

---

---

# Tratamiento del consumo de cocaína. Integrando psicoterapia y farmacoterapia

SOLÉ PUIG, J.

Psiquiatra

Enviar correspondencia: Complejo Asistencial en Salud Mental Benito Menni, C/ Dr. A. Pujadas 38,  
08830 Sant Boi de Llobregat, Barcelona. E-mail: 8956jsp@comb.es

---

---

## RESUMEN

Puesto que el consumo de cocaína está aumentando en España entre adultos jóvenes y adolescentes y tiene consecuencias médicas y legales potencialmente graves, hay que redoblar esfuerzos para mejorar los resultados terapéuticos. Hay disponibles diferentes enfoques farmacológicos y psicoterapéuticos, por lo que hay que prever desarrollos prometedores en ambas modalidades de tratamiento. Pero suelen abordarse de forma no integrada, por lo que se desaprovechan oportunidades de mejora de resultados. Debería aspirarse a una doble integración terapéutica: la integración entre farmacología y psicoterapia, y la integración entre enfoques psicoterapéuticos diferentes. Todavía se carece de indicaciones específicas según trastorno tanto farmacológicas como psicoterapéuticas. La farmacoterapia para la cocaína y otras drogas aún se basa en los antidepresivos y la medicación psiquiátrica disponible, y la psicoterapia en los enfoques individuales, grupales y familiares disponibles en los entornos asistenciales de salud mental. Se propone una visión integrada del tratamiento del consumo problemático de cocaína como sistema más eficaz de abordaje.

**Palabras clave:** cocaína, dependencia, tratamiento, farmacología, psicoterapia.

---

## SUMMARY

Since cocaine use is increasing among Spanish young adults and teenagers and causes potentially severe medical and legal consequences, efforts must be made to increase treatment outcomes. Different pharmacological and psychotherapeutic approaches are available, so that promising developments can be foreseen in both treatment modalities. Still, both are carried out in a not integrated basis. In doing so, better outcome opportunities are wasted. Double treatment integration should be aimed: the integration between pharmacology and psychotherapy, and the integration among different psychotherapeutic approaches. Still, disorder-specific pharmacological and psychotherapeutic indications are lacking. Pharmacotherapy of cocaine and other drugs is still relying on antidepressants and the usual psychiatric medication, and psychotherapy on the individual, group and family psychotherapeutic approaches available in mental health settings. An integrated view of cocaine abuse treatment is necessary to be successful.

**Key words:** cocaine, dependency, treatment, pharmacology, psychotherapy

---

Sherlock Holmes cogió su frasco ... y su aguja hipodérmica... "¿Cuál toca hoy?"; pregunté. "¿Morfina o cocaína?"; Levantó los ojos lánguidamente... "Cocaína"; dijo; "una solución al siete por ciento. ¿Quiere probarlo?"; "No, por supuesto"; respondí bruscamente... Sonrió ante mi vehemencia. "Quizá tenga usted razón, Watson"; dijo. "Supongo que es una mala influencia física. Pero lo encuentro tan trascendentalmente estimulante y clarificador para la mente que su acción secundaria es cosa de un momento."

“¡Pero considérela bien!” exclamé seriamente. “¡Piense en lo que puede costarle! Puede que su cerebro, tal como usted dice, se active y excite, pero esto es un proceso patológico, morboso, que implica cambios progresivos en los tejidos y que como mínimo puede dejarle una fatiga permanente. También sabe cuán negro lo ve usted todo una vez pasados los efectos. Está claro que no vale la pena. ¿Porqué usted, sólo por un mero placer pasajero, se arriesga a perder las grandes facultades con que ha sido agraciado?”  
“..Es que detesto la necia rutina de la existencia. Yo anhelo (l crave) la exaltación mental...”

A. CONAN DOYLE  
*El Signo de los Cuatro*

## 1. INTRODUCCIÓN

**L**a cocaína se ha convertido en sustancia de consumo creciente en España y merece mayores esfuerzos terapéuticos por la gravedad de sus consecuencias psiquiátricas y médicas (San et al, 1996). Los trastornos relacionados con la cocaína se dan con más frecuencia entre adolescentes y adultos jóvenes (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 1999). El indicador tratamiento del Observatorio Español sobre Drogas (Plan Nacional sobre Drogas, 2000) ha demostrado que, frente al descenso de admisiones a tratamiento por heroína, a finales de la década de 1990 hubo un importante aumento de las admisiones a tratamiento por consumo de cocaína -más de un 11%- llamando la atención el rápido ritmo de crecimiento de estas admisiones pues en sólo dos años, de 1996 a 1998, se duplicó. La prevalencia del consumo de cocaína es en la actualidad elevado y ha ido aumentando en los últimos años. La cocaína es el estimulante epidémicamente más consumido después de la nicotina. La cocaína es la segunda sustancia, después de la heroína, más mencionada como generadora de urgencias, con un aumento importante en los últimos años: 30% en 1997 y 37% en 1998. La prevalencia de este consumo entre escolares es elevada y creció significativamente en la década anterior (Plan Nacional sobre Drogas, 2000). Los indicadores de oferta como las incautaciones señalan un aumento sostenido de la presencia de cocaína en todos los mercados europeos (Observatorio Europeo de Drogas y de Toxicomanías, 1999).

Fumar cocaína implica una progresión más rápida desde el consumo hasta el abuso o la dependencia que cuando se esnifa, es decir, cuando se consume fragmentada en polvo que se inhala por vía intranasal que es la forma más utilizada (Smelson et al, 1999).

Hoy día está claro que el consumo de cocaína conlleva alteraciones mentales no pocas veces graves (Ochoa E, 2000) y en algunos casos, mortales (Ruttenber et al, 1999). Los daños neuroconductuales que produce serían dosisdependientes (Bolla et al, 1999).

## 2. ABORDAJE TERAPÉUTICO

El abordaje terapéutico integrado, es decir, la integración de farmacoterapia y psicoterapia, es lo que se considera actualmente como el abordaje de elección. Ello facilita alcanzar los objetivos del tratamiento en los pacientes con trastornos por consumo de cocaína. El epígrafe del tantas veces citado texto del Dr. Arthur Conan Doyle utilizado para encabezar el artículo, ilustra, precisamente, que en el tratamiento de adicciones se hace imprescindible tener en cuenta la motivación e influir técnicamente en ella por medio de la psicoterapia. En sustancias que como la cocaína carecerían de síndrome de abstinencia físico fácil de observar, los aspectos psicosociales del tratamiento cobran mayor importancia si cabe. Tratamiento integrado, en fin, quiere decir que enfocamos el proceso terapéutico intentando abarcar toda la complejidad biopsicosocial de los consumidores problemáticos de cocaína, y por ello junto a la farmacoterapia incluimos la psicoterapia, los abordajes individual, familiar y gru-

pal y las intervenciones de índole informativa y terapéutica.

En general, la elección de un centro para el tratamiento se basa en las características clínicas del paciente, sus preferencias, las necesidades terapéuticas y las alternativas disponibles (Beck, 1991). Al igual que ocurre con el tratamiento de los demás pacientes, en pacientes consumidores de cocaína debe optarse por el entorno (setting) terapéutico menos restrictivo y que menos interfiera en la vida cotidiana, siempre que sea capaz de albergar un tratamiento seguro y lo más eficaz posible.

Está claro que la mayor parte de consumidores problemáticos de cocaína pueden ser tratados eficazmente en programas ambulatorios, tan válidos como el tratamiento hospitalario y, por definición, más eficientes en términos de relación coste/beneficio (Compendium 2000). Los tratamientos que han resultado eficaces en determinadas poblaciones de pacientes con abuso de cocaína son los de litio en pacientes con un trastorno bipolar y los antidepresivos en pacientes con depresión (Ochoa, 2000). Sin embargo, teniendo en cuenta los datos existentes hasta la fecha, no cabe prever que estos tratamientos por sí solos reduzcan el consumo de cocaína, por lo que debe acompañarse de tratamiento psicosocial apropiado (Washton et al, 1988).

