

TRATAMIENTO

AtenCIÓN a usuarios de cocaína desde un centro de atención a drogodependencias (CAD-4)

Medical care for cocaine users in a drug dependency health care center (CAD-4)

PEDRERO PÉREZ, E. J.* y PUERTA GARCÍA, C.**

*Psicólogo, Máster en Drogodependencias, Enfermero CAD-4. **Médico, Jefe de Sección CAD-4.

RESUMEN: *Objetivo:* presentar el trabajo realizado desde un Centro de Atención a Drogodependencias del Ayuntamiento de Madrid con la población que demanda tratamiento por abuso/dependencia de cocaína intranasal o inhalada, y que representan un grupo de usuarios en constante crecimiento en los 5 últimos años.

Material y métodos: presentamos una descripción de la muestra de usuarios atendidos en el citado período, así como el modelo de intervención integral diseñado y desarrollado para atender a todas las áreas de competencia afectadas en estos pacientes, desde perspectivas farmacológicas y psicoterapéuticas.

Resultados: constatamos un buen nivel de efectividad del modelo desarrollado, con cerca del 75% de altas con criterios de remisión de la conducta adictiva; y un buen nivel de eficiencia, con tiempos más breves de intervención y escasa necesidad de movilización de recursos humanos, materiales y dispositivos complementarios.

PALABRAS CLAVE: Adicción a drogas. Tratamiento. Abuso de cocaína.

ABSTRACT: *Objective:* to present the Drug Dependency Municipal Center's (Madrid) work regarding the population requesting treatment for their nasal or inhaled cocaine abuse or depen-

dency. This group is representing a growing demand of treatment during the last 5 years in our Center.

Methods: we describe a sample of cocaine abusers or dependents receiving treatment during this period. We also describe the intervention model (protocol) designed and developed to care all the competency areas affected by the use of cocaine from a pharmacological and psychotherapeutic perspective.

Results: we found a good effectiveness level of our protocol. About 75% discharges with remission of the drug addiction diagnosis were made. We also found a good efficiency level due to the shorter intervention the protocol requires, and the minimum need of human, material and complementary resources it needs.

KEY WORDS: Drug abuse. Drug dependency. Treatment. Cocaine abuse.

Introducción

Desde su apertura, hace ya más de una década, los Centros de Atención a Drogodependencias del Ayuntamiento de Madrid han tenido siempre en la cocaína una droga objeto de trabajo, pero generalmente como sustancia de administración secundaria a la de los opiáceos. Los estudios epidemiológicos, no obstante, informaban consistentemente de un incremento del consumo de cocaína no circunscrito a los adictos a heroína, sino asociado a un patrón de consumo menos desintegrador, relacionado con situaciones lúdicas, en una población con más formación y mayor poder adquisitivo. Mientras en otros países la cocaína se había expandido hasta configurar el principal problema en

Correspondencia:

CARMEN PUERTA GARCÍA.
CAD-4.
C/ Alcalá, 527.
28027 Madrid.
e-mail: carmenp@eresmas.net

relación a las drogodependencias, en España parecía no llegar nunca la tan anunciada «epidemia de cocaína», hasta el punto de animar a algunos investigadores y técnicos a dudar de que llegara a presentarse algún día.

En el momento actual, sin que haya adquirido aún auténticas dimensiones epidémicas, la cocaína va ganando terreno a tenor de la información proporcionada por todos los indicadores.

— Desde el año 1995 han empezado a aumentar las demandas de tratamiento motivadas por el consumo de esta droga¹. El CAD-4 no es una excepción: observamos un crecimiento exponencial a partir de dicha fecha² (Fig. 1).

— Las urgencias hospitalarias y defunciones motivadas por el consumo de cocaína superan, en el año presente, a las producidas por consumo de heroína.

— Disminuyen los delitos contra la propiedad característicos de los adictos a opiáceos y se incrementan los delitos violentos asociados al consumo de alcohol y cocaína.

— La progresiva instauración de Programas de Mantenimiento con Metadona, lleva aparejada históricamente un incremento del consumo de cocaína en sus formas de administración más agresivas: intravenosa y fumada en forma de base o crack. El patrón de expansión de estas modalidades de consumo se superpone geográficamente al desarrollo de los programas de sustitutivos opiáceos. El incremento de la oferta propicia paralelamente el uso de la sustancia en otros

grupos de población.

— Los decomisos policiales de cocaína siguen incrementándose progresivamente. Si bien España es país de paso en las rutas del tráfico internacional, parece deducirse de las operaciones policiales que la cuantía de la cocaína que «se queda» en nuestro país es cada vez mayor.

— Existe una incipiente detección de patologías psiquiátricas motivadas por el consumo de cocaína, en especial en unidades de agudos, aunque también en servicios ambulatorios de Salud Mental: en el primer caso estarían las crisis psicóticas motivadas por ingestas masivas de cocaína o por dosis menores en individuos con predisposición a desarrollar estas patologías; en el segundo caso, se trataría más de trastornos anímicos del tipo depresión o trastornos de ansiedad, obsesivos y fóbicos desencadenados por el efecto de la sustancia.

