimiento del contrato terapéutico.
- BDI y BAI. Insistir en el Programa de Actividades y revisar los autorregistros de actividades gratificantes y el horario de actividades.
- Presentación del Modelo de Análisis Funcional y de la Propuesta de Tratamiento.

4.8. Entrevista Familiar

En la entrevista con los familiares nos planteamos 2 objetivos: presentación del terapeuta y el tipo de tratamiento que va a aplicar y evaluación de la familia para determinar cómo ésta afecta al problema y cómo el problema afecta a la familia.

Como cuestionario se puede usar la Escala de Clima Social en la Familia de Moos, Moos y Trickett (1981). (Adaptación española de 1987).

Se realizarán entrevistas con padres solos, con otros familiares y con padres e hijo juntos.

El objetivo de las entrevistas es conocer los principales problemas que afectan a la relación familiar:

- Conflictos
- Pautas de comunicación
- Habilidades de solución de problemas en familia
- Estructura de funcionamiento familiar

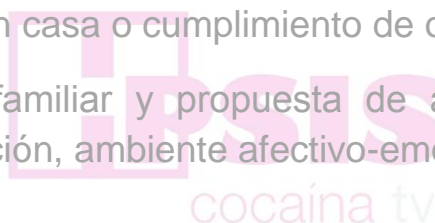


Se realizarán preguntas para evaluar el contenido y el proceso.

4.9. Explicación del Tratamiento

- Evaluación y Tratamiento individualizado.
- Fases: Desintoxicación, Regularización de la vida cotidiana y control de estímulos respecto al consumo de drogas.
- Deshabitación psicológica

- Modificación del estilo de vida
- Solución de los problemas psicológicos o déficits asociados al consumo de drogas.
- Duración: unos 9 meses. Seguimiento de 2 años con entrevistas y analíticas mensuales el primer semestre y bimensuales el segundo semestre.
- Control del abandono de tratamiento (una entrevista antes o después de decidir abandonar tratamiento).
- Periodicidad semanal ó 2 veces en semana. Se decide después de la evaluación.
- 2 analíticas semanales durante los tres primeros meses. Una los lunes y otra sorpresiva, en cualquier momento de la semana o del fin de semana. Los resultados se le dan a él y no a la familia.
- Una llamada telefónica semanal a un familiar para comprobar cumplimiento de normas y comportamiento en casa o cumplimiento de objetivos en la vida familiar.
- Evaluación del entorno familiar y propuesta de algunos objetivos familiares: normas, papeles, comunicación, ambiente afectivo-emocional, problemática, etc.



4.10. Fase de Tratamiento de la adicción a cocaína

4.10.1. Desintoxicación

Durante la primera entrevista es conveniente abordar el tema de la desintoxicación. Hay que evaluar qué recursos personales tiene el sujeto, cómo se ha desintoxicado en otras ocasiones, miedos irracionales sobre el síndrome de

abstinencia, circunstancias o personas que podrían ayudar o perjudicar durante la desintoxicación, etc.

También es preciso evaluar la pauta de consumo actual del sujeto: sustancias consumidas, dosis, horas de consumo, lugares de consumo, otras circunstancias relacionadas con el consumo (si consume solo o acompañado, etc.), posibles estímulos que puedan estar relacionados con el consumo, vía de administración, etc.

Posteriormente se plantean las distintas posibilidades terapéuticas de que disponemos: desintoxicación en el domicilio y con apoyo familiar o desintoxicación en un lugar diferente y con acompañamiento de educador o psicólogo. También se plantean las distintas opciones farmacológicas: uso de ansiolíticos, antidepresivos y agonistas dopaminérgicos o sin apoyo farmacológico.

En caso de decidirse desintoxicación familiar habría que tener una o dos entrevistas familiares, preparar al sujeto para la desintoxicación, realizar una visita al domicilio y preparar el horario durante la desintoxicación, las normas, etc. Se explicará a la familia y al sujeto las reacciones físicas y psicológicas que aparecerán probablemente durante el síndrome de abstinencia.

Los adictos a la cocaína suelen infravalorar el riesgo de recaída al no percibir efectos físicos durante el síndrome de abstinencia. Es importante comenzar pidiéndole al sujeto que reduzca el número de sustancias que consume (pasando a consumir una o dos) y las dosis habituales durante 3-5 días y que posteriormente deje de consumir. Con esta reducción del consumo los síntomas del síndrome de abstinencia no serán tan importantes.