## **2.1. Tratamiento de la intoxicación**

Dado que no existe un antídoto específico para la cocaína, el tratamiento es de tipo sintomático y de apoyo (San et al, 1996). La intoxicación por cocaína puede inducir delirios paranoides. Aunque los neurolépticos son eficaces, muchos individuos se recuperan espontáneamente en unas horas al cesar el consumo de cocaína, por lo que no suelen requerir tratamiento. Los pacientes que presentan agitación psicomotriz pueden requerir sedación con benzodiazepinas o con neurolépticos; la administración puede ser oral o parenteral.

El consumo agudo de cocaína puede producir hipertensión, taquicardia y crisis convulsivas. Los datos obtenidos en animales y la experiencia clínica sugieren que debe evitarse los bloqueadores adrenérgicos y los antagonistas dopaminérgicos en el tratamiento de la intoxicación aguda por cocaína. Las benzodiazepinas se utilizan con frecuencia en la intoxicación aguda por cocaína, y se han descrito también resultados favorables con enfriamiento ambiental. No hay pruebas de que los medicamentos anticonvulsivos permitan prevenir las crisis epilépticas inducidas por la cocaína, por lo que hay que contraindicar su empleo para este fin (Galaner & Kleber, 1999).

En resumen, y según sea la sintomatología que muestre el caso de sobredosis, la conducta terapéutica a seguir es la siguiente (American Psychiatric Association, 1995): implantar tratamiento cardiorrespiratorio cuando haga falta, efectuar lavado gástrico y administrar carbón activado si la ingesta se ha producido en las últimas 2 o 3 horas, tratar la hipertermia con enfriamiento externo y paracetamol, tratar la arritmia cardíaca con antiarrítmicos e incluso cardioversión, tratar las crisis hipertensivas con nifedipina o captopril por vía sublingual, y tratar las convulsiones tónico-clónicas generalizadas con diazepam por vía intravenosa. En este último caso habrá de haber ulterior derivación neurológica. En caso de intensa agitación psicomotriz, el paciente tendrá que estar en ambiente tranquilo, desaherentado, sometido a sujeción mecánica si es preciso. También deberá recibir benzodiazepinas.

## **2.2. Tratamiento del síndrome de abstinencia**

La interrupción del consumo de cocaína no suele causar síntomas de abstinencia. Lo frecuente es la abulia y el deseo de consumir de nuevo. Sin embargo, hay personas que experimentan síndrome de abstinencia entre pocas horas y varios días después del cese agudo o en plena reducción de un consumo

intenso y prolongado de cocaína (Washton, 1989).

Las características clínicas y la duración del síndrome de abstinencia de cocaína son cuestiones todavía discutidas y mal definidas. Se suele hablar de una fase aguda de sensación de gran "bajón" (*crash*), un periodo de privación menos pronunciado, y una fase de extinción que dura de 1 a 10 semanas (American Psychiatric Association, 1995).

El síndrome de abstinencia agudo se observa después de periodos de consumo frecuente a dosis altas. Puede haber sensaciones intensas y desagradables de depresión y fatiga, acompañadas a veces de ideas de suicidio, pero lo usual son síntomas relativamente leves de depresión, ansiedad, apatía, insomnio o hipersomnia, enlentecimiento psicomotor, y aumento de apetito, todo lo cual va desapareciendo a lo largo de días o semanas. Hay que señalar aquí que consumir cocaína puede estar parcialmente motivado para control del propio peso (Cochrane et al, 1998), tal como sucede con el consumo de nicotina.

Hace algún tiempo se pensó que agonistas de la dopamina como la amantadina serían eficaces para reducir los síntomas de abstinencia de cocaína, el deseo de la droga y el consumo posterior de la misma, pero no se ha logrado confirmar. De igual modo, los estudios con bromocriptina no han prosperado. Es posible que exista un subgrupo de pacientes que respondan a alguna forma de farmacoterapia con reducción del deseo de la droga y, posteriormente, con disminución del consumo. Sin embargo, hasta la fecha los datos de investigación son poco convincentes (Compendium 2000).

### **2.3. Tratamiento sintomático antipsicótico**

Debe conocerse el tratamiento de los cuadros psicopatológicos por consumo de cocaína, para cuya evaluación nos valdremos de los libros de referencia diagnósticos DSM-IV o CIE-10. El tratamiento de las psicosis por sustancias incluye situar al paciente en

ambiente desaherentado, es decir muy tranquilo, efectuando sujeción mecánica en caso de agitación o inquietud psicomotriz. Inicialmente es mejor indicar benzodiazepinas que neurolepticos, pues con éstos cabe el riesgo de empeorar la hipertermia y aumentar el riesgo de crisis convulsivas. De todos modos, es usual indicar haloperidol por vía intramuscular.

En caso de que persista el cuadro psicótico, el psiquiatra deberá prescribir neurolepticos. De primera intención quizá optemos por los de última generación como la risperidona, la olanzapina o la quetiapina, por el plus de tolerabilidad que se acepta tienen los atípicos. Sin embargo, también puede recomendarse la clorpromacina en dosis alrededor de 75 mg/día, pues presenta una semivida de eliminación ( $t_{1/2}$ ) lenta, unas 30 horas, siendo todavía el patrón de referencia de los antipsicóticos. Se obtienen también excelentes resultados con tioridazina ( $t_{1/2}$  también de unas 30 horas) y levomepromazina ( $t_{1/2}$  entre 16 y 77 horas). Ello es extensible también al haloperidol, con una  $t_{1/2}$  algo menor, de unas 18 horas. La  $t_{1/2}$  de la 9-hidroxi-risperidona, el metabolito activo de la risperidona, es de unas 24 horas, suficiente también para neutralizar el efecto psicotomimético de la cocaína. La semivida de la cocaína es de 7 a 13 horas. La semivida de eliminación de la cocaína, al contrario que en el caso de los cannabinoides (en que su vida media prolongada favorecería la indicación de antipsicóticos de parecida cinética lenta), no hace que tengamos que decantarnos por neurolepticos de farmacocinética disímil a la media, por lo que en la práctica utilizaremos los usuales. La psicotomimesis por cocaína se manifiesta durante las primeras horas siguientes a la inhalación o ingesta. De ahí que también neurolepticos de vida media más breve que los enumerados más arriba, como la perfenacina, loxapina, y clozapina, con  $t_{1/2}$  que no rebasan las 12 horas, se adapten bien al periodo a cubrir y den una buena respuesta antipsicótica. En la práctica todos los neurolepticos pueden ser indicados. Lo importante es que el médico prescriba el neuroleptico con el que

se halle más familiarizado. En el momento de salir a la luz este trabajo son de primera elección los antipsicóticos olanzapina, risperidona, quetiapina y flupentixol, por un perfil de tolerabilidad acorde con los estándares actuales.

El diagnóstico de delirium por cocaína, raro pero existente (Ruttenber et al, 1999), obliga a la monitorización hidroelectrolítica del enfermo, como si de un delirium tremens se tratara. El tratamiento de urgencia puede ser la administración intramuscular de 25-50 mg de clorpromacina o de 5-10 mg de haloperidol, aunque también de 10 mg o más de diacepán o 50 mg o más de clorazepato (Compendium 2000). Puede estar indicado administrar también antipsicóticos en el síndrome de abstinencia por cocaína, pues no pocas veces aparecen síntomas de la serie psicótica y entonces vale la pena prevenir complicaciones en este sentido.

Los antidepresivos son los medicamentos más prescritos para afrontar el consumo de cocaína y también de anfetaminas. Queda claro que se trata de una indicación genérica. En este campo hay que reiterar que todavía no disponemos de una medicación específica (San et al, 1996), que puede tardar en llegar. Además de tricíclicos como la imipramina, puede prescribirse inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina como fluoxetina, paroxetina, fluvoxamina, sertralina y citalopram, por su mayor tolerabilidad. Aunque apenas se dispone de experiencia con venlafaxina, nefazodona, mirtazapina y reboxetina, su uso en medicina de la adicción también parece prometedor (American Psychiatric Association, 1995).

En cuanto a las reacciones adversas, ansiosas, por intoxicación aguda reciente, hay que indicar lavado gástrico y, eventualmente, administrar benzodiacepinas vía oral y/o vía parenteral (Galanter & Kleber, 1999).