En este panorama parece cada vez más evidente que los dispositivos de atención a drogodependencias deben estar preparados para hacer frente a un problema nuevo, con características muy diferentes de aquellos que motivaban la intervención en tiempos pasados. Si el usuario es diferente, si sus conductas son diferentes, si las patologías asociadas afectan diferencialmente a su organismo, si la problemática social concomitante es sensiblemente diferente, los CADs y el resto de recursos de tratamiento deberán hacer las modificaciones precisas en sus intervenciones para procurar una atención adecuada a estos usuarios, tal y como ya ha sucedido en otros países³.

Desde los CADs nos consta que estas modificaciones vienen haciéndose ya desde hace varios años, y que la adaptación no ha terminado, sino que se produce al hilo de los acontecimientos, si bien el ritmo progresivo de instauración de esta nueva problemática ha permitido anticipar un diseño de intervención enfocado con más propiedad a las dimensiones que se presumen para los años futuros.

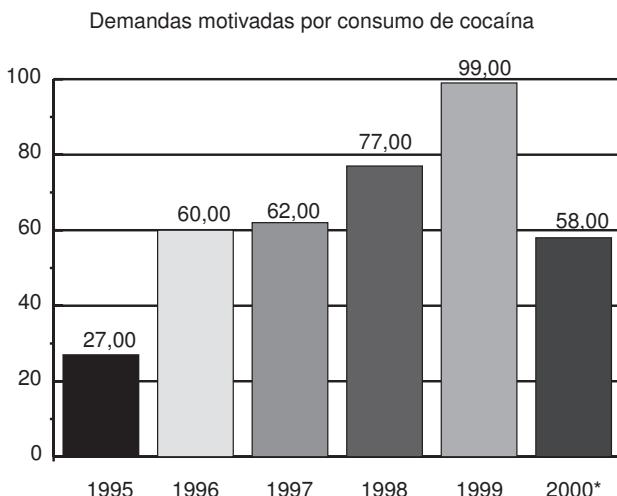
A continuación presentamos el modelo de intervención que hemos diseñado y puesto en práctica, para usuarios de cocaína intranasal o inhalada, desde el año 1995 hasta la actualidad en el CAD-4.

Métodos

Población: Características diferenciales de usuarios de cocaína intranasal o inhalada.

Ámbito fisiológico

En relación con usuarios de otras sustancias, el con-



*Primer semestre.

Figura 1. Número de demandas de tratamiento por consumo de cocaína intranasal o inhalada en el CAD-4 entre 1995 y 2000.

sumidor de cocaína presenta una ausencia casi generalizada de patologías orgánicas, en especial aquéllas de carácter infeccioso. Sí es frecuente, en cambio, que si se produce el consumo asociado de alcohol se puedan observar las alteraciones enzimáticas habituales: elevación de GOT, GPT y GGT, así como incremento del VCM en el hemograma.

Ocasionalmente se presentan otros síntomas en la esfera cardiovascular, patología respiratoria y trastornos metabólicos leves, que requieren estudio en servicios especializados.

Con gran frecuencia se observan trastornos por malnutrición atribuibles tanto al efecto anorexígeno de la cocaína como al estilo de vida del consumidor que dedica largas sesiones a la autoadministración de la sustancia que compite temporalmente con la alimentación. No obstante, estos problemas remiten con rapidez una vez instaurada la abstinencia, produciéndose una sobreingesta compensadora.

Ámbito psicológico

Los problemas encuadrables en este ámbito son los que se presentan con mayor frecuencia, previamente al consumo, concomitantes o como consecuencia de la retirada de la droga.

Trastornos previos

En algunos casos, la información que proporciona la familia haría pensar que el sujeto pudiera haber sido diagnosticado previamente de trastorno por déficit de atención con hiperactividad⁴, en alguno de los subtipos que detalla el DSM-IV. Sin embargo, el diagnóstico *post-hoc* carece de relevancia clínica.

Lo mismo puede decirse de indicios que apuntan a la existencia de trastornos afectivos en la adolescencia sobre los cuales la cocaína hubiera podido actuar como instrumento de automedicación. Sin embargo, es más frecuente que el consumo se instaure sobre una persona que, hasta entonces, habría sido catalogado por sus referentes significativos como una persona normal, cumplidora de sus responsabilidades y eficaz en el desempeño de sus obligaciones.

Lo mismo puede decirse de los trastornos de personalidad, que podrían sospecharse en la entrevista clínica en base a datos de la anamnesis. Sin embargo, la instauración temprana del consumo interferiría precisamente en la fase de consolidación de la personalidad, no pudiendo determinarse si dichos trastornos son ya consecuencia del consumo y del sesgo atencional que sobre sus familiares ejerce la experiencia pos-

terior.