Posteriormente se inicia la desintoxicación con las técnicas de control de estímulos. Se elimina del domicilio todo el material relacionado con el consumo de drogas y los medicamentos de que disponga el sujeto. Es importante introducir cambios en la habitación del sujeto como eliminar posters, cómics, música que le recuerde el consumo, etc. Se explican las respuestas fisiológicas del síndrome de abstinencia y cómo su intensidad se irá reduciendo con el paso del tiempo.

Un familiar entrenado deberá permanecer con el sujeto durante las 24 horas del día. Así mismo, el adicto no cogerá directamente el teléfono ni recibirá visitas relacionadas con el consumo de drogas ni dispondrá de dinero ni acceso fácil a él. Es conveniente que el sujeto disponga de una semana libre y que si está trabajando comience a reducir el lunes para interrumpir el consumo en viernes.

Durante las sesiones con el adicto en desintoxicación no es conveniente hablar sobre los síntomas físicos del síndrome de abstinencia para no reforzar la ocurrencia de las somatizaciones. Por el contrario habrá que centrarse en las actividades que esté realizando y en las estrategias que aplique para mejorar.

El síndrome de abstinencia se supera mejor si el sujeto está activo durante el día por lo que habrá que programar actividades como: fregar y barrer la casa, arreglar electrodomésticos u otros objetos, pintar paredes y puertas, lijar y arreglar ventanas, cambiar los muebles de su habitación, regar y cuidar las plantas, sacar brillo a muebles y cristales, encolar muebles, hacer ejercicio físico, hacer manualidades, hablar con la familia, ayudar a hacer la comida, empapelar, jugar a las cartas, dominó, parchís, etc.

En teoría la realización de actividades es beneficiosa para superar con éxito el síndrome de abstinencia. No obstante, en la práctica clínica real nos podemos encontrar con el caso del sujeto que no desea hacer ninguna actividad aparte de escuchar música, dormir o pasear (esto ocurre más en el síndrome de abstinencia

de opiáceos). En estos casos se puede intentar negociar un nivel de actividad intermedio entre la prescripción terapéutica y la disponibilidad del sujeto.

El sujeto no deberá usar otras drogas como: café, alcohol, medicamentos, o hachís. Sólo podrá fumar tabaco.

Para ver un programa de intervención conductual para superar el síndrome de abstinencia sin utilizar fármacos sustitutivos consúltese Graña y García (1987).

4.10.2. Contrato terapéutico y control de estímulos para el mantenimiento de la abstinencia

En la segunda o tercera sesión se plantea el contrato terapéutico que lo firma el sujeto junto al terapeuta. Este contrato suele incluir los siguientes puntos: Asistencia a las sesiones y realización de las tareas para casa, hacerse las analíticas siempre que se le requiera quedando claro que el no hacerla se considera como positivo, reconocer cualquier consumo durante el tratamiento evitando hacerse la analítica en esos casos, normas sobre dinero, normas sobre acompañamiento, horarios, evitar amigos consumidores, etc.

Nuestra postura respecto a las normas de tratamiento se aproxima a lo que se podría llamar "flexibilidad en la negociación de las normas y rigidez en el cumplimiento". Muchos terapeutas experimentados y programas de tratamiento estructurados adoptan un sistema rígido e innegociable de cumplimiento de normas (ej. no llevar ningún dinero, acompañamiento 24 horas por un familiar, participación familiar obligatoria, etc.).

Pensamos que esos sistemas rígidos se adaptan bien a los casos en que la persona puede y quiere cumplir esa normativa dejando fuera del Programa a otros muchos sujetos que podrían superar su adicción con unas normas adaptadas a sus

circunstancias. Nosotros encontramos casos que no aceptan la participación de su familia en el tratamiento o incluso que no desean que su familia sea informada.

También llegan a nuestro Programa sujetos (p. ej. empresarios) a los que no se les puede impedir el acceso al dinero. Por estas razones, acordamos unas normas razonables y adaptamos nuestro Protocolo a las circunstancias especiales de nuestros clientes. Incluso en alguna ocasión se ha trabajado con un sistema de normas no viable con el único fin de demostrar que no es terapéuticamente posible y poder intervenir posteriormente con unas alternativas terapéuticas coherentes (ej. caso de una pareja de toxicómanos con la que iniciamos desintoxicación con los dos miembros juntos que lleva al fracaso y posteriormente se inicia tratamiento por separado encontrándose que a los dos meses de tratamiento ambos habían decidido por sí mismos separarse).

Se establece un sistema de analíticas que será de dos semanales durante los tres primeros meses de tratamiento.