#### **2.4. Farmacoterapia para cocaína**

Aunque diversos estudios han presentado resultados prometedores con el empleo de

diversos agentes farmacológicos, no hay ninguna medicación con la que se haya demostrado una eficacia clara en el tratamiento de la dependencia de la cocaína (San et al, 1996). Por ello no hay que tener prisa para indicar farmacoterapia como medida inicial en los pacientes consumidores de cocaína o de anfetaminoides. Sin embargo, en pacientes con abuso o dependencia de cocaína graves y en quienes no responden al tratamiento psicosocial habría de indicarse antidepresivos e incluso ansiolíticos, esto último con cautela por el indudable riesgo de adicción a las benzodiacepinas. Medicaciones más eficaces y específicas deberían aparecer en un futuro.

Se han venido estudiando numerosas medicaciones diferentes en la búsqueda de un tratamiento farmacológico eficaz. La mayor parte de estas investigaciones se han visto dificultadas por problemas metodológicos, como la falta de controles adecuados y de medidas homogéneas de evaluación de los resultados (por ejemplo, análisis de orina en vez de notificación propia), falta de estandarización del tipo y la "dosis" de las intervenciones psicosociales acompañantes, falta de claridad respecto a la importancia del deseo de droga (craving) en el mantenimiento de la dependencia de la cocaína, el papel del deseo de la droga en el curso natural del síndrome de abstinencia cocaínica no tratado, y falta de coincidencia en cuanto a definir el craving (Galanter & Kleber, 1999).

Los medicamentos investigados han sido, entre otros, la desipramina, carbamazepina, pergolida, L-dopa/carbidopa, fluoxetina, flupentixol, bupropión, amantadina y maprotilina. Todos estos fármacos han presentado resultados más o menos prometedores, aunque en ensayos no controlados y relativamente pequeños. No se recomienda el uso del IMAO fenelcina por riesgo de crisis hipertensivas durante las recaídas cocaínicas (American Psychiatric Association, 1995).

El agonista-antagonista opiáceo mixto buprenorfina pareció presentar también resultados prometedores en ensayos clínicos de diseño abierto en el tratamiento de pacientes con doble dependencia de cocaína

y opiáceos, pero recientemente no han podido ser replicados. Al respecto, colegas estadounidenses (American Psychiatric Association, 1995) han sugerido que dosis altas de buprenorfina (12-16 mg/día) pueden resultar eficaces, pero esta hipótesis ni siquiera tiene validez de fachada (face validity): en Francia, donde se prescribe buprenorfina (Subutex) a dosis 10 veces mayores de promedio que en el resto de Europa, hay un doble consumo de cocaína-heroína que es similar al de España y demás países europeos (Solé Puig, 1999).

Los intentos de encontrar un fármaco que bloquee o atenúe los efectos subjetivos (por ejemplo, euforizantes) de la cocaína han incluido ensayos de imipramina, desipramina en EE.UU., bromocriptina, trazodona, neurolépticos y otros. No hay pruebas convincentes de que ninguna de estas medicaciones resulte eficaz en esta indicación (San et al, 1996).

## **2.5. Psicoterapia en trastornos por cocaína**

Aunque hay abordajes psicoterapéuticos prometedores en estudios preliminares, no hay ninguna modalidad de tratamiento para la que se haya demostrado de manera uniforme superioridad respecto a las demás en los pacientes con dependencia de la cocaína.

El conocido estudio de Carroll, Rounsaville y colaboradores (1994) por el que se comparaba farmacoterapia y psicoterapia ya infería la necesidad de desarrollar tratamientos específicos para distintos subtipos de consumidores de cocaína. De momento y sin entrar en el tipo concreto de tratamiento psicosocial a indicar, lo que se acepta es que la psicoterapia ambulatoria intensiva, a ser posible más de una vez por semana, centrada en la estabilización de la abstinencia, sería el abordaje de elección (Karabanda et al, 1999). La terapia familiar, la psicoterapia individual o la terapia de grupo una vez por semana tendería a ser insuficiente, y en cambio una frecuencia a partir de dos veces por semana, con o sin medicación, mejoraría el resultado (Crits-Christoph et al, 1997). Cualquiera que

sea el abordaje psicosocial elegido, se tiende, por tanto, a intensificar el tratamiento. El problema de este tratamiento sobreintensivo, a aplicar dos veces por semana o más, es que quizá sea eficaz, pero parece ser menos efectivo (práctico) y sobre todo menos eficiente (relación coste/beneficio). El ejemplo histórico de tratamiento psicológico sobreintensivo es el psicoanálisis, que sólo una minoría de beneficiarios se ha podido permitir.

### *2.5.1. Terapia cognitivo-conductual*

Los estudios fiables que demuestran la eficacia de las estrategias cognitivoconductuales en los pacientes con dependencia de la cocaína son escasos. Los estudios con contratos de contingencia, es decir, con compromisos de cumplimiento, han puesto de manifiesto la obtención de resultados positivos durante el período en el que el contrato o compromiso está en vigor, mejorando el cumplimiento terapéutico y la abstinencia. El refuerzo social combinado con incentivos y la terapia de exposición a estímulos también han merecido estudios. Las mejorías obtenidas no suelen estar a la altura de los esfuerzos terapéuticos empleados, por lo que hay claramente falta de eficiencia. Habría, por tanto, cierta eficacia, pero escasa efectividad. La opinión que se está abriendo camino en medios científicos es que si el abordaje cognitivoconductual en general y la prevención de recaídas en particular han dado resultado en adicción a la nicotina, el psicoestimulante del tabaco, entonces también debería ser útil para abandonar el consumo problemático del estimulante cocaína (NIDA, 1998).

### *2.5.2. Terapia psicodinámica*

Todavía más escasos son los ensayos controlados de tratamientos de orientación psicodinámica del abuso o la dependencia de la cocaína. Tanto en formato individual como de grupo parece aumentar la tasa de retención, pero esto debe confirmarse con más datos de eficacia (NIDA, 1998).

### 2.5.3. *Terapia interpersonal*

En trastornos graves por cocaína, la prevención de recaídas de índole cognitivoconductual sería algo más eficaz que la terapia interpersonal, aunque para los pacientes con cocainoddependencia moderada ambos tratamientos resultarían igual de eficaces (Rounsaville et al, 1993). En cualquier caso, los seguimientos terapéuticos de un año o más ponen de manifiesto un efecto positivo de la psicoterapia a largo plazo (Klerman et al, 1984; Elkin et al, 1989).

### 2.5.4. *Psicoterapias comparadas*

Ya en los años 1980, Kathy Carroll, Bruce Rounsaville y colaboradores (Carroll et al, 1994) empezaron a comparar el tratamiento de prevención de recaídas cognitivoconductual con la psicoterapia interpersonal. En un estudio de 12 semanas llevado a cabo en 42 pacientes ambulatorios con trastornos por consumo de cocaína no observaron diferencias significativas en cuanto a los resultados globales del tratamiento entre los dos grupos, si bien los pacientes con problemas de abuso de cocaína más graves evolucionaban ligeramente mejor con la técnica de prevención de recaídas. En un segundo estudio de los primeros años 1990, Carroll, Rounsaville y colaboradores (Rounsaville et al, 1992) asignaron aleatoriamente 139 pacientes a una de las cuatro situaciones siguientes: a) prevención de recaídas y desipramina; b) tratamiento clínico y desipramina; c) prevención de recaídas y placebo, y d) tratamiento clínico y placebo. Al final de las 12 semanas del ensayo, todos los grupos presentaron una mejoría significativa, pero no hubo ningún efecto principal de la psicoterapia o la medicación. Los pacientes con mayor intensidad basal de consumo de cocaína presentaron mejor resultado con la prevención de recaídas que con el tratamiento clínico, mientras que en los que tenían un trastorno de consumo de cocaína menos intenso la evolución fue mejor con desipramina que con placebo. En los depresivos, los resultados en cuanto a abstenerse del consumo de cocaína fueron mejores que en los no deprimidos, y estos pacientes evo-

lucionaron mejor con la prevención de recaídas que con el tratamiento clínico usual. A los 6 y 12 meses de control evolutivo, quienes recibieron prevención de recaídas presentaban menor consumo de cocaína que quienes recibieron el tratamiento clínico usual. Es interesante señalar que no hubo diferencias de consumo de cocaína entre los individuos tratados con desipramina y los tratados con placebo.

