

EDITORIAL

Adicción a la cocaína, tratamiento psicológico y sanidad pública

La lectura del estudio comparativo de Sánchez-Hervás¹ y un destacado grupo de investigadores de nuestro país, que aparece en el presente número de Trastornos Adictivos, incluye tres elementos clave de nuestra práctica clínica actual. Éstos son el tratamiento psicológico de las adicciones, su aplicación en el caso concreto de la dependencia de cocaína y su puesta en marcha en la sanidad pública. Tal conjunción de elementos da ocasión para un comentario sobre cómo optimizar la asistencia que reciben los pacientes.

Como médico tengo una marcada tendencia a ver las enfermedades y trastornos desde una perspectiva biológica. Así, me hago la reflexión de que al estómago llegan alimentos y sangre, como a los pulmones gases y también sangre. Tanto los alimentos como los gases pueden dañar el estómago y los pulmones, respectivamente. Al cerebro lógicamente también llega sangre y de este modo las sustancias de abuso cambian su funcionamiento. Pero al cerebro también llega información, que al ser procesada puede causar serias disfunciones.

Así que cuando se aborda el problema de un paciente es bueno preguntarse qué se puede hacer para ayudarle tanto a través del procesamiento de la información, como utilizando sustancias que llegan al cerebro a través de las arterias. Como puede deducirse en este planteamiento, que no ignoro que es simplificador, el concurso de los psicólogos para tratar los trastornos mentales es esencial en una de las vertientes de la intervención, como especialistas en el tratamiento a través del procesamiento de la información.

Decía que el esquema es simplificador. Como psiquiatra considero que el tratamiento psicológico es parte de mi especialidad y que lo estoy aplicando desde el momento en que contacto con el paciente. También sé que los medicamentos que recomiendo tienen un efecto placebo y que el disulfiram en la dependencia de alcohol funciona a través de un mecanismo de disuasión psicológica. Ésta consiste en que el paciente tiene la información de que si bebe alcohol tendrá una reacción biológica desagradable. Por otra parte, en la remisión de la adicción suele ser menos importante lo que el paciente toma (medicamentos) que lo que deja de tomar (sustancias de abuso). Y para que deje de tomar son de probada ayuda las intervenciones como las que describen Sánchez-Hervás y colaboradores¹. Por último, el cerebro es un ordenador muy avanzado en el que el software puede modificar significativamente el hardware. De este modo, cabe la posibilidad de que el tratamiento psicológico por sí mismo cambie la biología cerebral.

Como es de sobra conocido por todos, nuestras posibilidades actuales para tratar la dependencia de cocaína utilizando medicamentos son muy limitadas. En este aspecto los médicos nos encontramos con una situación muy diferente a la que tenemos ante la dependencia de opioides o de las sustancias de abuso legales. Como es lógico, estamos empeñados en buscar una alternativa de tratamiento por la vía sanguínea, pero en este momento la vía de los órganos de los sentidos es crucial. Tanto que en realidad los ensayos clínicos que se publican para evaluar la eficacia de los medicamentos en la dependencia de cocaína comparan de hecho combinaciones de tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos.

Por lo tanto, en el momento actual la piedra angular del tratamiento de la dependencia de cocaína es la intervención psicológica. Por este motivo, hace ya años le pedí a un compañero de la Unidad de Adicciones donde trabajo que tradujese el manual de Carroll para el tratamiento de la adicción a la cocaína desde un enfoque cognitivo-conductual². Ésta es una posibilidad de tratamiento entre otras que pueden ser muy útiles³. Lo interesante es ir comparando en nuestro medio cultural las distintas alternativas existentes, como hacen Sánchez-Hervás y sus colaboradores, para comprobar cuál puede ser más adecuada para nosotros.

Ahora el tema es trasladar este planteamiento a la sanidad pública. En el artículo que da pie a este Editorial se aplica el refuerzo comunitario renunciando a elementos que han demostrado ser útiles para mejorar la adicción a la cocaína, como la intensidad del tratamiento (sólo una visita semanal en vez de dos) o el empleo de vales. Este diseño seguramente es el que más se parece a cómo se puede aplicar en la práctica real esta variedad de intervención psicológica. La pregunta aquí es qué nos impide utilizar en nuestro trabajo habitual algo que ha demostrado ser eficaz, lo que resulta excepcional, para tratar la dependencia de cocaína.

Seguramente hay un tema económico. También una marcada dificultad de los profesionales que trabajamos en el campo de las adicciones para mostrar a quien corresponda que los trastornos que atendemos deben ser gestionados con los mismos criterios económicos que el resto de las enfermedades y trastornos mentales. Otro problema añadido que nos concierne directamente es que manejamos conceptos que confunden a la sociedad respecto a lo que es una dependencia de sustancias.

Es un error reducir la dependencia de sustancias a la existencia de un patrón desadaptativo de consumo. Éste es el concepto que aparece en el DSM-IV y la CIE-10. Si el problema es que se consume desadaptativamente, la solución es muy fácil: no consumir. Sólo falta, se podría argumentar a continuación, que además se premie al sujeto que tiene un comportamiento desadaptativo por dejar de tenerlo. Pero una adicción es más que consumo. La adicción incluye una grave alteración motivacional⁴ que subyace en el comportamiento desadaptativo. Así, nuestro gran reto es prevenir la recaída, es decir, reducir las alteraciones motivacionales que persisten durante al abstinencia de cocaína.

Con este planteamiento sería mucho más fácil explicar el empleo de vales. Se trata de generar un conflicto motivacional, algo que resulta clave a la hora de tratar una adicción. Este conflicto se genera al sufrir un infarto de miocardio un fumador de tabaco o al incrementarse el precio de las bebidas alcohólicas en el caso de una persona con abuso de esta sustancia. Creo que la mayoría coincidiríamos en que es preferible para el paciente que el conflicto motivacional se genere por un incentivo (vales) que por un castigo (infarto).

El resumen de lo comentado hasta aquí se recoge a continuación. El tratamiento combinado de la adicción con el concurso de médicos y psicólogos es el modelo ideal de intervención. En el caso de la dependencia de cocaína el tratamiento psicológico es preeminente respecto al biológico. Tenemos que hacer un esfuerzo para conseguir que los pacientes con drogodependencias tratados en la sanidad pública reciban las intervenciones que han demostrado ser eficaces. Este esfuerzo requiere quitarse complejos, hacer autocritica sobre nuestra capacidad para explicar los problemas que tratamos y acumular información como la que aportan Sánchez-Hervás y colaboradores¹.

J.C. Pérez de los Cobos-Peris
Unidad de Adicciones-Servicio de Psiquiatría.
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. España.
Presidente de la SET

Bibliografía

1. Sánchez-Hervás E, Secades-Villa R, Zácarés Romaguera F, García-Rodríguez O, Fernández-Hermida JR, Santonja Gómez FJ. Tratamiento psicológico para dependientes a la cocaína en la red sanitaria pública. *Trastornos Adictivos*. 2008;10(4):276-83.
2. Carroll KM. Un enfoque cognitivo-conductual: el tratamiento de la adicción a la cocaína. Madrid: FAD-CITRAN, Madrid; 2001.
3. Trujols J, Luquero E, Siñol N, Bañuls E, Tejero A, Batlle F, et al. Técnicas de intervención cognitivo-conductuales para el tratamiento de la dependencia de cocaína. *Actas Esp Psiquiatr*. 2007;35:190-8.
4. Pérez de los Cobos J, Batlle F, Casas M. Propuesta para una mejor integración de las drogodependencias en la nosología psiquiátrica. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines*. 1996;35:190-8.