El control de estímulos se suele recoger en el contrato terapéutico y son las distintas pautas recomendadas que ayudarán a mantener la abstinencia durante los primeros meses del tratamiento. Incluye la evitación de amigos consumidores, de lugares de consumo, de lugares de encuentro con los amigos consumidores, control del dinero (adaptable), acompañamiento (adaptable) y horario (negociado entre el sujeto y la familia), evitar hablar por teléfono con amigos consumidores, evitar escuchar la música que se escuchaba mientras se consumía, etc.

Durante los primeros meses se evaluará el cumplimiento del contrato terapéutico con el sujeto y con el coterapeuta o con un familiar (en caso de ser posible).

4.11. Intervención sobre áreas de interés clínico y relacionadas con el consumo de la sustancia: depresión, ansiedad, habilidades sociales y asertividad, autoestima, resolución de problemas, etc.

4.11.1. Tratamiento de la depresión

Hay que tener en cuenta que en aproximadamente un 40% adictos que dejan el consumo de cocaína aparece una depresión. Por ello es muy importante evaluar este trastorno desde los primeros momentos y controlar su evolución comenzando a tratar la depresión mediante las técnicas conductuales incluso antes de que aparezca.

Después de una semana sin consumir y en las semanas siguientes se evaluará gravedad de la depresión mediante el BDI. En caso de encontrarse puntuaciones superiores a 20 puntos se pasará también la Escala Modificada de Hamilton para la evaluación de la Depresión, la entrevista diagnóstica según criterios DSM-IV, y la posible existencia de pensamientos negativos mediante escalas como: Cuestionario de Pensamientos Automáticos (Hollon y Kendall, 1980), Escala de Actitudes Disfuncionales, DAS (Weissman y Beck, 1978), Inventario de la Tríada Cognitiva, CTI (Beckham, Leber, Watkins, Boyer y Cook, 1986), Listado de Creencias Comunes, LCC (Bas, F., 1982) y Autorregistros de Pensamientos Automáticos Negativos (Beck, 1978).

Lo habitual es encontrar niveles moderados de depresión que responden bien a la intervención mediante las técnicas conductuales de incremento de actividades gratificantes e incremento del número de actividades mediante el uso de horario semanal de actividades. Este componente del tratamiento es muy importante dado que los cocainómanos suelen llegar a un estado de apatía o aburrimiento haciéndoseles la vida monótona, siendo este estado propicio a la aparición de deseo por el consumo de la sustancia.

Lo más frecuente en nuestro Centro en los casos de adicción a la cocaína es evaluar la depresión únicamente mediante el BDI dado que desde la primera semana y gracias al uso de estas estrategias se va observando un descenso progresivo en dichas puntuaciones.

En personas que manifiesten haber padecido depresiones en otras ocasiones en que hayan interrumpido el consumo de cocaína sí es conveniente proponerles la necesidad de iniciar tratamiento farmacológico con antidepresivos nada más interrumpir el consumo de cocaína.

Los casos más graves de depresión se abordarán con el protocolo habitual de intervención en depresión en nuestro centro.



4.11.2. Tratamiento de la ansiedad

Los niveles de ansiedad se evaluarán también desde los primeros momentos mediante el Inventario de Ansiedad de Beck, BAI (Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988). Este inventario tiene dos ventajas: no correlaciona depresión y ansiedad y es muy sensible al cambio terapéutico.

La ansiedad reflejada por un BAI inferior a 25, normalmente remite en pocas semanas con el incremento de actividades. Cuando la persona realiza alguna actividad deportiva se consigue mejorar la ansiedad más rápidamente.

Las crisis de ansiedad más intensas pueden abordarse mediante técnicas de distracción (ordenar cosas, describir objetos del ambiente, etc.), actividades repetitivas (botar una pelota, saltar, etc.), técnicas de afrontamiento de la ansiedad (Relajación Progresiva de Jacobson, Respiración Diafragmática Lenta, Autoinstrucciones, etc.). En casos en que las técnicas psicológicas no resulten eficaces y no se consiga la reducción de la ansiedad se puede recomendar al sujeto el uso de benzodiazepinas (bajo prescripción de un médico especializado en drogodependencias).

4.11.3. Entrenamiento en Habilidades Sociales y Asertividad

La asertividad se puede evaluar mediante el Inventario de Asertividad (Gambrell y Richey, 1975) y mediante el Inventario de Asertividad de Rathus (Rathus, 1973). Las Habilidades Sociales se pueden evaluar mediante entrevista, observación, etc.