También en los años 1990, el grupo de Higgins (Higgins et al, 1994) comparó el tratamiento conductual, consistente en contrato de contingencias y refuerzo comunitario, con el aconsejamiento tradicional del tipo "12 pasos" de Alcohólicos Anónimos, mediante un estudio de asignación aleatoria. Aunque el tamaño de la muestra fue relativamente bajo, los resultados obtenidos indicaron mejor mantenimiento del tratamiento a las 24 semanas (58% en comparación con 11%) y mayor abstinencia a las 16 semanas (42% en comparación con 5%) en los pacientes tratados con terapia conductual. En este ensayo, todos los pacientes recibieron refuerzo comunitario, pero sólo un grupo recibió vales como premio por contingencias. En dicho grupo se observó mayor probabilidad de completar las 24 semanas de tratamiento (75% en comparación con 40%), mayor duración media de la abstinencia continuada de cocaína, y mejoría significativa en cuanto al consumo y la sintomatología psíquica.

Hay acuerdo creciente en que la *terapia psicodinámica breve* de Luborsky (1984) –para su aplicación en drogodependencias véase Luborsky et al, 1995–, muy parecida a la *psicoterapia interpersonal*, demuestra tener parecida eficacia a la que tiene la *terapia cognitivoconductual* (Carroll et al, 1995). Todos estos procedimientos psicosociales, junto al *enfoque motivacional* de Millner y Rollnick (1992), son las cuatro psicoterapias de primera elección en el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias.

### 2.5.5. Grupos de autoayuda

En Estados Unidos de América suele utilizarse el abordaje del tipo "12 pasos" de Alcohólicos Anónimos, en el tratamiento de la dependencia de la cocaína, que ha resultado útil para reducir la tendencia a las recaídas (Wells et al, 1994). La participación en programas de autoayuda mejoraría los resultados, con independencia de otros factores relacionados con el tratamiento (Weiss et al, 1996).

## 3. TRATAMIENTO INTEGRADO COMO TERAPIA DE CESACIÓN DEL CONSUMO DE COCAÍNA

El consumo de cocaína conlleva alteraciones en las esferas cognitiva, emocional (estado de ánimo) y psicosocial beneficiarias de diagnóstico y tratamiento y con una evolución clínica aproximadamente predecible. También con el consumo de cocaína, tal como siempre ocurre en caso de problemas por consumo de sustancias, la conceptualización de enfermedad puede conducir a malpraxis si no se abordan las condiciones psicosociales, interpersonales y de rol, que contextualizan el consumo, abuso, o dependencia de dichas sustancias (Budney et al, 1991).

La cocaína se sabe que se asocia al uso recreativo. Se ha demostrado que el ambiente o setting en que el consumo tiene lugar va a determinar en gran manera los efectos (Nowinski et al, 1994). Existe escasa literatura acerca de los efectos de la cocaína en la conducta social, lo que se explicaría por las dificultades metodológicas que comporta dicho análisis (Shaner et al, 1997). Para ello sería necesario recrear in vitro el entorno en que se desarrolla el uso, con sujetos voluntarios que consumieran cocaína y en dosis estrictamente controladas. En la práctica, dichos estudios se han basado en cuestionarios o entrevistas semiestructuradas, con sujetos que en el momento de la evaluación estaban, o parecían estar, abstinentes. No había, por tanto, un entorno similar al del consumo y tampoco había un grupo control. Dichas deficiencias técnicas hacen que sea

muy difícil la extrapolación de los resultados obtenidos.

Cuando se han creado las condiciones adecuadas controlándose las distintas variables que intervienen, se ha observado que los efectos farmacológicos del consumo de cocaína dependen en gran medida de variaciones situacionales, que los efectos de dosis relevantes de la droga no siguen un patrón lineal, y que una misma cantidad de la sustancia puede presentar efectos muy diferentes, en función de si se toma en un lugar familiar o extraño, en compañía de amigos o desconocidos, y si se asocia o no a consumos de alcohol y demás psicotropos (Washton, 1990a).

Al margen de estas consideraciones, que nos ayudan a situar el tema desde una perspectiva más amplia, aquí nos centraremos en los aspectos terapéuticos de este tipo de consumo. En primer lugar, cabe decir que una cosa es tratar las secuelas próximas o remotas del consumo de cocaína, y otra es tratar el hábito de "esnifar" rayas de cocaína o tomarse pastillas anfetaminoides siguiendo la ruta del "bakalao". Esto último es precisamente lo que corresponde al concepto de terapia de cesación, que presenta una notable dificultad psicológica. En este sentido, son de sobras conocidos los obstáculos motivacionales que un dependiente de nicotina debe salvar, tanto si decide cesar de fumar con asistencia técnica o por si solo (Daley et al, 1998).

Las estadísticas acerca de los hábitos de consumo de la población general nos muestran que, en su historia natural, el consumo de cocaína decrece con la edad (Silverman et al, 1996). Esto parece cumplirse menos en los casos en que el consumo haya supuesto el primer peldaño en la toma de contacto con otras sustancias ilegales. En efecto, nos estamos refiriendo al clásico, aunque siempre polémico, concepto de escalada en el consumo de drogas, en la que de forma clara interviene una presión grupal tendente a menospreciar el riesgo de posibles dependencias posteriores.

Además de estos dos factores reforzantes del consumo de cocaína, es decir, la sustancia en sí misma (refuerzo primario) y el clima grupal inductor (refuerzo secundario), en el caso del hábito de inhalar cocaína hay que añadir el obstáculo principal: que el usuario no suele sentir la necesidad de dejar de consumir. Aun en el caso de que aqueje molestias y refiera síntomas, normalmente no lo relacionará con su consumo. Ello sucede porque, en un contexto de uso múltiple de psicotropos, la cocaína quizá no se incluya entre las principales drogas nocivas, por ejemplo la heroína e incluso el alcohol. Pero el consumo de cocaína es evidente que puede conllevar adversidades. La negación de las mismas por parte de quien las sufre es simplemente un ejemplo más de la distorsión atributiva que típicamente muestra cualquier consumidor de sustancias de abuso: nicotina, alcohol, heroína, cocaína, etc. (Higgins, 1996).

¿Es entonces posible la terapia de cesación del consumo de cocaína? Sí, a condición de dotar de suficiente contenido psicopedagógico a la intervención terapéutica, considerando a priori que no pocos consumidores pueden abandonar el hábito sin someterse a ningún tipo de tratamiento. Sólo aquellos que han decidido abandonar las sustancias y no lo han conseguido por sus propios medios serán los que realizarán algún tipo de demanda, normalmente en centros públicos especializados o bien en gabinetes privados.

En general, si la implicación con la droga no es muy profunda y se cuenta con un mínimo de recursos personales, lo más aconsejable es optar, de entrada, por modalidades poco intrusivas como el tratamiento ambulatorio o bien la participación en grupos de autoayuda para cesación, si éstos existen y están disponibles. Sólo en caso de consumos paralelos de otro tipo de drogas, o bien si aparece sintomatología psiquiátrica, habría de plantearse otro tipo de intervención. La opción preferible en estos supuestos sería la de la asistencia en régimen cerrado, esto es, un recurso de tipo residencial que dotara de mayores garantías al proceso de deshabitación, por lo menos en sus inicios.

