

Dificultades en el tratamiento psicológico del abuso de cocaína

E. Sánchez Hervás, V. Tomás Gradolí

Psiquis, 2003; 24 (1): 37-44

Resumen

Los años ochenta y noventa han supuesto un considerable auge del uso de psicoestimulantes entre la población, en especial del uso de cocaína. Esta situación ha provocado que en los últimos años haya aumentado de forma considerable el número de personas que demandan tratamiento por abuso de cocaína.

La facilidad de los consumidores para abandonar el uso de la sustancia durante unos días y la alta frecuencia con la que vuelven a reiniciar el consumo, dificultan la adherencia al tratamiento de este tipo de pacientes.

El trabajo que se presenta a continuación está basado en la experiencia clínica de los autores en el tratamiento de sujetos adictos a cocaína y es un intento de integración de las estrategias que ya se conocen en el tratamiento de la adicción a drogas, aplicado a las características específicas de la dependencia a la cocaína, con el objetivo de obtener una psicoterapia que sea más efectiva en la práctica diaria.

Palabras clave: Adicción. Abuso. Cocaína. Psicoterapia.

Abstract

Difficulted in psychological treatment of cocaine abuse

The eighties and nineties have entailed a considerable boom of stimulants use among population, especially of cocaine use. This fact has brought about considerable increase of people who demand treatment because of cocaine abuse in the last years.

Easiness of consumers to leave the use of this substance during some days, and the high frequency in which they return to reinitiate its consume, make difficult the adherence of this type of patients to the treatment.

The report that is going to be presented now, is based in clinic experience of the authors in individuals who abuse of cocaine, and is an integration intent of well known strategies in the treatment of drugs addiction, applied to the specific characteristics of cocaine abuse, with the objective of obtain a psychotherapy more effective daily practice.

Key words: Addiction. Abuse. Cocaine. Psychotherapy.

Introducción

En la actualidad se considera que a pesar de las diferencias existentes entre las distintas adicciones, todas comparten una serie de aspectos comunes que permiten encuadrarlas dentro de un marco global, al que se viene denominando "conductas adictivas". Los sujetos con problemas derivados del uso y/o abuso de drogas, de juego, de bebida, de tabaco, etc, llevan a cabo comportamientos que pueden ser comparados en cuanto a las propiedades que los caracterizan (1): a) la capacidad de la sustancia y/o actividad para actuar como un reforzador positivo; b) la presencia de tolerancia condicionada, caracterizada por la reducción de la efectividad de la sustancia debido a la presencia de señales ambientales que mediatizan sus efectos; c) el desarrollo de dependencia física y/o psicológica con el uso continuado y/o la realización repetida de la actividad; d) la sustancia y/o actividad tiende a producir un estado afectivo inicial de euforia (estar colocado), que disminuye con el mantenimiento de la adicción, en el que prevalece un estado afectivo opuesto (malestar, disforia); e) la capacidad de la sustancia y/o actividad de actuar como un eficaz estímulo incondicionado pavloviano, produciéndose respuestas condicionadas a las señales ambientales en las que tiene lugar el desarrollo de la adicción y f) la presencia de estados emocionales caracterizados por un intenso nivel de activación general.

No obstante, y a pesar de las similitudes, las conductas de uso y/o abuso de cocaína difieren del resto de conductas adictivas, incluidas las conductas de adicción a otras sustancias psicoactivas. Este hecho supone que el abordaje psicoterapéutico a realizar con los pacientes que demandan tratamiento por abuso de esta sustancia, sea sensiblemente diferente al que se realiza con los pacientes cuya sustancia de abuso principal es la heroína, el alcohol o las benzodiacepinas.

La demanda de tratamiento por consumo de cocaína en los recursos de tratamiento público es relativamente baja si la comparamos con la demanda por abuso de otras sustancias. A pesar de ello, en los últimos años existe una demanda creciente de tratamiento (proporcionalmente mayor que para otras sustancias). Además, la cocaína es la sustancia psicoactiva con mayor nivel de experimentación entre la población. Según datos del Plan Nacional sobre Drogas (2), el 3,2% de la población la ha consumido en alguna ocasión y el 1,53% ha consumido durante el último año.