Trastornos concomitantes

Durante las fases de consumo, el individuo suele relatar un conjunto de problemas psicológicos que deben ser objeto de evaluación en la medida que su identificación puede ayudar a determinar el grado de deterioro y orientar sobre el curso que podría tomar el caso de presentarse las muy probables recaídas. Los más frecuentes son:

— Trastornos de la memoria, circunscritos a acontecimientos relacionados con las fases de consumo. No suele existir evidencia de fallos en la memoria inmediata, ni en la fijación, ni en la recuperación en el momento de la entrevista, pero sí es frecuente que el sujeto relate la existencia de «lagunas mentales» o de «incapacidad para recordar secuencias de hechos» que debiera realizar tanto en las fases de consumo como en las subsiguientes de recuperación. No obstante, la hipótesis que manejamos es que, en realidad, no nos encontramos frente a fallos en los procesos de memoria, sino a trastornos atencionales provocados por el intenso ritmo de procesamiento de información a que se ve sometido el sujeto, de modo que su campo atencional se reduce, concentrándose sobre actividades relevantes. En muchos casos, la evolución en tratamiento de estos usuarios se ve inevitablemente condicionada por este estilo de procesamiento intensivo, pero de rango limitado.

Otra hipótesis nos remitiría al alcohol como sustancia que interfiere en los procesos de memoria. Sin embargo, la existencia de tales trastornos en consumidores de cocaína abstemios al alcohol nos remite a la primera de las hipótesis.

— Trastornos afectivos y del estado de ánimo del tipo ansiedad y depresión. Los trastornos de ansiedad estarían más relacionados con la fase de consumo, y podrían explicarse directamente por la actividad bioquímica y neurológica de la sustancia; mientras que los trastornos depresivos se instaurarían durante las fases de recuperación, presentando componentes tanto biológicos como cognitivos: biológicamente se corresponderían con fases de agotamiento celular, tanto a nivel de reservas de neurotransmisores como a nivel de reservas energéticas del organismo. Esto justificaría en gran medida que tales trastornos tengan ese carácter transitorio y que, tras la fase de recuperación, se instaurara un funcionamiento normal.

Cognitivamente, las fases depresivas se caracterizan por sentimientos de culpabilidad, decremento de la autoestima, vergüenza ante sus referentes, disminu-

ción de la eficacia autopercibida frente al control del consumo, etc. Tanto estas cogniciones como la situación física descrita actuarían con gran frecuencia como estímulos desencadenantes de una nueva fase de consumo, de modo que la cocaína sería, a la vez, elemento depresógeno y automedicación antidepresiva, generando un círculo vicioso de difícil abordaje por el individuo.

— De manera generalizada se presenta una hiper-sensibilidad en las relaciones sociales, en una graduación que abarcaría desde una moderada suspicacia hasta un delirio de persecución. Lo más habitual es que el sujeto reconozca sentirse perturbado por la observación de los demás, que considera excesiva e injustificada, mientras se encuentra bajo los efectos del estimulante; en las fases de recuperación y en los intervalos sin consumo, esta suspicacia no es relevante ni perturbadora, y el individuo la asocia directamente a la sustancia y a los entornos de consumo. Sin embargo, frecuentemente esta suspicacia evoluciona hasta la generación de ideas de persecución que, en algunos casos, se constituyen en ideación delirante con autocritica y, en fases posteriores sin ella, de modo que el sujeto vive inmerso en un delirio permanente.

— Es frecuente que se produzcan de forma habitual conductas agresivas, en una primera fase asociadas al consumo, pero, en etapas posteriores, como un estilo de reacción frente a una amplia gama de estímulos. En especial, estas conductas agresivas autodirigidas o, más frecuentemente, heterodirigidas, se producen en el contexto en el cual se desencadena la suspicacia y se produce la atribución al otro de intentar perjudicarle de una u otra manera. En algunas ocasiones, se han presentado ya conductas autolesivas o intentos de autolisis, pero más frecuentes son las peleas callejeras, en locales recreativos o en el ámbito familiar. Es preciso tener en cuenta que determinados consumidores de cocaína pertenecen a grupos en los cuales la violencia es una conducta altamente valorada (grupos políticos radicales, grupos ultras deportivos, determinadas «tribus urbanas») por lo que es conveniente, en la medida de lo posible, desvincular la etiología neurobiológica de la meramente cultural, o bien, considerar la interacción entre ambas.

Trastornos consecutivos a la abstinencia

Una vez conseguida la abstinencia se presentan de forma generalizada un conjunto de problemas que coinciden básicamente con los trastornos descritos en la literatura:

— Trastornos del estado de ánimo (frecuentemente

síndromes subdepresivos, anhedonia, anergia, abatimiento, sensación de incapacidad para afrontar los problemas, decremento de la autoestima, culpabilización) y ansiedad (nerviosismo, irritabilidad, insomnio de conciliación).

— Trastornos de la conducta alimentaria (pérdida de apetito o sobreingesta compulsiva).

— Cuestionamiento de la ideación autorreferencial ligada al consumo, que generalmente se resuelve adecuadamente, pero en ocasiones persiste al encontrar el sujeto determinados apoyos empíricos a sus sospechas, aunque sin presentar la forma de ideas delirantes.

Por regla general, esta sintomatología remite en pocas semanas, de forma paulatina o abrupta, aunque persiste cierta inestabilidad durante los primeros meses de abstinencia. En casos aislados, la situación evoluciona hacia estados prepssicóticos, lo que requiere una intervención farmacológica enérgica. Con gran frecuencia, persiste durante más tiempo la sintomatología depresiva, siendo estos casos los que hacen suponer un trastorno afectivo previo al consumo, que, hipotéticamente, habría operado como automedicación.