Existen diferentes abordajes terapéuticos para tratar este tipo de drogodependencia, pero cualquier tipo de intervención orientada al cambio (Prochaska et al, 1992) debería partir de las siguiente premisas:

- 1) La cesación del consumo de cocaína provendrá de una terapia principalmente psicológica y pedagógica, en régimen ambulatorio, similar a la terapia de cesación del hábito tabáquico.
- 2) Se centrará en pacientes adolescentes y adultos jóvenes, los principales afectados, como forma de prevención secundaria. Aunque es evidente, también, que tendrá en cuenta cualquier franja de edad.
- 3) Los terapeutas deberán evitar dar pie a que los pacientes adolescentes les identifiquen automáticamente con los padres. Si éstos desean intervenir o necesitan ayuda, es mejor derivarlos a otro equipo terapéutico.
- 4) Los terapeutas han de ser concretos en los contenidos. La interacción gestual, complementaria de la verbal, es importante. El estilo de interacción terapeuta-paciente no debe ser sólo vertical (autoridad), pero tampoco falsamente horizontal (compañerismo). Si es oportuno, cabe echar mano de juego de roles, manualidades, instrumentos musicales, dibujos, collages, etc. *Cuanta mejor formación psicoterapéutica y psicofarmacológica tenga el profesional concernido, tanto más beneficiado resultará el paciente* (Washton, 1989).
- 5) El objetivo es, también aquí, la responsabilización del consumidor de cocaína en relación a sí mismo y a los demás. Es meta de la terapia psicosocial desactivar prejuicios y falsas atribuciones, así como clarificar el campo motivacional de cada paciente para que sus intenciones de salud se conviertan en realizaciones concretas.
- 6) El aquí y ahora del paciente importa más que su pasado. Siempre es meta de la terapia despertar expectativas de futuro en el paciente, tratando de activar sus propios recursos personales.

La terapia de cesación del consumo de cocaína requiere un estilo terapéutico semidirigido/directivo. Al principio, el terapeuta opta por una pasividad aparente, omitiendo hacer muchas preguntas y planes. Puede que quien consume cocaína no exprese quejas al respecto o no sea muy consciente de ellas. De ahí que no suela haber demanda de ayuda inmediata y explícita para dejar de consumir cocaína; lo habitual es que se consulte por depresión (Ochoa, 2000). Esta realidad, tan distinta de la del heroinómano que urge vehementemente la asistencia, le impone al terapeuta una actitud inicialmente de aceptación, para ulteriormente entrar en las posibles clarificaciones y soluciones. La terapia de cesación que juzgamos posible, en la práctica únicamente indicada si hay fuerte consumo continuado durante tiempo, puede esquematizarse como sigue.

El programa comienza con la desintoxicación ambulatoria del paciente, cosa que significa abstinencia de cocaína y eventual administración de ansiolíticos y/o antidepresivos. Sucede como en cesación antitabáquica, en que también puede prescribirse benzodiazepinas para neutralizar en sistema nervioso central el efecto psicoestimulante, pero siempre con la cautela inherente al peligro de dependencia de hipnótico-sedantes.

En terapia de cesación de consumo de cocaína no disponemos de técnicas aversivas como por ejemplo la técnica de fumar de forma rápida en tabaquismo. Esto no nos debería preocupar, porque entre los inconvenientes de las técnicas aversivas se señalan las dificultades de mantenimiento de sus resultados, debidas a que entonces el objetivo es meramente el de la interrupción o disminución de la conducta problema y no la instauración de nuevas formas alternativas de conducta. Por eso, con el fin de lograr buenos resultados, tales técnicas aversivas siempre deberían asociarse a otro tipo de intervenciones, de tipo individual o grupal, que desde una vertiente positiva de activación de los propios recursos personales de cada paciente, modificara las atribuciones cognitivas que da el sujeto a los efectos de la sus-

tancia. En la práctica, una vez más, rigen los mismos principios que en toda la psiquiatría de la adicción, por lo que las técnicas aversivas serán una indicación secundaria o incluso desechable.

Durante las dos o tres primeras semanas de desintoxicación, el cliente deberá acudir al ambulatorio a diario, y si no es posible, cuanto más frecuentemente mejor. Es obvio que la ansiólisis farmacológica sólo tiene sentido mientras haya ansiedad. El médico no debe dilatar el periodo de prescripción de benzodiazepinas por el conocido problema de la dependencia, potencialmente grave. Sin embargo, tampoco deberá acortarlo por exceso de alarma ante dicha yatrogenia, pues entonces podría quedar comprometido ya de entrada el éxito del tratamiento.

En cada sesión, si ello es factible, se tomará muestra de orina para detección de cocaína y otras sustancias consumidas en el entorno, con el doble propósito de comprobar si efectivamente hay abstinencia y, más que nada, alentar (refuerzo social) al paciente. El terapeuta, además, puede anticipar acontecimientos al paciente (que puede sobrevenir insomnio por nerviosismo, etc.), con lo que el paciente recibe un mensaje de dominio técnico que le tranquiliza, y le afianza así su sentido de seguridad en una abstinencia sólo muy recientemente adquirida. Más tarde, llegado el momento en que se comprueba que la orina está establemente limpia (drug free), incluso podrá haber muestras visibles de satisfacción (alborozo) en el grupo terapéutico, con el consiguiente efecto reforzador.

Superada esta primera etapa de la desintoxicación, la monitorización terapéutica o deshabitación debe prolongarse todo el tiempo necesario. Como referencia sugerimos un año, tiempo durante el cual se seguirá aplicando técnicas de carácter psicológico, con el fin de poder favorecer dicho proceso.

### 3.1. Abordaje individual

Es probablemente la parte más importante dentro del abordaje destinado a la deshabi-

tuación, debiéndose considerar los aspectos generales anteriormente comentados. Dentro de las diferentes escuelas psicológicas existentes, nos centraremos en las cognitivo-conductuales, las interpersonales, y las psicodinámicas. Según sea la formación del psiquiatra o del psicólogo clínico que hace la terapia, las técnicas de dichas escuelas se aplicarán de forma separada o integrada. La tendencia actual es a integrar las psicoterapias. *La gravedad de los trastornos adictivos justifica la necesidad de la doble integración terapéutica: de las psicoterapias entre sí y de estas y la farmacoterapia.* La psicoterapia se orientará hacia el aumento de la conciencia de problema, normalmente baja, así como a incrementar la motivación, usualmente también escasa, por abandonar definitivamente el consumo. Los tratamientos eficaces incluyen aconsejamiento y orientación, enseñanza de habilidades adecuadas, y refuerzo de la conducta alternativa apropiada.

El psicoterapeuta puede organizar un sistema de incentivos: pagar deudas, que los padres asignen algún dinero en pago de prestaciones, etc. De esta manera se intenta neutralizar la inercia de pasividad que todavía muestra el paciente, llevándole a avanzar en el programa de rehabilitación. En esta planificación de incentivos ocuparán un lugar clave los allegados. Si éstos no existen, es el equipo terapéutico quien se erige en familia sucedánea, y los mensajes de aprobación/desaprobación logran tener alguna fuerza moduladora en la manera de conducirse el paciente.

Siempre hay que tener en cuenta que los cambios generales de comportamiento o actitudinales pueden deberse a factores distintos del consumo de cocaína, como el mismo proceso evolutivo que es la propia adolescencia, que conlleva manifestaciones de indolencia (se ha hablado de letargo puberal), o bien los rasgos de personalidad ya existentes, los diversos factores socioculturales que puedan favorecer la pasividad, así como el consumo concomitante de otros psicofármacos. A su vez, podría plantearse la hipótesis de que los consumidores presentan una mayor tendencia a recurrir al uso de cocaína

precisamente porque se sienten apáticos, hecho que explicaría que diferentes estudios no hayan encontrado diferencias significativas entre los adolescentes universitarios que consumen cocaína y los que no lo hacen.

La realidad clínica nos presenta a un grupo de adolescentes y adultos jóvenes con gran dificultad para desarrollar una vida diaria lo suficientemente gratificante como para no reiniciar el consumo, sobre todo cuanto menor es su edad de inicio. El consumo de cocaína normalmente dificulta el proceso de maduración del individuo, sobre todo cuando el consumo ha comenzado en la adolescencia, que es la etapa vital en la que el individuo aprende a adoptar una conducta activa ante los problemas. Desde esta perspectiva se explica el hecho de que los consumidores habituales puedan presentar dificultades para plantearse objetivos, quizá por menor autoestima que la de los no consumidores (Barber et al, 1996).

Para concluir, cuando la asistencia del paciente se vuelve intermitente y con escasa motivación para proseguir con el tratamiento, se aconseja una actitud de aceptación del hecho. Dicha aceptación implica mostrarse disponible para recuperar la relación si el usuario decide su reinicio. Aunque la mayoría de los pacientes deshabitados vuelve a consumir, se espera de ellos que no lo hagan con tanta intensidad, es decir, que pasen a ser consumidores sobrios (si es que ello es factible).