No existe en la bibliografía sobre drogodependencias un número importante de referencias que traten específicamente el tema del tratamiento psi-

cológico del abuso de cocaína. En parte, porque tradicionalmente la investigación se ha centrado en la mayor incidencia provocada por el abuso de otras sustancias (heroína y alcohol especialmente) y, por otra, por el escaso conocimiento científico que se posee sobre sus mecanismos de acción y las estrategias a seguir para poder asegurar la abstinencia después de un período largo de consumo.

El objetivo perseguido por los autores al realizar este trabajo, basado en la información bibliográfica y la experiencia clínica diaria en una Unidad de Conductas Adictivas, es intentar ofrecer un marco de referencia adecuado que posibilite una intervención más eficaz con los pacientes que presentan problemas derivados del abuso de cocaína.

Neurobiología y clínica de la cocaína

La cocaína es un fármaco euforizante que provoca a dosis moderadas efectos activadores a nivel cerebral. Esta acción se traduce en una elevación del humor, de energía y del estado de alerta. Estos efectos son inmediatos tras el consumo y perfectamente objetivables tras dosis de 100 miligramos de cocaína intranasal. El consumo de cocaína y de los psicoestimulantes en general aviva el tono general, aumenta la interacción con el entorno y agiliza el entendimiento, por lo que pueden ser buenos instrumentos para aumentar el rendimiento mental y, posiblemente, para aliviar la depresión (3). También aumentan la confianza y la seguridad en uno mismo, por lo que facilitan las relaciones interpersonales. En general podría decirse que el uso moderado de cocaína produce bienestar.

Otros efectos del consumo de cocaína además de los producidos sobre las emociones incluyen una estimulación motora generalizada y una activación del sistema cardiovascular, que se percibe como un aumento del pulso y que también incluye una vasoconstricción sanguínea y un aumento de la presión arterial. Además los psicoestimulantes como la cocaína, disminuyen la sensación subjetiva de fatiga, pueden aumentar la rapidez de reacción del individuo e inhibir el apetito.

La cocaína estimula el sistema nervioso central aumentando la actividad normal de determinados neurotransmisores cerebrales. Fundamentalmente excitan la actuación de la noradrenalina, la serotonina y la dopamina (tres de los principales neurotransmisores implicados en los sistemas cerebrales que regulan la conducta emocional). Básicamente la acción de la cocaína se centra en dos procesos (4): a) promueve una mayor cantidad de neurotrans-

misores endógenos y b) bloquea la recaptación fisiológica de estos neurotransmisores, impidiendo su reabsorción al interior de la neurona.

La cocaína activa los sistemas neuroanatómicos de recompensa por estimulación cerebral endógena y, consiguientemente, incita a la administración repetitiva. Si bien los efectos de la cocaína sobre las vías de recompensa por estimulación cerebral son complejos, varios estudios han documentado la capacidad de la cocaína de aumentar la liberación y los niveles de dopamina en la sinapsis. La investigación indica que estos sistemas dopaminérgicos desempeñan un papel importante en los efectos de recompensa asociados con la alimentación, la motivación sexual masculina, la autoestimulación, el consumo de drogas y el condicionamiento en la escala de preferencias de Calcagnetti y Schecheter (5).

La cocaína puede lograr un refuerzo positivo bloqueando la respuesta de la dopamina en las neuronas presinápticas (6). Previendo la respuesta de la dopamina, se acumularán concentraciones mayores de la misma en el curso presináptico y habrá más dopamina disponible en el lado postsináptico para el estímulo de receptores específicos.

Los altos niveles anormales de dopamina en la sinapsis final inhiben la tasa de activación de las células dopaminérgicas y fuerzan la síntesis de dopamina, bloqueando el proceso por el cual la dopamina sináptica se desactiva y recicla (7). Parece que la administración crónica de cocaína aumenta los niveles límite de recompensa en las áreas de recompensa de la dopamina y origina un descenso en la regulación de las regiones cerebrales de recompensa, un efecto que se relaciona con la disforia asociada a la abstinencia de cocaína. Interferiendo con una actividad neuroquímica, la cocaína actúa de varios modos como un neurotransmisor de dopamina inducido artificialmente.