Si se encuentran problemas de asertividad se intervendrá sobre esta área después de abordar la depresión y la ansiedad. Una habilidad básica que no se puede olvidar es la de "decir que no". Prácticamente siempre habrá que entrenar esa habilidad en sujetos drogodependientes.

4.11.4. Programa de Mejora de Autoestima

La autoestima, habitualmente, se evalúa mediante la Escala de Autoestima (Rosenberg, 1965). Tiene la ventaja de que es sensible al cambio terapéutico y que es breve y sencilla de rellenar. El inconveniente que le encontramos nosotros es que algunos de sus ítems correlacionan con pensamientos negativos, es decir, las

personas con pensamientos negativos (no sirvo para nada) puntúan bajo en el Rosenberg, lo que refleja más problemas de existencia de depresión con pensamientos negativos que de problemas de autoestima. No obstante esta circunstancia no afecta a la utilidad clínica del test.

Cuando se encuentra que el Rosenberg puntúa en 25 o menos se aplica el protocolo de mejora de autoestima que usamos en nuestro centro y que consiste en 10 capítulos que se entregan semanalmente y que incluyen ejercicios para mejorar la autoestima. Nosotros hemos confirmado la eficacia de ese protocolo en todas las ocasiones en que se ha aplicado.

4.12. Modificación del estilo de vida.

La modificación del estilo de vida del drogodependiente se inicia ya con el tratamiento del síndrome de abstinencia. Los tratamientos centrados en conseguir la abstinencia y que no se preocupan de modificar el estilo de vida del drogodependiente conseguirán la abstinencia pero también, probablemente, una recaída casi segura.

Los procedimientos básicos que se utilizan para modificar el estilo de vida utilizan la potenciación de los recursos personales y el aprendizaje de nuevas formas de enfrentarse a situaciones problemáticas (García y Graña, 1987). Se suelen utilizar procedimientos de intervención conductuales y cognitivos.

4.12.1. Procedimientos conductuales

Bandura (1982) indica que existen diferencias entre los procesos implicados en el cambio, que consideró que eran cognitivos y los procesos que realmente producen el cambio, que son conductuales. Sin embargo, ambos tipos de técnicas actúan de forma simultánea en el proceso de cambio. Las técnicas conductuales sirven para producir cambios en el estilo de vida del sujeto, que al mismo tiempo pueden producir cambios en los sistemas de creencias del sujeto al refutar sus distorsiones cognitivas y/o creencias erróneas.

4.12.1.1 Programación de actividades

Este programa consiste en planificar cada día, hora a hora entre el terapeuta y el sujeto. La responsabilidad va pasando progresivamente al sujeto. Estas actividades pueden incluir: actividades de cuidado y aseo personal, tareas a realizar en casa, práctica de hobbies, conversaciones con la familia y/o pareja, salidas por el barrio y la ciudad con la familia, etc. Este programa se supervisa diariamente contrastando la información proporcionada por el sujeto con la que aporta la familia.

Después del tercer mes de tratamiento la responsabilidad de la planificación de actividades recae totalmente sobre el sujeto que realizará él mismo la programación de actividades y la revisará con el terapeuta. Para la planificación de actividades se tiene que tener como referencia que el sujeto tiene que modificar su estilo de vida en el área personal, familiar, socio-interpersonal, laboral, educativa, comunitaria, etc. Durante los tres primeros meses de tratamiento las actividades del sujeto están dirigidas a obtener un mayor control sobre su conducta. Comienza realizando actividades en casa y cuando va progresando va alternando actividades fuera y dentro de casa. Cuando el sujeto ha alcanzado un nivel de autonomía mayor la intervención se centra en alcanzar un estilo de vida equilibrado.

Así, Marlatt (1985) habla de balance entre deseos y deberes. Sería el grado de equilibrio entre las actividades percibidas como demandas externas (deberes) y las percibidas como placer o autorrealización (deseos).

4.12.1.2. Las técnicas de reestructuración cognitiva y el Modelo Cognitivo adaptado a las drogodependencias

Estas técnicas pretenden modificar las creencias irracionales y las distorsiones cognitivas que influyen sobre el proceso de recuperación terapéutica. Por ejemplo podemos encontrar que el sujeto piense: "superado el síndrome de abstinencia ya estoy curado", "La cocaína mejora mi funcionamiento físico y hace que mis relaciones sociales sean más interesantes", "todo el mundo consume cocaína", "yo sólo consumo cocaína cuando me encuentro mal, pero no soy un adicto", etc.