Ámbito sociorrelacional y ocupacional

La problemática social de esta población suele ser radicalmente diferente de la presentada por los consumidores de otras drogas (heroína y alcohol). Generalmente se trata de sujetos bien integrados, con trabajos estables u ocupaciones que, de forma discontinua, presentan altos grados de estabilidad. Su formación académica es media o alta y su nivel social se distribuye entre clases medias. Rara vez existe una problemática judicial, salvo en situaciones en que se han visto envueltos en riñas callejeras y se han producido situaciones de violencia contra las personas o las cosas.

No obstante, a medida que la población que solicita atención en el CAD presenta una mayor varianza, acuden con más frecuencia otros sujetos que desarrollan su trabajo en el sector comercial y en servicios, como la hostelería. Se trata de actividades con horarios amplios, con exigencias de sobreesfuerzo, en los cuales, al menos en las primeras fases del consumo, la cocaína cumpliría una función energizante que permitiría afrontar tales demandas. Con posterioridad, la droga iría invadiendo otros ámbitos de su vida, hasta controlar por completo su conducta. En esta población, la falta de recursos sociales provocaría una más rápida desinserción y abocaría a situaciones que son comu-

nes a los usuarios de otras drogas.

En ambos segmentos de población, un hecho es común: la carencia de recursos de utilización del tiempo libre. La retirada de la cocaína provoca sistemáticamente un vacío vivencial en el sentido de carecer por completo de actividades alternativas por encontrarse ligadas todas las disponibles al uso del estimulante.

Suelen presentarse también problemas en el seno familiar ligados a las conductas agresivas o violentas desarrolladas durante las fases de consumo. Tanto los padres como en otros casos las parejas han padecido el exceso de violencia, acuden con miedo de que pueda repetirse y, en algunos casos, rompen los vínculos con el drogodependiente en previsión de que volvieran a suceder. Esta desestructuración familiar, consecuencia de los episodios violentos, es una secuela extremadamente difícil de revertir, por cuanto nadie puede asegurar que en las previsibles recaídas puedan acaecer nuevamente, tanto más cuanto que, en ocasiones, el trabajo social va encaminado precisamente a la protección de los familiares más vulnerables (menores, mujeres) por encima del tratamiento rehabilitador del adicto.

Modelo de tratamiento desde el CAD

Acogida

Hemos podido constatar durante los últimos años un hecho importante: de la acogida que se dispense al usuario en el momento de formular la demanda va a depender, en buena medida, su adherencia al dispositivo.

Lo más frecuente es que el sujeto acuda con la creencia de «no ser como los toxicómanos» o pertenecer a una población diferente de la que observa en la sala de espera. Tanto da que en esa sala de espera existan cada vez más asiduamente personas con una problemática similar a la suya; el hecho es que, para muchos de estos usuarios, acudir a un Centro de Drogodependencias provoca una intensa disonancia cognitiva, que no puede ser resuelta en ese momento, sino en fases posteriores. Desestimar esa creencia sin disponer del tiempo suficiente para modificarla nos hará, muy probablemente, perder al usuario.

Un ejemplo que puede ilustrar esta apreciación: en otros momentos del CAD, cuando se proporcionaba la primera cita a un usuario (generalmente, consumidor de heroína) se propiciaba su sensación de ser atendido, prescribiéndole la realización inmediata de una analítica completa durante el tiempo de espera.

Cuando hemos efectuado la misma operación con un usuario de cocaína en lugar de obtener dicha sensación, lo que se ha producido es un rechazo del dispositivo por sentirse considerado como «enfermo» o posible afectado de enfermedades propias de otros grupos de población. Obviamente, hemos desestimado esta manera de proceder, demorando la solicitud de analíticas hasta que ésta fuera aceptable dentro del marco conceptual del usuario.

En definitiva, dada la especial idiosincrasia de estos sujetos, preferimos una intervención inicial aséptica, ágil para dar respuesta a la expectativa de acción rápida que presentan, una cita de valoración lo más pronto posible, y demorar cualquier otra intervención hasta tanto ésta se vea rodeada de un encuadre terapéutico adecuado.

Valoración

Igualmente clave es esa primera cita de valoración de cara a mantener la adherencia de estos sujetos. Aquí sí van a surgir todo el conjunto de creencias estereotipadas que arropan el consumo, y será necesario comenzar un trabajo de reestructuración cognitiva, desde este momento, irrenunciable.

Tras la recogida de datos, la valoración inicial debe completarse con la anamnesis y el análisis funcional de las conductas de consumo. Será preciso formular las primeras hipótesis sobre psicopatología en el momento actual, necesidad de tratamiento farmacológico, gradación de importancia de las diversas drogas consumidas, actitud del entorno familiar frente al problema y frente al trabajo rehabilitador, recursos disponibles por parte del usuario y su entorno y, finalmente, esbozar un plan de tratamiento que posibilite una intervención rápida.