Otros factores no farmacológicos como la vía de administración y la dosis, desempeñan un papel importante en el desarrollo de la adicción a la cocaína. Un proceso de aprendizaje central, que parece tener lugar en el sistema mesolímbico, combina los efectos de la droga con la autoadministración voluntaria y otros factores de entorno y sociales asociados con el uso de drogas.

Los efectos psicológicos y de comportamiento inducidos por el uso de cocaína dependen de varios factores: la vía de administración, la cronicidad de su empleo, la salud del usuario, el consumo pasado y presente de otras drogas y alcohol y el entorno donde se consume la sustancia. Cuanto más pura sea la sustancia, mayores serán los efectos específicos neurobiológicos y de comportamiento. La

cocaína se adultera normalmente con otras sustancias como el manitol, la lactosa o la glucosa para añadir peso y, con cafeína, lidocaína, anfetaminas, quinina o incluso heroína, para añadir sabor y proporcionar efectos estimulantes adicionales al sistema nervioso central (8). Tanto la concentración de cocaína como los adulterantes afectan la respuesta del sujeto al uso de la sustancia.

El consumo de drogas ofrece unos medios rápidos y poderosos de cambiar el estado de ánimo y las sensaciones de las personas. En un análisis coste-beneficio, el sujeto busca los efectos de gratificación inmediatos como un beneficio que prevalece sobre el coste adverso que supone, a largo plazo, el consumo de la sustancia. Algunos usuarios de drogas pueden estar influidos por estados físicos o psicológicos como depresión, ansiedad o estrés, que pueden aliviarse temporalmente con el uso de drogas. El consumo de sustancias psicoactivas es un reforzante tan poderoso y moldeador del comportamiento, que todo aquello que rodea al ritual de consumo (olores, lugares, personas, acontecimientos asociados a la búsqueda y el consumo, etc), pasan a ser reforzantes.

Síndrome de abstinencia: implicaciones en el tratamiento

Gawin y Kleber (9), han identificado un modelo de tres estadios que a menudo desarrolla la abstinencia que sigue al consumo de cocaína. El primero es el inmediato estadio de depresión de la cocaína, parecido a una resaca de alcohol y caracterizado por poca energía, depresión, bradiquinesia, aumento de peso e hipersomnias. La hipersomnias puede alcanzar varios días antes de alcanzar una estabilización del estado de ánimo. Desde la mitad del primer día hasta los cuatro días posteriores al primer estadio, llega la segunda fase o síndrome de abstinencia, con depresión continuada, anhedonia, ansiedad, falta de motivación, cansancio y trastornos del sueño. Este estado anhedónico contrasta altamente con la memoria del consumidor respecto a la euforia inducida por la cocaína y, puede activar un nivel de ansiedad que conduzca de nuevo al consumo. Los síntomas físicos "fuertes" están ausentes en la abstinencia a cocaína.

La cocaína junto a la anfetamina es la sustancia psicoactiva más potente en cuanto a la capacidad de reforzamiento. Su uso produce un profundo condicionamiento clásico y operante (10). Personas, lugares, objetos y estados de ánimo positivos y negativos pueden funcionar como señales condicionadas que activen el deseo de consumo.

La tercera fase de la abstinencia incluye la extinción gradual de la ansiedad o el deseo por el consumo. En esta fase la abstinencia debe mantenerse ante la presencia de la ansiedad condicionada.

La diferente presentación del síndrome de abstinencia en el abuso de cocaína con respecto a la abstinencia de otras sustancias de abuso (heroína y alcohol) y la escasa presentación de síntomas físicos cuando se interrumpe el consumo, propició la consideración de la cocaína como una sustancia no adictiva hasta no hace mucho tiempo. Además, los consumidores de cocaína perciben sus problemas de adicción tras prolongados períodos de consumo y, tras varios intentos de abstinencia vuelven a recaer en el consumo.

En los últimos años se han utilizado diversos fármacos para el tratamiento de la ansiedad provocada por la abstinencia a cocaína.

Un fármaco antiparkinsoniano, agonista receptor de la dopamina, la bromocriptina, se ha utilizado con cierta eficacia en la desintoxicación de cocaína (11), disminuyendo la ansiedad provocada por la abstinencia.