Por ello, en el tratamiento de la adicción a cocaína se usa la terapia cognitiva de Beck adaptada al contenido de los pensamientos de estos sujetos. Los pasos son: identificar los pensamientos negativos, evaluar el contenido de los pensamientos, plantear esos pensamientos como hipótesis y ponerlos a prueba mediante el diálogo socrático y las pruebas de realidad.

Las técnicas de reestructuración cognitiva adaptadas a las conductas adictivas presentan ciertas peculiaridades. La adaptación del Modelo Cognitivo de Beck a las conductas adictivas (y en concreto) a la adicción a la cocaína es la siguiente:

El Modelo considera los pensamientos nucleares (ej. "para ser feliz debo tomar drogas") como los pensamientos fundamentales en la adicción a la cocaína. Estas creencias junto a los estímulos internos (estados emocionales) o externos

(situaciones de consumo en el pasado) desencadenarían los pensamientos automáticos (ej. "Voy a comprar coca").

Los pensamientos automáticos estarían directamente relacionados con el deseo o craving. Una vez que la persona comienza a implicarse en estos pensamientos pueden aparecer pensamientos de dos tipos: a) Pensamientos permisivos ("Por un consumo no va a pasar nada"). b) Pensamientos de control ("Puedo mantenerme sin consumir drogas"). El mayor peso de los pensamientos permisivos se relacionaría con el consumo. Por el contrario, si los pensamientos de control son los más relevantes la persona mantendrá su abstinencia.

Otra aportación importante del Modelo Cognitivo aplicado a las conductas adictivas es el concepto de autocontrol o "voluntad". La persona que ha dejado recientemente de tomar drogas se percibe a sí misma como "sin voluntad". Esto reduce la sensación de control sobre la conducta adictiva y puede también disminuir la sensación de culpabilidad asociada a un posible consumo. El Modelo define el autocontrol de forma situacional. Además se entiende el autocontrol y el riesgo de consumo como inversamente proporcionales. Por ejemplo, un adicto que está en su casa, acompañado de su hermano mayor y sin dinero tendrá (en esa situación) mucho autocontrol y poco riesgo. El mismo sujeto en la misma situación pero con dinero y después de discutir con su hermano tendrá menos autocontrol y más riesgo. Si después de eso sale a la calle y se encuentra con un amigo consumidor tendrá menos autocontrol todavía y mayor riesgo.

Por último, si el sujeto se encuentra dentro de un coche, con el amigo consumidor y le ofrece una raya de coca, tendrá casi ningún autocontrol y un riesgo altísimo. La ventaja de este modelo de autocontrol es que evita la interpretación del autocontrol en términos de todo o nada. Además favorece el que la persona pueda incrementar el autocontrol y reducir el riesgo de consumo al decidir moverse entre las distintas situaciones. Probablemente un adicto en recuperación no pueda evitar consumir si un compañero de consumo le ofrece drogas. No obstante, es más fácil para el ex-adicto decidir entre llevar dinero encima o no llevarlo o entre salir solo o salir acompañado.

El Modelo Cognitivo entiende que la exposición del sujeto a distintas situaciones va a incrementar el crabbing o deseo. Algunas situaciones que pueden incrementar el crabbing son: situaciones en las que se ha consumido en el pasado, recuerdos, situaciones desagradables para el sujeto, estados emocionales negativos, disponibilidad de dinero, soledad, etc. Algunas de estas situaciones son estímulos externos y otras son estímulos internos. No obstante, el Modelo considera fundamentales los pensamientos que se desencadenan tras la exposición a estos estímulos.

4.12.1.2.1. Principales técnicas de intervención derivadas del Modelo Cognitivo

a) Análisis de Ventajas/Desventajas de consumir drogas

En una sesión se presenta al sujeto un cuadro con cuatro casillas cuyos epígrafes son: a) Ventajas de consumir drogas. b) Desventajas de consumir drogas. c) Ventajas de dejar las drogas. d) Desventajas de dejar las drogas.

El terapeuta instiga y guía al sujeto para que analice su conducta adictiva en términos lo más racionales posibles.

Una vez elaborado el cuadro se le pide al sujeto que lo lea y reflexione sobre esos aspectos durante la semana.

b) Técnica para ayudar al sujeto a reconocerse como adicto

Los adictos al alcohol y los adictos a la cocaína tienen dificultades para reconocerse como tales. Desde el Modelo Cognitivo se propone una técnica que consiste en pedirle que indique cuáles son las características de un adicto (en general). Una vez obtenida una amplia lista de características se le pide que indique una a una si él se ajusta a esa característica. A continuación se le pregunta si considera que es un adicto.

c) Técnica para ayudar al sujeto a reconocer los efectos negativos asociados al consumo de cocaína

El adicto a la cocaína rara vez es consciente de los efectos negativos que produce su adicción. Esto se debe a que las consecuencias negativas de la adicción no siempre son evidentes. No obstante, existen consecuencias conductuales negativas y problemas médicos asociados al consumo de cocaína. Se puede incrementar la motivación del sujeto para dejar las drogas preguntándole por consecuencias negativas médicas o conductuales que haya sufrido tras el consumo de cocaína.