Pero, además, será momento de revisar las creencias, de discutirlas con el sujeto (y con sus familiares si le acompañan), de aportar la información necesaria para el cuestionamiento y, en definitiva, de consensuar un marco conceptual aceptable para ambas partes. Con posterioridad, tiempo habrá de trabajar en citas con psicólogo la reestructuración cognitiva como estrategia amplia, pero ésta debe ser iniciada desde esa primera cita, eliminando temores, desestimando etiquetas y estimulando la motivación a participar en un tratamiento desde presupuestos aceptables para el sujeto.

Por otra parte, desde esta 1.^a cita de valoración, es preciso formular hipótesis sobre la funcionalidad de las diversas drogas implicadas. Con gran frecuencia, la cocaína presenta el consumo coincidente de alguna

droga de carácter sedativo, cuya función sería la reversión de los efectos no deseados de aquélla. Lo más habitual es que se trate del alcohol, pero suelen aparecer también el cannabis y las benzodiazepinas, o bien la heroína, aunque, en este caso, con toda probabilidad la demanda no estaría basada en el consumo de cocaína sino en el de heroína, aunque desde la perspectiva profesional se intervendría de la forma más adecuada. En el caso del alcohol es preciso descartar que ésta sea la droga principal o que se haya instaurado un auténtico alcoholismo, que sería en ese caso el objetivo inmediato de la intervención.

En todo caso, es preciso diseñar un mapa en el cual se identifiquen la droga principal, la droga co-principal, las drogas instrumentales y las drogas secundarias. Esta maquetación del consumo posibilitará una intervención por objetivos.

En las siguientes citas de valoración cada área de trabajo profundizará en la problemática específica hasta alcanzar un plan de tratamiento adecuado. Ello sin descartar que la valoración no se completará con estas citas sino, de una manera dinámica, al hilo del tratamiento y de la conducta más o menos ajustada del individuo.

Tratamiento

Aunque el tratamiento se produzca de una forma integrada, vamos a hacer especial hincapié en los aspectos farmacológicos y psicoterapéuticos más frecuentes:

Tratamiento farmacológico

Teniendo en cuenta los trastornos psicológicos más frecuentemente observados la intervención psicofarmacológica irá encaminada en el sentido en que el diagnóstico previo nos indique. Los medicamentos más frecuentemente utilizados en nuestro CAD son:

— ISRS. Aunque la bibliografía no informa de estudios controlados que hayan demostrado concluyentemente la eficacia de estos fármacos en el tratamiento de la dependencia cocaínica, si existen muchos que avalan su efectividad para disminuir la sintomatología ansiosa y depresiva que presentan la mayoría de estos usuarios, siendo especialmente útiles cuando se evidencia una depresión de mayor entidad en la base del consumo. Además, estos fármacos ofrecen una gran adherencia, acompañada de mínimos efectos secundarios y buen cumplimiento, lo que facilita su administración en el ámbito de un tratamiento global. En concreto, la fluoxetina (cuando predominan síntomas de

anergia), la paroxetina (cuando, por el contrario, existe hiperactividad y excesiva sintomatología ansiosa y se busca cierta sedación), la sertralina y el citalopram (cuando se hace necesaria la administración concomitante de ansiolíticos) son los más frecuentemente utilizados en nuestro centro.

En ocasiones hemos probado con antidepresivos tricíclicos, pero los efectos secundarios no favorecen precisamente la adherencia y el cumplimiento, por lo que, aunque puedan ser utilizados en fases posteriores, no nos han parecido fármacos de elección en estos momentos iniciales. En otros casos, hemos utilizado inhibidores de recaptación de serotonina y noradrenalina, como la venlafaxina, con resultados dispares: en algunos casos, la relativa hiperactividad que promueve este fármaco hace más tolerable la abstinencia a cocaína, pero en otros casos, esta hiperactividad opera como estímulo condicionado para el retorno al consumo o, sencillamente, se hace intolerable para el sujeto. Carecemos de estudios controlados que hayan probado este fármaco y que nos orienten sobre los candidatos más idóneos y las dosis más efectivas, aunque creemos que, en un futuro, puede resultar uno de los fármacos con mejores perspectivas en estos pacientes⁵.

— Benzodiazepinas, en los casos en que predominan la agitación, el nerviosismo, el insomnio de conciliación y, en general, signos y síntomas de hiperactividad. Preferimos, en todos los casos, las de acción larga y, especialmente, el ketazolam, fácilmente dosificable, muy sedante, con acción prolongada y una cierta inducción al sueño.

— Antipsicóticos, en los casos en que la sintomatología psicótica no remite con facilidad o presente características que la conviertan en el trastorno subsidiario de intervención inmediata. Hemos probado con éxito la risperidona, aunque, en los últimos meses la olanzapina es el fármaco que mejores resultados nos proporciona, si bien nuestra experiencia todavía es insuficiente. En casos graves se propicia un inmediato ingreso en Servicio de Psiquiatría de Agudos.

— Naltrexona y Disulfiram. El uso de estos fármacos en esta población, se justifica desde dos perspectivas:

- De una parte, observamos sistemáticamente que el consumo de cocaína se acompaña de otras sustancias sedantes, sin las cuales la cocaína se hace intolerable para el sujeto. El bloqueo de estas drogas instrumentales facilita y, en algunos casos, posibilita la abstinencia a cocaína. Siendo las más frecuentes el alcohol y la heroína, el bloqueo de su consumo facilita, con frecuencia, el bloqueo indirecto del consumo de

estimulantes.