### **3.2. Abordaje grupal**

El consumo de cocaína como cocaína suele iniciarse dentro del propio grupo de pares, en edad juvenil y con un escaso conocimiento de las posibles consecuencias negativas que puede entrañar a medio o largo plazo. Cabría hablar, por tanto, de un típico ejemplo de presión grupal, que suele acentuarse cuando el grupo es un referente más importante para el joven que la propia familia (Compendium 2000).

Las sesiones terapéuticas grupales ofrecen un marco muy adecuado para el entrenamiento en técnicas de relajación así como para la prevención de otras posibles drogodependencias y la prevención de recaídas (Daley, 1993), puesto que rentabilizan las intervenciones y favorecen la adquisición de habilidades sociales que después se extrapolarán a otro tipo de situaciones.

Las intervenciones grupales deberían partir, en teoría, de una adecuada selección de sus participantes, adoptando los criterios más adecuados en función de los objetivos perseguidos. Es evidente que hay que huir de una aplicación de los mismos demasiado rígida e incluso defensiva por parte del terapeuta. Damos aquí, como ejemplo, tres criterios de selección que creemos exigentes: no deberían impedir la celebración de sesiones grupales tentativas, más flexibles:

- 1) Exclusión de psicopatologías incapacitantes. En caso de diagnósticos duales (abuso de sustancias junto con trastornos psíquicos) se prioriza el seguimiento individualizado. El equipo terapéutico siempre hará una valoración personal de cada caso.
- 2) Edades homogéneas: sujetos con un alto historial de consumo no deberían coincidir con adolescentes recién iniciados, puesto que las problemáticas asociadas tienen pocos puntos en común y por posible riesgo de resultados contraterapéuticos.
- 3) Ausencia de consumos asociados de otras drogas ilegales, pero no de tabaco y alcohol (Brady et al, 1995).

En la práctica, como sucede en los grupos terapéuticos con pacientes alcohólicos, hay autoselección, tanto espontánea del mismo paciente como orientada más o menos implícitamente por el terapeuta que lleva el grupo.

Al margen de los grupos terapéuticos de carácter estructurado y que suelen estar dirigidos por un profesional, también existen grupos de autoayuda para consumidores de cocaína en los países anglosajones (Janowsky et al, 1999). En nuestro entorno es más difícil encontrarlos, hasta el punto de que no tenemos noticia de ninguno que per-

sure en el tiempo, formalmente estructurado, en nuestro medio. Los grupos de autoayuda se han desarrollado a partir de las experiencias de los ya clásicos grupos de Alcohólicos Anónimos. Se basan en el principio del apoyo mutuo entre personas con un mismo problema, e inciden mucho en los aspectos emocionales de la relación persona-sustancia (Nowinski et al, 1994).

### **3.3. Abordaje familiar**

Cuando un profesional de la salud sospecha que un menor de edad está utilizando cocaína como cocaína y otras sustancias de riesgo, debería confirmar el diagnóstico y valorar los resultados tanto con el posible consumidor como con sus padres. Debería utilizar un discurso firme, de apoyo, y por supuesto de índole no acusatorio. La intervención debería aportar referentes apropiados para la rehabilitación, así como propiciar un seguimiento posterior del caso.

La educación global a la familia acerca de lo que representa el consumo de tóxicos y sus riesgos, y la monitorización clínica del paciente en aras de la consecución de la abstinencia son los primeros pasos para poder concluir con éxito el proceso de rehabilitación. Gran parte de las reglas del sistema familiar especifican la manera en que el joven y allegados deben actuar, puesto que la familia modela, canaliza y delimita la conducta del joven.

Dentro del amplio espectro de intervenciones con o para la familia que se desarrollan en un servicio para drogodependientes, en los casos de fuerte consumo de cocaína hay, como mínimo, dos niveles diferentes de actuación: por un lado, el asesoramiento a la familia, y por otro, mucho más complejo, la integración de la familia dentro del tratamiento del consumidor. Veamos cada uno de ellos:

#### *3.3.1. Intervención informativa:*

No son pocas las demandas generadas por padres u otros familiares en relación a la posible sospecha o falta de información sobre un

posible consumo de cocaína por parte del hijo, normalmente adolescente. La consulta suele iniciarse con los siguientes términos: "encontré esto en el bolsillo del pantalón"; "llegó a casa que no era él/ella"; "va con amigos que se drogan"; etc.

En esta situación, el primer objetivo es el de lograr, en la medida de lo posible, una desdramatización del hecho, valorando si se han producido o no cambios relevantes en la conducta del paciente potencial. Es obvio que desdramatizar no equivale a minimizar, y el terapeuta es, por definición, un aliado de los aspectos sanos de su paciente, no de los problemáticos. Áreas importantes a analizar son: nuevas amistades, rendimiento escolar y/o laboral, actitudes con la familia, incrementos en el gasto de dinero, cambios de la imagen externa y del carácter, cambio en los horarios, etc.

En caso afirmativo en uno o varios de estos ítems, las sospechas iniciales deberán indagarse con mayor profundidad. Sin embargo, hay que insistir en el hecho de que los padres deben actuar como tales y no como pseudodetectives, partiendo de que una posición excesivamente inquisidora puede producir el efecto contrario al deseado. En muchas ocasiones es conveniente reconducir a los padres a otras posibles vías de exploración, dirigiéndolos a los profesores o a los amigos del hijo, los cuales tienden a presentar una visión más objetiva de la situación por no llevar la carga emocional propia de la interacción familiar.

En el primer contacto, si la familia lo solicita, habrán de abordarse las posibles consecuencias, a corto y medio plazo, del consumo de cocaína, ofreciendo una alternativa de tratamiento para el afectado, en caso de que sea necesario. En este punto hay que valorar los pros y los contras de la intervención (indicación intervencionista) o la no intervención (indicación conservadora). Por supuesto, hay que descartar previamente que el consumo sólo haya sido un hecho esporádico en la vida del sujeto, sin otras consecuencias asociadas, ya que entonces es inútil intervenir.

Lo que nunca debe hacerse es sobrecargar a los allegados con una cantidad mayor de información de la que éstos puedan asimilar. Queda claro que en circunstancias como éstas no es bueno ofrecer clases magistrales. En un primer contacto siempre será preferible programar una segunda intervención a dejarse llevar por la ansiedad de los padres, que tienden a querer arreglarlo todo milagrosamente de una sola vez. El profesional de la terapia no debe correr el riesgo de hablar en exceso y proferir juicios precipitados.

### *3.3.2. Intervención terapéutica:*

La familia juega un papel importante en el desarrollo de la motivación del paciente: constituye su red de apoyo social básica. Por ello, será preciso establecer de forma conjunta pautas específicas de interacción familiar que favorezcan la buena marcha del proceso de recuperación (CSAT, 1998). Entre ellas destacan:

- 1) normas de actuación familiar, que deben ser coherentes entre los distintos miembros de la familia;
- 2) entrenamiento en habilidades de comunicación, que suelen distorsionarse durante el tiempo de dependencia; y
- 3) contrato de contingencias o acuerdos entre las partes afectadas, para lo cual pueden utilizarse las analíticas de orina como forma objetiva de control y de ir restableciendo la confianza de la familia en el paciente (Budney et al, 1996).

### **3.4. Controles de orina**

Los controles de orina o urinálisis para detectar cocaína, en la práctica sus metabolitos, y eventualmente otras sustancias de riesgo, tienen sobre todo finalidad terapéutica, con un innegable aspecto fiscalizador, cosa que es positiva sin ambages siempre que el consumidor lo acepte mínimamente. Por lo tanto, constituye una estrategia de control en términos preventivos o de disuasión que los profesionales concernidos debe-

ríamos asumir perfectamente (Braithwaite et al, 1995). Monitorizar metabolitos diana con repetidos e irregulares, no predecibles, controles de orina constituye una indicación racional atendiendo a todas las premisas científicas y psicosociales contempladas en este contexto. Los controles de orina funcionan, se muestran útiles y son, según la experiencia de la mayoría de profesionales, indispensables. Esto no debería sorprendernos, pues se ha demostrado hasta la saciedad que el tratamiento forzado, por orden judicial, de la heroíno-dependencia no es menos beneficioso que el tratamiento estrictamente voluntario (Crits-Christoph et al, 1997). Por tanto, hay que decir que es altamente terapéutico el componente disuasivo –psicológicamente punitivo, en el sentido del efecto de reproche social que tiene sobre el interesado- del control de orina para detección de sustancias como alcohol, benzodiazepinas, heroína, cocaína, anfetaminas, y, en general, aquellas sustancias en que hay mayor adecuación farmacocinética entre estos controles y los psicotropos a detectar (Galanter & Kleber, 1999).