Después se le puede preguntar por consecuencias negativas que haya observado en personas cercanas. Luego se le pregunta por consecuencias negativas de las que haya tenido conocimiento. Por último se le informa de consecuencias negativas que no conozca o no haya mencionado (ej. ¿Has escuchado que algunos consumidores han tenido reacciones paranoides? ¿Has oído hablar del infarto producido por la cocaína? ¿Y de las taquicardias?, etc.).

d) Tarjetas Flash

En una sesión se le explica y se le pone ejemplos de lo que son pensamientos automáticos, pensamientos permisivos y pensamientos de control Después se

dedica la sesión a encontrar pensamientos de control en los que pueda reflexionar cuando le aparezca el deseo de consumir (Ej. "Puedo vivir sin drogas", "Voy a mantener mi abstinencia durante 24 horas", "Puedo aprender a vivir sin drogas"). El terapeuta instiga al sujeto para que proponga frases que puedan servir como pensamientos de control que contribuyan a disminuir el deseo ante una situación de riesgo de consumo.

4.12.2. Integración de técnicas cognitivas y conductuales

Según Raimy (1975): Para que un sujeto cambie un concepto de cualquier clase, debe tener oportunidades para examinar y reexaminar toda la evidencia disponible que sea relevante para ese concepto.

Golfried y Robins (1983) enumeran estrategias para modificar y desarrollar nuevos autoesquemas:

- Fomentar el desarrollo de nuevas conductas y/o reforzar las ya existentes que sean adaptativas.
- Discriminar entre pasado y presente
- Añadir un punto de vista objetivo a la perspectiva subjetiva del sujeto
- Ayudar al cliente a recordar experiencias pasadas con un buen resultado: los adictos también han tenido en el pasado conductas adaptadas asociadas a éxito.
- Alinear expectativas, sentimientos, conducta y consecuencias: en el proceso de tratamiento se pueden observar inconsistencias entre las expectativas de éxito del cliente ante una determinada situación, una activación fisiológica inadecuadamente alta y una buena ejecución terapéutica.

4.13. Otras áreas importantes de intervención terapéutica

4.13.1. Salud física y cambio de imagen

El programa de intervención conductual con drogodependientes se plantea el objetivo de mejorar los hábitos de salud de los sujetos mediante la mejora en los hábitos alimenticios, ejercicio físico, revisiones médicas periódicas y la ingesta de medicamentos controlada por el médico. Este tipo de actividades se integran con la planificación de actividades.

Los hábitos de higiene personal y de cambio del aspecto físico empiezan a fomentarse desde el inicio de la intervención psicosocial. Terapeuta y familia proporcionarán al sujeto feedback sobre los cambios que se vayan produciendo en los hábitos de cuidado personal del sujeto.

4.14. Deshabitación psicológica mediante la exposición a los estímulos condicionados con los efectos de las drogas.

Los estímulos que se han asociado repetidamente con el consumo de cocaína se han podido convertir en estímulos condicionados que pueden producir síntomas de abstinencia al exponerse a ellos o producir ansiedad o deseo.

Después de los tres primeros meses de tratamiento según unos autores (Graña, 1994) o justo después de la desintoxicación según otros (Trujillo, H., 1998) se comenzará la exposición a los estímulos condicionados. Es conveniente siempre que se pueda hacer dicha exposición en vivo. Debemos asegurarnos de acabar las sesiones de exposición en niveles normales de ansiedad o deseo. Volver a incrementar el control analítico durante esta fase y contar con un coterapeuta que nos ayude en las tareas de exposición.

No obstante, la exposición a los estímulos más delicados creemos conveniente hacerla con acompañamiento del terapeuta: recorridos de la droga, objetos relacionados con el consumo de la sustancia, etc.

4.15. Normalización del estilo de vida



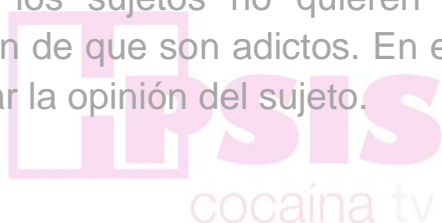
Durante el proceso de tratamiento hay que normalizar las siguientes áreas de la vida del sujeto: familiar, social (amigos) o pareja, laboral u estudios, ocio y tiempo libre, etc. Se van instigando estos aspectos y reforzando las aproximaciones a los mismos.