Los antidepresivos tricíclicos también han sido utilizados en el tratamiento de la adicción a la cocaína, aunque con escasos beneficios terapéuticos (12).

Un fármaco anticonvulsivo, la carbamezapina se utilizó con una muestra de 16 fumadores de crack y los resultados se asociaron a una respuesta efectiva de abstinencia (13), aunque se dispone de pocos ensayos clínicos controlados que puedan demostrar la efectividad de esta sustancia.

La buprenorfina, un opióide mixto agonista-antagonista con efectos parecidos a la metadona, también se ha utilizado en pacientes adictos a la cocaína, aunque con resultados poco satisfactorios (14). Los mismos autores afirman que el antagonista opiáceo naltrexona, disminuye la autoadministración de cocaína.

El neuroléptico "sulpiride", ha sido utilizado con adictos a cocaína y parece bloquear los efectos eufóricos producidos por el uso de la sustancia (15).

Meert y Jansen (16), encontraron que la "ritanserina" (un antagonista serotoninérgico), disminuía el consumo de cocaína en ratas. Este hallazgo supuso la consideración de la importancia de la serotonina, además de la dopamina, en la adicción a la cocaína.

Tratamiento psicológico

La psicoterapia de los individuos que abusan de la cocaína ha tenido como guía principal un abordaje flexible y consecuente. La experiencia clínica ha demostrado que los terapeutas demasiado celosos

de descubrir las causas psicológicas del abuso de cocaína, sin proporcionar el apoyo adecuado al paciente, corren el riesgo de acelerar la recaída (17).

El importante auge del abuso de cocaína en los ochenta ha retado a los clínicos a alinearse para plantear nuevos tratamientos. El problema ha consistido en integrar lo que ya se conocía sobre el tipo más general de tratamiento de las drogas, a las propiedades más específicas de la cocaína. Este trabajo ha requerido mezclar diferentes opciones de tratamiento para obtener una psicoterapia que sea eficaz. La psicoterapia del trastorno por abuso de cocaína es un tratamiento que es efectivo en la práctica, a pesar de las respuestas a preguntas básicas de la investigación como "para quién", "durante cuánto tiempo" y "por qué motivos". Ya en 1983 Woody y Luborsky (18), afirmaron la superioridad de las psicoterapias de apoyo y cognitivo-conductuales al abordaje únicamente farmacológico en los adictos a opiáceos. Aunque la investigación en las psicoterapias del abuso de cocaína esta en un periodo de crecimiento, existe una buena comprensión clínica, derivada del tratamiento de otros adictos a drogas y de la experiencia sobre la historia natural del abuso de cocaína (19).

La persona que abusa de la cocaína

Aunque es difícil generalizar sobre una población tan grande que va del uso casual hasta un uso abusivo-compulsivo, las primeras revisiones revelaron un nivel educativo relativamente alto, buena economía y empleo (20). Pero al convertirse la cocaína en más potente y más al alcance, las diferencias entre los que abusan de cocaína y los que lo hacen de otras sustancias han disminuido en la actualidad.

Una revisión de sujetos adictos a cocaína, reveló que para la mayoría de los afectados la cocaína pesaba demasiado en sus vidas, preferían la cocaína a la comida (70%), al sexo (50%), a los amigos (64%), a las actividades familiares (72%), y a las actividades recreativas (76%) (21). La gran capacidad de refuerzo de la cocaína ha dado lugar al planteamiento de que la disposición premórbida puede ser menos relevante y el alcance fácil de la droga más importante en la cocaína que en otras drogas. (18).

La característica fundamental de los consumidores de cocaína es la facilidad con la que consiguen abandonar el consumo de la droga durante unos días, así como la alta frecuencia con la que reinician el uso de la misma. Los precursores de estas características los encontramos en los efectos pri-

marios de la cocaína sobre el ser humano a nivel emocional y orgánico-motor. A nivel emocional los consumidores experimentan euforia, a dosis moderadas efectos activadores del cerebro, elevación del humor, de la energía y del estado de alerta; avivan el tono general, aumentan la interacción con el entorno y agilizan el entendimiento, aumentando la confianza y la seguridad en uno mismo, por lo que facilitan las relaciones interpersonales. Los efectos orgánico-motores más importantes incluyen una estimulación motora general y una activación cardiovascular. Además disminuyen la reacción que experimenta el organismo cuando se sitúa en una actitud de alerta y evitan el cansancio, que en muchos casos es el principal objetivo instrumental.