Como es bien sabido, la motivación por sanar se nutre fundamentalmente de dos tipos de fuentes actitudinales. El primero es el conjunto de atractores normativos que gravitan sobre el paciente, como las ganas de curarse, de disfrutar de más bienestar, de salir de la exclusión social, etc. El segundo tipo de motivación es de índole evitativo y en términos de cesación del hábito no es menos importante que el anterior. Es el miedo del fumador ante pronósticos oncológicos o cardiológicos sombríos a corto plazo y que por fin le fuerzan a abandonar el tabaco. Es el miedo de acabar en la cárcel, en caso de mal cumplimiento, que siente el heroínmano beneficiándose del principio judicial moderno terapia-en-vez-de-castigo. Y es también el temor al reproche social y al fracaso que siente el paciente sometido a controles de orina en caso de dar positivo. Vale la pena disponer de este factor motivante e integrarlo con habilidad y sentido de la proporción en el conjunto del proceso terapéutico (Miller y Rollnick, 1992). En relación a ello, es evidente

que en los centros de nuestro país especializados en drogodependencias, tanto ambulatorios como hospitalarios, la detección sistemática de cocaína y demás drogas de abuso debería ser rutinaria. En un marco clínico general, en cambio, este screening o cribado sólo tiene sentido en las subpoblaciones de drogodependientes, de enfermos psiquiátricos y de pacientes de difícil diagnóstico, en especial entre adolescentes y adultos jóvenes (Washton, 1990c).

Para concluir señalar que cuando el Observatorio Europeo sobre las Drogas (Plan Nacional sobre Drogas, 2000) define operativamente el consumo problemático de sustancias ilícitas, habla sobre todo de tres tipos de droga problemáticas que son la heroína, por supuesto, pero también la cocaína y los anfetaminoides. Vemos, pues, que los trastornos por consumo de cocaína y sustancias de uso asociado constituyen un tema sin duda grave y preocupante, siendo a todas luces necesario que sepamos ofrecer el mejor tratamiento posible a los numerosos pacientes que lo sufren y que no es otro que los tratamientos farmacológico y psicosocial integrados en la práctica.

## BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association, Work Group on Substance Use Disorders. Practice guidelines for the treatment of patients with substance use disorders: Alcohol, cocaine, opioids. *Am J Psychiatry* 152(supl):2-59, 1995.
- Beck AT, Wright FD, Newman CF, Liese BS: *Cognitive Therapy of Cocaine Abuse: A Treatment Manual*, manuscrito no publicado, 1991.
- Barber JP, Mercer D, Krakauer I, Calvo N: Development of an adherence/competence rating scale for individual drug counseling. *Drug Alcohol Depend* 43:125-132, 1996.
- Bolla KI, Rothman R, Cadet JL: Dose-related neurobehavioral effects of chronic cocaine use. *Journal of Neuropsychiatry & Clinical Neurosciences* 11, 3:361-369, 1999.
- Brady KT, Sonne E, Randall CL, Adinoff B, Malcolm R: Features of cocaine dependence with con-

- current alcohol abuse. *Drug Alcohol Depend* 39(1):69-71, 1995.
- Braithwaite RA, Jarvie DR, Minty PS, Simpson D, Widdop B: Screening for drugs of abuse. I: Opiates, amphetamines and cocaine, *Ann Clin Biochem* 32(Pt 2):123 - 153, 1995.
- Budney AJ, Higgins ST, Delaney DD, Kent L, Bickel WK: Contingent reinforcement of abstinence with individuals abusing cocaine and marijuana. *J Appl Behav Anal* 24(4):657 - 665, 1991.
- Budney AJ, Higgins ST, Wong CJ: Marijuana use and treatment outcome in cocaine-dependent patients. *J Exp Clin Psychopharmacol* 4:396 - 403, 1996.
- Carroll KM, Nich C, Rounsaville BJ: Differential symptom reduction in depressed cocaine abusers treated with psychotherapy and pharmacotherapy. *J Nerv Ment Dis* 183(4):251-259, 1995.
- Carroll KM, Rounsaville BJ, Gordon LT, Nich C, Jatlow P, Bisighini RM, Gawin FH: Psychotherapy and pharmacotherapy for ambulatory cocaine abusers. *Arch Gen Psychiatry* 51: 177-187, 1994.
- Carroll KM, Rounsaville BJ, Nich C, Gordon LT, Wirtz PW, Gawin FH: One-year follow-up of psychotherapy and pharmacotherapy for cocaine dependence: Delayed emergence of psychotherapy effects. *Arch Gen Psychiatry* 51:989 - 997, 1994.
- Castonguay LG: "Common factors" and "nonspecific variables": Clarification of the two concepts and recommendations for research. *J Psychother Integration* 3:267-286, 1993.
- Chaney EF, O'Leary MR, Marlatt GA: Skill training with alcoholics. *J Consult Clin Psychol* 46:1092-1104, 1978.
- CIE-10, *Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento*, Organización Mundial de la Salud, 10ª revisión, Meditor, Madrid, 1992.
- Cochrane C, Malcolm R, Brewerton T: The role of weight control as a motivation for cocaine abuse. *Addictive Behaviors* 23, 2:201207, 1998.
- Compendium 2000. American Psychiatric Association (APA): *APA Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders.*, Washington DC, 2000.
- Crits-Christoph P, Siqueland L, Blaine J, Frank A, Luborsky L, Onken, LS, Muenz L, Thase ME, Weiss RD, Gastfriend DR, Woody G, Barber JP, Butler SF, Daley D, Bishop S, Najavits LM, Lis J, Mercer D, Griffin ML, Moras K, Beck A: The NIDA collaborative cocaine treatment study: Rationale and methods. *Arch Gen Psychiatry* 54:721 - 726, 1997.
- Crits-Christoph P, Siqueland L, Blaine J, Frank A, Luborsky L, Onken LS, Muenz L, Thase ME, Weiss RD, Gastfriend DR, Woody G, Barber JP, Butler SF, Daley D, Salloum I, Bishop S, Najavits LM, Lis J, Mercer D, Daley, D.C. *Relapse Prevention Workbook*. Holmes Beach, FL: Learning Publications, 1986.
- CSAT, Center for Substance Abuse Treatment: Adolescent substance abuse *Assessment and treatment, Treatment Improvement Protocol Series (TIPS)*, National Institute on Drug Abuse, Rockville (Md), 1998.
- Daley DC, Salloum IM, Zuckoff A, Kirisci L, Thase M: Increasing treatment adherence among outpatients with depression and cocaine dependence: results of a pilot study. *American Journal of Psychiatry* 155, 11:1611-1613, 1998.
- Daley DC: *Dual Disorders: Relapse Prevention Workbook*. Center City (MN), Hazelden Foundation, 1993.
- De la Fuente de Hoz L, Rodríguez Arenas MA, Vicente Orta J et al. Epidemiología del consumo de drogas de diseño en España, *Medicina Clínica* 108 (2), 54, 1997.
- DSM-IV: *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, 4ª edición, Masson, Barcelona, 1995.
- Elkin I, Shea MT, Watkins JT, Imber SD, Sotsky SM, Collins JF, Glass DR, Pilkonis PA, Leber WR, Docherty JP, Fiester SJ, Parloff MB: National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program: General effectiveness of treatments. *Arch Gen Psychiatry* 46(11):971-982, 1989.
- Galanter M & Kleber HD (eds): *The American Psychiatric Press Textbook of Substance Abuse Treatment, Second Edition*, Washington DC, 1999.
- Galanter M: Social network therapy for cocaine dependence. *Adv Alcohol Subst Abuse* 6:159 - 175, 1986.
- Gorski T, Miller M: *Counseling for Relapse Prevention*. Independence (MO), Herald House/Independence, 1982.
- Hall SM, Havassy BE, Wasserman DA: Effects of commitment to abstinence, positive moods,