4.16. Prevención de recaídas

El módulo de prevención de recaídas es fundamental en adicciones y, sobre todo, en la adicción a cocaína. Hacia el final del tratamiento se introducen unas sesiones en las que se recapitulan los logros obtenidos durante la terapia, se habla sobre la recaída, cómo afronta el sujeto este asunto (con excesiva confianza, con miedo, etc.), etc. Se elabora un listado con posibles situaciones de riesgo y se buscan alternativas adecuadas de afrontamiento. Al mismo tiempo, se distingue entre una recaída y un consumo y se le indica lo que tendría que hacer en caso de recaída o consumo (ponerse en contacto con el terapeuta lo antes que pueda).

4.17. Intervención familiar

Hay ocasiones en que los sujetos no quieren implicar a la familia en el tratamiento ni que se enteren de que son adictos. En estos casos, hay que trabajar con lo que se tiene y respetar la opinión del sujeto.



En otras ocasiones la familia está enterada del problema y quiere colaborar en el tratamiento. Entonces, en nuestro centro se suele mantener una entrevista con los familiares cada 2 ó 3 semanas. También mantenemos contacto telefónico después del fin de semana para confrontar los cambios en el comportamiento con los resultados del control analítico.

Las primeras sesiones con la familia son sobre todo para descatastrofizar y tranquilizar y se les pide colaboración en el tratamiento.

Después del tercer mes, en aquellas familias que lo deseen y que sea necesario se inician unas sesiones grupales con todos los miembros de la familia que quieran acudir en las que se aplica un programa adaptado a las necesidades de dicha familia. Hay que tener en cuenta que contrariamente a lo que dicen los defensores

de otros tipos de terapia, la familia no siempre está "enferma" y no siempre juega un papel importante ni en el inicio de la drogodependencia ni en el mantenimiento de la misma. Es mejor evaluar cada familia sin prejuicios teóricos y elaborar un programa de intervención de que adapte a sus necesidades reales.

4.18. Seguimiento

En nuestro centro, realizamos un seguimiento gratuito de un año de duración. En los demás trastornos suele concretarse en entrevistas y evaluación psicométrica al mes del alta, los tres meses, los seis meses y el año. En adicciones el seguimiento lo hacemos de la siguiente forma: entrevistas de evaluación individual y telefónica con un familiar cada mes durante seis meses. Luego a los 9 meses, al año y a los dos años del alta. Durante este tiempo también se mantiene el control analítico. Durante los 6 primeros meses una analítica al mes. Posteriormente y hasta el año una analítica cada dos meses. Durante el segundo año de seguimiento una analítica cada tres meses.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Ø Batki, S.L., Manfredi, L.B., Sorensen, J.L., Jacob, P., Dumontet, R. y Jones, R.T. (1990). Fluoxetine for cocaine abuse in methadone patients: Preliminary. NIDA Res Monogr, 105, 516-517.

Ø Beck, A.T. (2000). Terapia cognitiva de las drogodependencias. Madrid: Pirámide.

Ø Berger, P., Gawim, F. y Kosten, T.R. (1989). Treatment of cocaine abuse with mazindol. Lancet, 1, 283.

Ø Brotman, A.W., Witkie, S.M., Gelenberg, A.J., Falk, W.E., Wojcik, J. y Leahy, L. (1988). An open trial of maprotiline for the treatment of cocaine abuse: a pilot study. *J Clin Psychopharmacol.* 8, 125-127.

Ø Covi, L., Hess, J.M., Haertzen, C.A. y Jaffe, J.J. (1992). Fluoxetine and counseling in cocaine abuse. *Am Psychiatric Ass Abstracts.* 132-133.

Ø Creger, L.L. y Mark, H. (1986). Medical complications of cocaine abuse. *N Engl J Med.* 315, 562-572.

Ø Dackis, C.A. y Gold, M.S. (1992). Treatment strategies for cocaine detoxification, en: Lakoski, J.M., Galloway, M.P. y White, F.J. (eds). *Cocaine: Pharmacology, Physiology, and Clinical Strategies.* CRC Press. Boca Ratón, 411-426.

Ø Fischman, M.W., Foltin, R.W., Nestadt, G. y Pearlson, G.D. (1990). Effects of desipramine maintenance on cocaine self-administration by humans. *J Pharmacol Exp Ther,* 253, 760-770.