Los períodos de abstinencia de cocaína en los sujetos que presentan abuso y uso crónico de la sustancia provocan la aparición de estados caracterizados por: depresión, anhedonia, falta de sueño, paranoia, irritabilidad, psicosis tóxica, estados de pánico, hipervigilancia, agitación psicomotriz y relaciones interpersonales deterioradas (22,23,24).

El impacto que el uso continuado de cocaína provoca en la esfera emocional y orgánica de los individuos consumidores, el potencial reforzante de la sustancia y la expectativa de control sobre el uso, determinan la aparición de algunas dificultades específicas en el tratamiento. Estas dificultades coinciden en algunos casos con las encontradas en el tratamiento de la dependencia alcohólica y bajo el punto de vista de los autores serían las siguientes:

-Un uso ampliamente extendido, sobre todo en la franja de edad entre los 18 años los 40.

-Consumo inicialmente asociado a situaciones lúdicas.

-Baja percepción en los estadios iniciales de uso-abuso de la posibilidad de dependencia por parte de los usuarios.

-Una funcionalidad intrapersonal e instrumental atribuida a los efectos primarios de la cocaína.

-Excesiva utilización asociada a otras sustancias, generalmente depresores (el National Institute of Drug Abuse, indica que el consumo prevalente simultáneo de alcohol y cocaína durante un año es del 4,7 % en la población en general) (25).

-De las drogas conocidas es el agente reforzante más potente y que provoca probablemente mayor condicionamiento clásico y operante.

-En demasiados casos, el objetivo inicial del paciente es hacer un programa para uso controlado.

-Mayores diferencias en la patología secundaria en función de la vía de administración. De mayor a menor potencial adictivo debido a una duración más corta de la acción y picos sanguíneos más altos nos

encontramos con: vía fumada como base libre, endovenosa, intranasal y oral.

Modalidades de tratamiento

En general, gran parte de los programas han adoptado el modelo de dependencia química, que considera la dependencia a las drogas como una enfermedad en si misma y no como un mero problema secundario que surge de una condición psiquiátrica subyacente. Estos programas emplean un enfoque multidisciplinario y proporcionan una serie de técnicas de comportamiento, cognitivas, educativas y de autocontrol.

Las modalidades con las que contamos en la actualidad son:

* El tratamiento ambulatorio: ofrece tratamiento médico y psicológico a personas que intentan superar el consumo de cocaína mientras siguen su vida y funcionan dentro de su comunidad.

* Grupos de auto-ayuda. Complemento conveniente en los programas ambulatorios y hospitalarios como facilitadores de recuperación.

* Comunidades terapéuticas residenciales. Son programas altamente estructurados, donde los internos viven en comunidad mientras se esfuerzan en cambiar los hábitos y las actitudes que contribuyen a sus problemas con la droga.

* Programas de desintoxicación, en los que el paciente permanece en cuidados asistenciales durante unos días, con el objetivo específico de desintoxicarse.

* Programas de dependencia química, habitualmente unidades privadas donde el tratamiento suele durar unas semanas, y ofrecen a los pacientes una variedad de terapias de apoyo, además de la desintoxicación.

Ante el aumento de la demanda de tratamiento por dependencia de cocaína, los tratamientos de elección si las condiciones del sujeto lo permiten serían los de carácter ambulatorio. La mayoría de adictos a la cocaína se pueden tratar como pacientes externos, puesto que el consumo de la droga se puede detener sin riesgo médico o perturbaciones importantes, el objetivo es que el paciente se incorpore a una vida normal, y por definición en una unidad cerrada no puede haber una vida normal. Las características básicas que definen al modelo ambulatorio serían:

* Plantear una abstinencia total de las drogas que alteren el estado del ánimo

* Presentar información adecuada y actual sobre los peligros de salud al consumir drogas.

* Trabajo psicoterapéutico, pero no sermones ni discursos.