- De otra parte, la naltrexona ha demostrado en varios estudios (aunque no en otros) su eficacia en la reducción del consumo y el *craving* de cocaína⁶. Parece ser que el bloqueo de los receptores opiáceos disminuye la gratificación proporcionada por la autoadministración de cocaína⁷, por lo que estaría justificado su uso especialmente en aquellos sujetos que no son capaces de alcanzar la abstinencia completa. En nuestro CAD lo hemos utilizado desde esta perspectiva sin que podamos aportar resultados concluyentes.

Tratamiento psicológico

Sin duda, el peso principal del tratamiento dirigido a estos usuarios es el que aporta la psicoterapia. Al no existir necesidad de realizar una desintoxicación física (salvo en muy contados casos) ni disponer de fármacos bloqueantes antagonistas o interdictores, la intervención va a ir encaminada a dotar al sujeto de las estrategias necesarias para afrontar las situaciones de riesgo y las sucesivas caídas y recaídas en el consumo. Aunque cada psicólogo desplegará la gama de estrategias terapéuticas que considere más efectivas en cada caso, podemos considerar como más aplicado el Modelo de Prevención de Recaídas de Marlatt y Gordon⁸, con los componentes de reestructuración cognitiva, aprendizaje de habilidades de afrontamiento y de resolución de problemas.

Es de utilidad también el Modelo de Procesos de Cambio de Prochaska y Di Clemente^{9,10} en la medida en que puede situar al usuario en una dimensión intencional de cambio y orientar hacia la puesta en práctica de las estrategias más adecuadas en cada momento.

En general, se combinan las estrategias individuales y grupales puesto que consideramos que existe un abanico de cuestiones que son en gran medida comunes a los miembros de esta población, que pueden ser trabajadas en grupo; sin embargo, las condiciones particulares, como determinantes psicopatológicos, gama estimular y recursos de afrontamiento, son idiosincrásicos, lo que obliga a desarrollar paralelamente una intervención individualizada, así como una atención específica a cada núcleo familiar.

El esquema de intervención grupal se muestra en la figura 2.

Tratamiento social

Desde esta área de trabajo, la intervención va encaminada a la restauración de aquellos ámbitos que han quedado deteriorados por las circunstancias asociadas al

GRUPO DE COCAÍNA

POBLACIÓN DESTINATARIA — Usuarios del CAD con un patrón de consumo de cocaína intranasal con o sin alcohol como droga co-principal.

OBJETIVOS — Trabajo grupal sobre aspectos comunes de la dependencia y/o abuso de estimulantes:

- Cambio actitudinal.
- Eliminación de creencias disfuncionales.
- Modificación de conductas y hábitos relacionados con el consumo.
- Ensayo de conductas alternativas.
- Aporte de información relevante.
- Feedback diferencial de conductas.
- Entrenamiento en solución de problemas.
- Reestructuración cognitiva.
- Asignación de tareas.
- Aporte de recursos alternativos de índole ocupacional y sociorelacional.

ESTRUCTURA DEL GRUPO

- Grupo abierto, de un máximo de doce participantes.
- Asistencia ofrecida como parte del procedimiento rehabilitador global y, en esa medida, imprescindible. La inasistencia injustificada supondrá la advertencia explícita de la inadecuación del tratamiento, pudiendo suponer un alta anticipada. La asistencia será reforzada por los terapeutas y por el propio grupo, promoviéndose igualmente el reforzamiento del entorno familiar.
- Una sesión semanal de 90 minutos (30 minutos adicionales para la revisión y registro por parte de los terapeutas).
- Dos grupos: uno de mañana y uno de tarde, ajustando la convocatoria a uno u otro según necesidades individuales del usuario.
- Terapeuta (psicólogo) y co-terapeuta (figura profesional indistinta). En ausencia del terapeuta, el co-terapeuta asumirá la conducción del grupo.

MARCO TEÓRICO

- Modelo de Procesos de Cambio (Prochaska y DiClemente, 1982, 1984).
- Modelo de Prevención de Recaídas (Marlatt y Gordon, 1985).

OTRAS INTERVENCIONES PARALELAS — El profesional de referencia de cada sujeto determinará la necesidad de disponer de otras modalidades de intervención: individual, familiar, social, ocupacional.

CRITERIOS DE FINALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO GRUPAL
El profesional de referencia, en coordinación con los terapeutas del grupo, determinará cuándo es conveniente suspender la asistencia de cada usuario al grupo.

Figura 2. Modelo de intervención grupal con usuarios de cocaína intranasal/inhalada en el CAD-4.

consumo. Se trataría de abordar las variables de índole social que han sido identificadas en el análisis funcional como desencadenantes o mantenedoras del consumo.

Las variables sociales a trabajar se mueven en el espectro de lo microsocial a lo más comunitario, existiendo intervenciones del trabajador social en todos los ámbitos. Como ya hemos indicado, el área familiar suele quedar fuertemente dañada fundamentalmente a consecuencia de la agresividad habitual de estos usuarios, de modo que, en muchos casos, es preciso considerar la posibilidad de poner en marcha mecanismos de

protección social para los familiares más vulnerables.