Ø Gawin, F.H., Allen, D. y Humblestone, B. (1989). Outpatient treatment of "crack" cocaine smoking with flupenthixol decanoate. A preliminary report. *Arch Gen Psychiatry,* 46, 322-325.

Ø Gawin, F.H., Kleber, H., Byck, R., Rounsaville, B.J., Kosten, T.R., Jatlow, P.L. y Morgan, C. (1989). Desipramine facilitation of initial cocaine abstinence. *Arch Gen Psychiatry,* 46, 117-121.

Ø Giannini, A.J., Folts, D.J., Feather, J.N. y Sullivan, B.S. (1989) Bromocriptine and amantadine in cocaine detoxification. *Psychiatry Res,* 29, 11-16.

Ø Graña, J.L. (1994). Evaluación conductual de las drogodependencias. En: Graña, J.L. (Dir.). *Conductas adictivas.* Madrid: Editorial Debate.

Ø Graña, J.L. (1994). Intervención conductual individual en drogodependencias. En: Graña, J.L. (Dir.). *Conductas adictivas.* Madrid: Editorial Debate.

Ø Halikas, J.A., Kuhn, K.L., Crea, F.S., Carlson, G.A. y Crosby, R. (1992). Treatment of crack cocaine use with carbamazepine. *Am J Drug Alcohol Abuse,* 18, 45-56.

Ø Herridge, P. y Gold, M.S. (1988). Pharmacological adjuncts in the treatment of opioid and cocaine addicts. *J Psychoactive Drugs*. 20, 233-242.

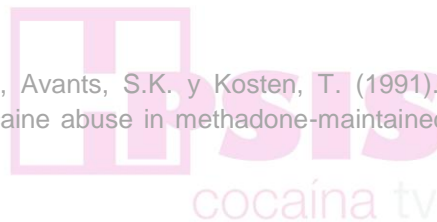
Ø Kalant, H. y Kalant, O.J. (1979). Death in amphetamine users: causes and rates, en: Smith, D.E. (eds). *Amphetamine use, misuse, and abuse*. (pp. 169-188) Gk Hall. Boston.

Ø Kosten, T.A., Kosten, T.R. Gawin, F.H., Gordon, L.T., Hogan, I. Y Kleber, H.D. (1992). An open trial of sertraline for cocaine abuse. *Am J Addict* (en prensa).

Ø Kosten, T.R., Kleber, H.D. y Morgan, C. (1989). Treatment of cocaine abuse with buprenorphine. *Biol Psychiatry*, 26, 637-639.

Ø Lobl, J.K. y Carbone, L.D. (1992). Emergency management of cocaine intoxication. *Postgrad Med* , 91, 161-166.

Ø Margolin, A., Kosten, T. Petrakis, I, Avants, S.K. y Kosten, T. (1991). An open pilot study of bupropion and psychotherapy for the treatment of cocaine abuse in methadone-maintained patients. *NIDA Res Monogr*. 105, 367-368.



Ø Meana, J.J. y Barturen, F. (1993). *Psicoestimulantes: cocaína, antefaminas y xantinas*. Bilbao: Universidad de Deusto.

Ø Pollack, M.H. y Rosenbaum, J.F. (1991). Fluoxetine treatment of cocaine abuse in heroin addicts. *J Clin Psychiatry*. 52, 31-33.

Ø Ramoska, E. Y Sacchetti, A.D. (1985). Propranolol-induced hypertension in treatment of cocaine intoxication. *Ann Emerg Med*. 14, 1112-1113.

Ø Tennant, F.J. , Tarver, A. , Pumphrey, E. y Seecof, R. (1986). Double-Blind comparison of desipramine and placebo for treatment of phencyclidine or amphetamine dependence. *NIDA Res Monogr*. 67, 310-317.

Ø Washon, A.M. (1995). *La adicción a la cocaína: tratamiento, recuperación y prevención*. Barcelona: Paidós.

Ø Weiss, R.D. (1988). Relapse to cocaine abuse after initiating desipramine treatment. JAMA. 260, 2545-2546.

Ø Ziedonis, D.M. y Kosten, T.R. (1991). Depression as a prognostic factor for pharmacological treatment of cocaine dependence. Psychopharmacol Bull. 27, 337-343.

Copyright © 2002 - 2004

Antonio Luis Maldonado Cervera.

Director del Centro de Psicología ALBORAN



Javier Martínez Pedrós colegiado CV 08117

Director de HPsis dirección@cocaina.tv

96 3 44 45 45 - 902 102 404