* Implicar a los padres, pareja o a otras personas significativas.

* Incidir en el impacto presente del consumo y facilitar la conciencia de sus acciones.

* Emplear controles analíticos de drogas.

Los programas de tratamiento de carácter residencial, son semejantes a una combinación de programas hospitalarios y ambulatorios. Pero no todos los programas de tratamiento residencial los dirigen facultativos y profesionales, por lo tanto no en todos existen programas médico-psicológicos. En su lugar se centran en ayudar a los pacientes a aprender día a día, cómo tomar la responsabilidad de su vida y la de los demás dentro del centro.

El tratamiento hospitalario estaría indicado cuando se produce (20):

* Consumo crónico

* Dependencia concurrente con otras drogas adictivas o alcohol

* Problemas médicos o psiquiátricos graves

* Grave deterioro del funcionamiento psicológico

* Motivación insuficiente para el tratamiento ambulatorio

* Carencia de familia de apoyo o social.

* Fracaso en el tratamiento ambulatorio.

Modelos de abordaje y tratamiento

En la actualidad los diferentes modelos, consideran que la adicción es una conducta patológicamente aprendida, que se adquiere y mantiene con arreglo a los mismos principios del aprendizaje vigentes para otros tipos de conductas. Plantean como un parámetro fundamental la motivación para cambiar y al tratamiento. Según estos modelos los distintos puntos de intervención terapéutica pueden centrarse en: a) la modificación de las circunstancias antecedentes del consumo de drogas, b) la modificación de las consecuencias fisiológicas del consumo de drogas, c) la adquisición de consecuencias positivas para la abstinencia de las drogas, d) el entrenamiento de habilidades sociales y de solución de problemas y, e) promover actividades y relaciones alternativas reforzantes.

De entre los diferentes modelos y escuelas de abordaje los que a nuestro juicio permiten realizar un abordaje adecuado y más completo son: el Modelo Transteorético de Cambio de Prochaska, Diclemente y Norcross (26) y, los modelos de Prevención de recaídas de Marlatt y Gordon (27), Annis (28) y, Litman (29).

Características diferenciales en la aplicación de los programas de prevención de recaídas para cocaína

Los modelos de Prevención de Recaídas (PR) (27,28,29), consideran de forma general, que el reinicio en el consumo de una sustancia psicoactiva depende de la percepción del grado de estrés o amenaza, de la expectativa del uso de la sustancia como una respuesta de afrontamiento viable y la disponibilidad de respuestas alternativas de afrontamiento.

La aplicación de los modelos de prevención de recaídas en los pacientes que abusan de cocaína, comporta unas características diferenciales que según los autores podrían resumirse en: a) en el tratamiento de cocaína hay mayor prevalencia de las "acciones impulsivas, por pérdida del control de impulsos" como causa de recaídas, b) hay un aumento de los niveles de ansiedad fisiológica y sobre todo cognitiva como factores precipitantes de caída, con respecto a las demás adicciones; generados por la mayor capacidad de refuerzo de la cocaína, c) los estados de ánimo anhedónicos, la mayor disponibilidad de droga y la tentación por los estímulos externos-internos se presentan, como los mejores predictores de recaída (10), d) la ansiedad verbalizada y cortical representan buenos predictores tempranos eficaces de estados de impulso límbicos adquiridos, que ocasionan caídas.

Como aporte a procedimientos de tratamiento, reforzaríamos los modelos de tratamiento con la inclusión de los siguientes modelos: 1) modelo cognitivo de pánico de Clark (30), 2) modelo de ataque de pánico de Barlow (31) y, 3) modelo del trastorno obsesivo-compulsivo de Salkovkis y Warwick (32).

Características de la aplicación del modelo transteorético de cambio en el tratamiento de cocaína

Prochaska, DiClemente y Norcross, (26), proponen el Modelo Transteorético de Cambio, un modelo general de cambio no exclusivo de las conductas adictivas, que plantea el cambio de conducta como una secuencia de cambio intencional, que cursa con diferentes estadios o fases y, que ofrece la posibilidad de diseñar estrategias de intervención diferenciadas en función del momento en que se encuentra el sujeto en su camino hacia la modificación de su conducta adictiva.