Otro objetivo será restituir la relación del cocainómano con su entorno comunitario, especialmente en aquellos casos en los que se ha detectado violencia o actividades marginales o desadaptadas.

Resultados

La población atendida en este período se sitúa en un rango de edad comprendido entre los 16 y los 45 años (dt 5,8) con una media de 29. La antigüedad en el consumo en el momento de la demanda es entre 1 y 9 años de consumo, con una media de 4,5 años desde el primer contacto con la sustancia. Es de destacar que aquéllos que demandaron atención tras el primer año de consumo tenían en común la no utilización conjunta de sustancias con efectos tranquilizantes (alcohol, opiáceos, tabaco), y que en estos pacientes los síntomas aparecieron y se incrementaron a una velocidad muy superior en comparación con el resto.

Los resultados del tratamiento en los últimos 5 años son los siguientes:

- Altas con objetivos cumplidos = 69.
- Altas con objetivos parcialmente cumplidos = 66.
- Abandonos en tratamiento = 25.
- Abandonos en valoración = 15.
- Continúan en tratamiento = 63.

Hay que hacer constar que los criterios que define el Plan Municipal contra las Drogas de Madrid para la medición del logro de objetivos son los siguientes:

Fin de tratamiento con objetivos cumplidos:

- Mantenimiento de la abstinencia por un período mínimo de 6 meses.

— Responsabilidad personal en los cuidados de salud.

— Funcionamiento social adecuado.

— Maduración personal para funcionar con autonomía y armonía en su medio social.

Fin de tratamiento con objetivos parcialmente cumplidos:

— Mantenimiento de la abstinencia por un período inferior a 6 meses.

— Mejoras en el estado de salud.

— Mejoras en el funcionamiento social, las relaciones interpersonales y la maduración personal.

Estos resultados suponen cifras de éxito en tratamiento significativamente más elevadas que las obtenidas en otras poblaciones, en especial heroinómanos en programas libres de drogas y alcohólicos. En la tabla I se puede comparar los porcentajes de cada criterio de alta de programa con los obtenidos por la media

Tabla I. Comparativa de resultados entre la población atendida por cocaína en el CAD-4 y el total de usuarios de todas las drogas atendidos en todos los CADs

	1997	1998	1999	Población atendida por cocaína (1995-2000)
Fin de tratamiento con objetivos cumplidos	25%	31%	28%	39,4%
Fin de tratamiento con objetivos parcialmente cumplidos	35%	28%	31%	37,7%
Abandono en tratamiento	18%	20%	25%	14,3%
Abandono en valoración	22%	21%	16%	8,6%

del total de usuarios de los CADs, sea cual fuere la droga que justifica el tratamiento, en los últimos tres años.

También es significativa la disminución de usuarios perdidos entre el momento de la acogida y la primera cita de valoración. En los primeros años la acogida se realizaba en los mismos términos que a cualquier otro usuario que demandaba tratamiento. A medida que hemos ido conociendo las peculiaridades de esta población y, en consecuencia, adaptando nuestras intervenciones, ha sido favorecida la incorporación al tratamiento de los consumidores de cocaína (tabla II).

La interrupción del consumo previa al mantenimiento de la abstinencia —en los casos en que éste se ha logrado— se ha conseguido por diferentes vías (tabla III).

Otro dato significativo es el tiempo de tratamiento que ha sido necesario para finalizar el tratamiento con cumplimiento de objetivos: mientras los usuarios de cocaína del período estudiado necesitaron una media de 8,59 meses (desv. tip. 5,75 meses), una muestra emparejada de usuarios de heroína necesitó una media de 20,66 meses (d.t. 6,9 meses). Las estancias en Comunidad Terapéutica fueron también más cortas para

Tabla II. Número de sujetos que acuden en demanda de tratamiento por cocaína, pero no acuden a la entrevista de valoración, por años

1995	25
1996	22
1997	16
1998	9
1999	6
2000	3

Tabla III. Causas de interrupción del consumo de cocaína

Interrupción abrupta y espontánea en la fase inicial de tratamiento	25,19%
Interrupción abrupta tras crisis psicótica con o sin ingreso hospitalario	12,10%
Interrupción tras una fase de sucesivas recaídas durante el tratamiento	40,75%
Interrupción tras ingreso en Unidad de Desintoxicación Hospitalaria	5,18%
Interrupción tras ingreso en Comunidad Terapéutica Profesional	16,29%

los consumidores de cocaína: 135,7 días (d.t. 34,5) frente a los 180,17 (d.t. 20,6) que necesitaron los heroínomanos.

Comentario

A la vista de estos resultados, planteamos las siguientes consideraciones:

1. El tratamiento propuesto parece ofrecer altos niveles de efectividad, al menos cuando se comparan los resultados con los obtenidos mediante modelos similares en sujetos que presentan otros patrones de consumo. También parece clara una mayor eficiencia, por cuanto han de movilizarse menos recursos y durante períodos más cortos de tiempo, para obtener resultados similares.