- stress, and coping on relapse to cocaine use. *J Consult Clin Psychol* 59(4):526-532, 1991.
- Higgins ST: Some potential contributions of reinforcement and consumer-demand theory to reducing cocaine use. *Addict Behav* 21(6):803-816, 1996.
- Higgins ST, Budney AJ, Bickel WK, Badger GJ, Foerg FE, Ogden D: Outpatient behavioral treatment for cocaine dependence: One-year outcome. *Exp Clin Psychopharmacol* 3:205-212, 1995.
- Higgins ST, Budney AJ, Bickel WK, Foerg FE, Donham R, Badger GJ: Incentives improve outcome in outpatient behavioral treatment of cocaine dependence. *Arch Gen Psychiatry* 51(7):568-576, 1994.
- Janowsky DS, Boone A, Morter S, Howe L: Personality and alcohol/substance-use disorder patient relapse and attendance at self-help group meetings. *Alcohol & Alcoholism* 34, 3:359-369, 1999.
- Karabanda ND, Anglin MD, Khalsa-Denison E, Paredes A: Differential effects of treatment modality on psychosocial functioning of cocaine-dependent men. *Journal of Clinical Psychology* 55, 2:257-274, 1999.
- Klerman GL, Weissman MM, Rounsaville BJ, Chevron ES: *Interpersonal Psychotherapy of Depression*. New York: Basic Books, 1984.
- Liddle HA: *Multidimensional family therapy treatment manual*, Center for Treatment Research on Adolescent Drug Abuse, University of Miami School of Medicine, 1998.
- Luborsky L, Barber J, Siqueland L, McLellan AT, Woody G: Establishing a therapeutic alliance with substance abusers. En Onken S, Blaine JD, Boren JJ (eds): *Beyond the Therapeutic Alliance: Keeping the Drug-Dependent Individual in Treatment*. National Institute on Drug Abuse Research Monograph 165. NIH Publication No. 97-4142. Washington, DC: U.S. Government Print Office, 1997.
- Luborsky L: *Principles of Psychoanalytic Psychotherapy: A Manual for Supportive-Expressive Treatment*. New York: Basic Books, 1984.
- Mark D, Luborsky L: A Manual for the Use of Supportive Expressive Psychotherapy in the Treatment of Cocaine Abuse, manuscrito no publicado, 1992.
- Marlatt GA, Gordon JR (eds): *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. New York: Guilford, 1985.
- McCann UD, Eligulashvili, Ricaurte GA: (+/-)3,4-Methylenedioxymethamphetamine (Ecstasy)-induced serotonin neurotoxicity: clinical studies. *Neuropsychobiology* 42, 1:11-16, 2000.
- Mercer D & Woody G: Addiction Counseling, manuscrito no publicado, University of Pennsylvania/Veterans Administration Medical Center: Center for Studies of Addiction, 1992.
- Miller WR, Rollnick S: *Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behavior*. New York: Guilford, 1992.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA en siglas inglesas): *Informe anual sobre el problema de la drogodependencia en la Unión Europea*, Lisboa, 1999. [www.emcdda.org](http://www.emcdda.org)
- Òrgan Tècnic de Drogodependències: *L'atenció primària davant les drogues de síntesi*, Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social, Barcelona, 1999.
- Plan Nacional sobre Drogas: *Observatorio Español sobre Drogas. Informe nº 3, marzo 2000*, Ministerio del Interior, Madrid, 2000 [www.mir.es/pnd](http://www.mir.es/pnd).
- NIDA, National Institute on Drug Abuse: *Therapy Manual for Drug Addiction*, Rockville (Md) 1998.
- Nowinski J, Baker S, Carroll K: *Twelve-Step Facilitation Therapy Manual: A Clinical Research Guide for Therapists Treating Individuals With Alcohol Abuse and Dependence*, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, Project MATCH Monograph series, Vol 1, NIH Publication N° 94-3722, Washington, DC: US Government Print Office, 1994.
- Ochoa E: Cocaína y comorbilidad psiquiátrica. *Actas Españolas de Psiquiatría* 28, 1:40-52, 2000.
- Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC: In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *Am Psychol* 47(9):1102-1114, 1992.
- Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, Goodwin FK: Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug use. Results from the Epidemiological Catchment Area (ECA) Study. *JAMA* 264(19):2511-2518, 1990.

- Ricaurte GA, Yuan J, McCann UD: (+/-)3,4-Methylenedioxyamphetamine (Ecstasy)-induced serotonin neurotoxicity: studies in animals. *Neuropsychobiology* 42, 1:5-10, 2000.
- Rounsaville BJ, Carroll KM: Interpersonal psychotherapy for drug users. En: Klerman GL, Weissman MM (eds): *New Applications of Interpersonal Psychotherapy*. Washington, DC: American Psychiatric Association Press, 1993.
- Rounsaville BJ, Carroll KM: Individual psychotherapy for drug abusers. En: Lowinson JH, Ruiz P, Millman, R.B (eds): *Comprehensive Textbook of Substance Abuse*. Second Edition. New York: Williams and Wilkins, 1992.
- Rounsaville BJ, Gawin FH, Kleber HD: Interpersonal psychotherapy adapted for ambulatory cocaine abusers. *Am J Drug Alcohol Abuse* 11:171 - 191, 1985.
- Rozenzweig S: Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *Am J Orthopsychiatry* 6:412-415, 1936.
- Ruttenber AJ, McAnally HB, Wetli CV: Cocaine-associated rhabdomyolysis and excited delirium: different stages of the same syndrome. *American Journal of Forensic Medicine & Pathology* 20, 2:120-127, 1999.
- San L, Gutiérrez M, Casas M (eds): *Alucinógenos. La experiencia psicodélica*, Neurociencias, Barcelona, 1996.
- Shaner A, Roberts LJ, Eckman TA, Tucker DE, Tsuang JW, Wilkins JN, Mintz J: Monetary reinforcement of abstinence from cocaine among mentally ill patients with cocaine dependence. *Psychiatr Serv* 48(6):807 - 810, 1997.
- Silverman K, Higgins ST, Brooner RK, Montoya ID, Cone EJ, Schuster CR, Preston L: Sustained cocaine abstinence in methadone maintenance patients through voucher-based reinforcement theory. *Arch Gen Psychiatry* 53(5):409 - 415, 1996.
- Smelson DA, Roy A, Santana S, Engelhart C: Neuropsychological deficits in withdrawn cocaine-dependent males. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse* 25, 2:377-381, 1999.
- Solé Puig J, Ramos Atance JA: *Cannabinoides. Aspectos psiquiátricos y bioquímicos*. Ediciones Rol, Barcelona, 2001.
- Solé Puig J: Tratamiento de las drogodependencias, en: *Curso master en sida y drogodependencias* (3ª edición), Colegio de Médicos de Málaga, 1999.
- Washton AM: *Quitting Cocaine*. Center City (MN), Hazelden Foundation, 1990a.
- Washton AM: *Staying Off Cocaine*. Center City (MN), Hazelden Foundation, 1990b.
- Washton AM: *Maintaining Recovery*. Center City (MN) Hazelden Foundation, 1990c.
- Washton AM: *Cocaine Addiction: Treatment, Recovery and Relapse Prevention*. New York: Norton, 1989.
- Washton AM, Stone NS, Hendrickson EC: Cocaine abuse. En Donovan DM, Marlatt GA (eds) *Assessment of Addictive Behaviors*. New York: Guilford Press, 1988.
- Weiss RD, Griffin ML, Najavits LM, Kogan J, Hufford C, Thompson H, Albeck J, Bishop S, Daley D, Mercer D, Simon-Onken L, Siqueland L: Self-help activities in cocaine dependent patients entering treatment: Results from the NIDA Collaborative Cocaine Study. *Drug Alcohol Depend* 43:79-86, 1996.
- Wells EA, Peterson PL, Gainey RR, Hawkins JD, Catalano RF: Outpatient treatment for cocaine abuse: A controlled comparison of relapse prevention and twelve-step approaches. *Am J Drug Alcohol Abuse* 20(1):1-17, 1994.