En la aplicación del Modelo Transteorético de Cambio convendría según los autores atender a las siguientes características que aparecen en los abusadores de cocaína:

1.- En los estadios de precontemplación y contemplación nos encontramos con: a) mayor longevidad en los procesos implicados para el cambio, b) mayor dificultad en los procesos de reevaluación ambiental y relieve dramático, b) longevidad excesiva y tendencia a la cronificación en estos estadios, pudiéndonos encontrar con sujetos con la intención de realizar un consumo controlado, debido a que el proceso de autorreevaluación ambiental se caracteriza por una tendencia no a abandonar la conducta adictiva sino a controlarla.

2.- En el estadio de Preparación, el proceso de autoliberación presenta una tendencia a ser en general el objetivo del paciente, cuando los cambios conductuales en la reducción y control de las auto-dosificaciones se mantienen constantes.

3.- En los estadios de Acción y Mantenimiento aparece: a) mayor nivel de dificultades en el proceso de control de estímulos, por las dificultades que presenta la reestructuración ambiental, b) el proceso de contracondicionamiento es más amplio que en las demás adicciones.

Finalmente en cuanto a los niveles de intervención terapéutica definidas en el modelo transteorético, las estrategias de intervención de cambio de niveles, nivel de máximo impacto y nivel clave, se combinan siguiendo a los ciclos toxicoletárgicos descritos por Gawin y Kleber (9) dentro del curso natural de la evolución a la dependencia de cocaína y que describen los autores como: 1) disforia aguda con posterior quiebra o derrumbamiento psicofisiológico, 2) fase de disfunción emocional o de síndrome de abstinencia y, 3) postabstinencial de extinción en la que aparece la recaída al consumo excesivo.

Como consecuencia de las características de la evolución natural de la dependencia, la secuenciación del cambio de niveles como sistema general, parece ser la más efectiva y permite mayor objetividad.

Discusión

Teniendo en cuenta que como consecuencia del auge experimentado en los ochenta y en los noventa sobre el consumo de cocaína y el énfasis en aunar esfuerzos para realizar programas de tratamiento más adecuados y más específicos para la dependencia a cocaína, las aportaciones que hemos realizado consideramos que pueden ayudar a la convergencia en una línea de intervención en el abordaje de estos problemas. Además, habrá que tener presentes y de forma simul-

tánea, todos los problemas de patología dual derivados de la patología adictiva.

Correspondencia:
E. Sánchez Hervás
UCA Catarroja
Avd. Rambleta, s/n
E-46470 Catarroja (Valencia)

Bibliografía

1. Blume S. Treatment for the addictions: alcoholism, drug dependence and compulsive gambling in a psychiatric setting. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 1986; 3:131-133.
2. Plan Nacional sobre Drogas. Informe Nº 1. Observatorio Español sobre Drogas. Ministerio del Interior. 1998.
3. Camí J. Psicoestimulantes. Ed. Aguilar. Madrid. 1996.
4. Snyder S. Drogas y cerebro. Prensa científica SA. Barcelona. 1992.
5. Calcagnetti D, Schechter M. Conditioned place version following the central administration of a novel dopamine release inhibitor CGS 10746B. *Pharmacol. Biochem. Behav*, 1991; 40:255-259.
6. Miller N, Gold N. The relationship of addiction, tolerance, and dependence to alcohol drugs: a neurochemical approach. *J. Substance Abuse Treatment*, 1987; 4:197-207.
7. Iverson I. The uptake and storage of noradrenaline in sympathetic nerves. Cambridge University Press. Londres. 1967.
8. Bastos M, Hoffman B. Detection and identification of cocaine, its metabolites and its derivatives. En S. Mule (ed): Cocaine: Chemical, Biological, Clinical, Social and Treatment Aspects. CRC Press. Cleveland. 1976.
9. Gawin F, Kleber H. Abstinence symptomatology and psychiatric diagnosis in cocaine abusers: clinical observations. *Arh. Gen. Psychiatry*, 1986; 43:107-113.
10. Satel S, Preice L, Palumbo J. Clinical phenomenological and neurobiology abstinence: a prospective inpatient study. *American Journal Psychiatry*, 1991; 148: 1712-1716.
11. Dackis, C. y Gold, S. Pharmacological approaches to cocaine addiction. *J. Substance Abuse Treatment*, 1992; 2:139.
12. Kosten R, Morgan C, Falcione J, Schotenfeld S. Pharmacotherapy for cocaine abusing methadone maintenance maintained patients using amantadine or desimipramine. *Arh. Gen. Psychiatry*, 1992; 49: 904-908.