2. La intervención farmacológica parece ser eficaz en tanto que reduce el malestar y los síntomas asociados a la retirada de la droga, que podrían operar como estímulos desencadenantes del consumo. Sin embargo, el núcleo central de la intervención se sitúa en el plano psicológico, en especial aquellas actuaciones que tienen como objetivo la modificación de creencias sustentadoras del consumo y el incremento de la capacidad percibida por el usuario para manejar el consumo. Tales creencias pueden bloquear la intervención terapéutica si no son manejadas adecuadamente desde un principio. Por otra parte, la habitual suspicacia de estos sujetos (reforzada por los propios episodios de consumo) y el apremio con que formulan sus demandas, sitúan como punto clave del tratamiento al profesional que recibe al sujeto en la primera entrevista: es preciso sentar las bases de la relación terapéutica y formular conjuntamente los objetivos intermedios y finales de la intervención.

3. Dada la importancia de ese cambio actitudinal, nos parece de gran capacidad explicativa y de interés para el diseño de la intervención la Teoría de la

Conducta Planificada, de Ajzen¹¹, con sus tres elementos: el actitudinal, la norma subjetiva y el control conductual percibido. Según nuestra experiencia, a medida que se modifican las creencias (sobre la droga y sobre las consecuencias de su consumo) y a medida que el sujeto clarifica lo que se espera de él en su entorno significativo, crecerán sus expectativas de autoeficacia y de resultados, posibilitando el control ejercido por el sujeto. No obstante, es preciso realizar paralelamente un control estimular externo, conjuntamente con sus familiares, su pareja o sus iguales significativos, de modo que se realice un eficaz rediseño ambiental y se reduzcan, en consecuencia, las oportunidades para experimentar nuevos episodios de consumo. Los períodos cada vez más largos y frecuentes de abstinencia operan sobre el sujeto en el sentido de reafirmar su control conductual percibido.

4. Es preciso, también, significar un hecho: es frecuente el abandono del consumo en la forma de remisión espontánea, paralelamente a la solicitud de atención en el CAD. En muchos de estos casos, la experimentación de consecuencias fuertemente aversivas del consumo, así como la constancia de que otros compañeros también las han experimentado y la observación vicaria de trastornos severos, fijan a muchos sujetos en una situación de alta receptividad de información y con propensión a un cambio actitudinal mucho más rápido. Estos son los sujetos que necesitan intervenciones terapéuticas muy breves (menos de tres meses) encaminadas a mantener y generalizar dichos cambios actitudinales.

5. Por el contrario, entre los sujetos más refractarios al tratamiento, o entre aquellos que, aun acudiendo regularmente a las sesiones terapéuticas, son incapaces de controlar el consumo, se sitúan quienes presentan trastornos psicopatológicos concomitantes, tanto del eje I o del eje II (con mayor frecuencia). Las intervenciones, en estos casos, no se limitan al cambio actitudinal, sino que deben atender a un cambio de más calado en sus patrones de conducta habituales. Es preciso, en estos casos, explorar la funcionalidad de la autoadministración del estimulante en relación con los trastornos psicopatológicos relacionados.

6. Finalmente, hacer constar un hecho: las creencias que justifican el consumo de cocaína tienen un soporte social. La supuesta inocuidad de esta droga, su aparente controlabilidad, su asociación con actividades lúdicas y de esparcimiento, son creencias que forman parte de la imagen social que esta droga man-

tiene aún en amplias capas de población, no habiendo sido capaces de modificarlas las sucesivas campañas de prevención realizadas desde diversas instituciones. Un ejemplo de la inadecuación de estas campañas po-

dría ser una de las más recientes: mientras a las pastillas (estimulantes anfetamínicos, se supone) se les atribuye como efecto indeseable la ideación paranoide y la agresividad interpersonal, a la cocaína se le atri-

Bibliografía

1. Plan Nacional sobre Drogas: Memoria 1988. Madrid: Ministerio del Interior; 1999.
2. Plan Municipal contra las Drogas: Memoria 1999. Madrid: Ayuntamiento de Madrid; 2000.
3. Washton AM. La adicción a la cocaína. Barcelona: Paidós; 1995. p. 16-22.
4. Sopelana Rodríguez P. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas. *Medicine* 1994;6(66): 2947-57.
5. Gorman JM, Kent JM. SSRIs and SNRIs: Broad spectrum of efficacy beyond major depression. *Journal of Clinic Psychiatry* 1999;60(4):33-8.
6. Sopelana P. Tratamiento de la dependencia a los psicoestimulantes. En: Avances en toxicomanías y alcoholismo. Aspectos conceptuales, farmacológicos, clínico terapéuticos y médico-legales. Madrid: Universidad de Alcalá 1996;137-49.
7. Spitz H, Rosecan JS. Abuso de cocaína: Nuevos enfoques e investigación y tratamiento. Barcelona: Ediciones en Neurociencias; 1990.
8. Marlatt GA, Gordon JR. Relapse prevention. Nueva York: Guilford; 1985.
9. Prochaska JO, DiClemente CC. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 1982;19:276-88.
10. Prochaska JO, DiClemente CC. The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of therapy. Homewood: Dow Jones-Irwin; 1984.
11. Ajzen I. Attitudes, personality, and behavior. Chicago: The Dorsey Press; 1988.