13. Halikas J, Khun K, Crea S. Treatment of crack cocaine use with carbamazepine. *Am. J. Drug Alcohol Abuse*, 1992; 18(1):45-56.
14. Cone E, Holicky B, Pickword W, Johnson R. Pharmacologic and behavioral effects of high doses of intravenous buprenorphine. *Committee on Problems of Drug Dependence. 53 Annual Scientific Meeting. Palm Beach. EEUU. 1991.*
15. Filibeck U, Cabib S, Castellana C, Puglisi-Allegra S. Chronic cocaine enhances defensive behaviors in the laboratory mouse: involvement of the D2 dopamine receptors. *Psychopharmacology*, 1988; 96:437-441.
16. Meert T, Jansen P. Ritanserin, a new therapeutic approach for drug abuse. Part II: effects on cocaine. *Drug. Develop. Res*, 1992; 25:39-53.
17. Millman RB. General principles of diagnosis treatment, drug abuse and drug dependence. En Frances AJ, Hale RE, eds: *Psychiatric Update: The American Psychiatric Association Annual Review, Vol 5*, Washington, DC, American Psychiatric Press, Inc. 1986.
18. Woody, GE. y Luborsky, L. Psychoterapy for opiate addicts. *Arh Gen Psychiatry* 1983; 40(6):639-645.
19. Kleber HD, Gawin FH. Cocaine En Frances AJ, Hale RE, eds: *Psychiatric Update: The American Psychiatric Association Annual Review, Vol 5*, Washington, DC, American Psychiatric Press, Inc, 1986.
20. Washton A, Gold S. Cocaine treatment: A guide, American Council for Drug Education. Rockville, M.D. 1986.
21. Siegel RK. Cocaine smoking. *J Psychoactive Drugs* 1982; 4:271-359
22. Gold S, Verebey K. The psychopharmacology of cocaine, *Psychiatric Ann.*, 1984; 14(10):714-723.
23. Gawing FH, Ellinwood E Jr. Cocaine and other stimulants. *N. Engl. J. Med*, 1998; 318(18):1173-1182.
24. Weinstein SP, Gottheil E, Smith RH, Migrala KA. Cocaine users seen in medical practice. *Am. J. Drug Alcohol Abuse*, 1986; 12:341-354.
25. Katz J, Terry P, Witkin J. Comparative behavioral pharmacology and toxicology of cocaine and its ethanol-derived metabolite, cocaine ethyl-ester (cocaethylene), *Life Science.*, 1992; 50:1351-1361.
26. Prochaska JO, Diclemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive Behaviors. *American Psychologist*, 1992; 47:1102-1114.
27. Marlatt GA, Gordon JR. Relapse prevention: new directions. En Gossop, M (eds): *Relapse and addictive behavior*, Londres, Tavistock. 1989.
28. Annis HK. A relapse prevention model for treatment of alcoholism. En: D. Curson, H. Rankin y E. Sheherd (eds): *Relapse in Alcoholism*, Northampton, Alcohol Counselling and Information Service. 1986.
29. Litman GK. Relapse in Alcoholism: Traditional and current approaches. En G. Edward y M. Grant (eds), *Alcoholism: Treatment in Transition*, Londres, Croom Helm. 1980.
30. Clark DM. A cognitive model of panic attacks. En: *Panic: Psychological perspectives*. Rachman, S. y Maser, J (eds). Lawrence Erlbaum. 1988.
31. Barlow DH. Cognitive-behavioral therapy for panic disorder: Current status. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1997; 58(2):32-37.
32. Salkovskis PM, Warwick HMC. (1985): *Cognitive therapy of obsessive-compulsive disorder: Treating treatment failures*. *Behavioural Psychoterapy*, 1985; 13:243-255.